

RMU – Rådgivende medisinskfaglig utvalg for LSU, Lokalt Samarbeidsutvalg Drammen.

RMU - Anbefalinger om samarbeid ved Begrensning av livsforlengende behandling

Arbeidsutvalg:

Gunvor Hannisdal – sykehjemslege Drammen.

Christine Hesla – fastlege Drammen.

Jan Robert Grøndahl – fastlege og PKO

Astrid Hall – overlege geriatrisk avdeling

Tommy Aronsen – overlege nyreseksjonen

1) HLR minus er et kjent begrep, men det kan være uklart hva det omfatter.

Disse anbefalingene gjelder Livsforlengende behandling der helbredende behandling ikke er mulig. Med livsforlengende behandling menes i denne sammenheng all behandling og utredning som kan utsette en pasients død. Eksempel på dette er hjerte-lungeredning, annen pustehjelp og hjertestimulerende legemidler, ernærings- og væskebehandling (intravenøst eller gjennom svelg- eller magesonde PEG), dialyse, antibiotika og kjemoterapi.

2) Vurderingen om livsforlengende behandling er til nytte for pasienten, eller om den medfører mer lidelse, gjøres ofte sent i forløpet. Vurderingen er etablert som del av retningslinjene i forløpet for alvorlig kreft, men i mindre grad for andre tilstander der prognosen er dårlig, som f.eks. alvorlig og langkommet hjertesykdom, lungesykdom, nyresykdom, og multisykdom.

RMU anbefaler at leger som behandler pasienter med alvorlig sykdom der man ser at prognosen er svært dårlig, rutinemessig vurderer om videre utredning og behandling er til nytte for pasienten, eller om den kun medfører mer lidelse. Nyttevurderingen bør ta hensyn livskvalitet like mye som livslengde.

3) Beslutninger rundt begrensning av livsforlengende behandling og HLR minus gjøres ofte i et ledd av helsetjenesten, mens pasienten senere blir fulgt opp og behandlet i andre deler av helsevesenet.

RMU anbefaler at alle beslutninger om livsforlengende behandling journalføres med beskrivelse av medisinsk begrunnelse, og kopieres inn i epikriser eller henvisninger, slik at det er lettere for andre behandlere å ta ansvar for den videre oppfølgingen av pasienten.

4) Beslutninger om livsforlengende behandling er ofte knyttet opp mot pasientens aktuelle tilstand. I tilfeller der tilstanden bedrer seg, bør det være rutiner for å revidere beslutningene.

RMU anbefaler at beslutninger om begrensninger av livsforlengende behandling revideres hver gang det er markerte endringer i pasientens tilstand. En slik rutine krever at journalføringen er grundig slik at det fremgår hvilken tilstand som var utgangspunkt for beslutningene.

5) Beslutninger om livsforlengende behandling involverer valg og prioriteringer som pasienten eller pasientens pårørende bør være en naturlig del av.

RMU anbefaler at alle beslutninger om livsforlengende behandling journalføres og inkluderer et resyme av prosessen rundt informasjon og samvalg med pasient/pårørende.

6) Prosedyrer for samvalg og informasjon avhenger av pasientens mentale tilstand og samtykkekompetanse.

For samtykkekompetent pasient anbefaler RMU at samtalen angående HLR status tas direkte med pasienten som så på eget initiativ informerer sine pårørende om beslutningen.

For andre pasienter anbefaler RMU at dersom en slik samtale vurderes for belastende for pasienten, eller pasienten ikke er samtykke-kompetent, gjør legen en vurdering av HLR status i samråd med annet helsepersonell som ivaretar pasienten. Der HLR minus anbefales, dokumenteres dette tydelig i journal og begrunnes. Pårørende informeres så snart som mulig.

7) Beslutninger rundt begrensning av livsforlengende behandling kan i enkelte tilfeller være etisk og juridisk vanskelige.

RMU anbefaler at man i vanskelige tilfeller konfererer med relevant kompetanse. På sykehus kan man konferere med klinisk etisk komite eller med foretakets jurist, i kommunene med kommuneoverlege eller kommunens juridiske avdeling. Statsforvalter i fylket eller juridisk avdeling i legeföreningen kan også konsulteres.

Vedlegg: Eksempel på prosedyre for avklaring av livsforlengende behandling.

Behandlingsavklaring gjennomføres når pasienten har en alvorlig sykdom der prognosen er svært dårlig, og videre utredning og behandling antas å medføre mer lidelse enn nytte for pasienten. Nyttevurderingen bør ta hensyn livskvalitet like mye som livslengde.

Behandlingsavklaring gjennomføres helst i form av en Avklaringsamtale mellom behandlende lege og pasient, om det anses hensiktsmessig også med pårørende. På sykehus eller på institusjon bør også sykepleier og/eller annen primærkontakt delta. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, eller samtalen vurderes for belastende, kan man vurdere at pasientens deltakelse ikke er mulig. I disse tilfellene bør pasientens pårørende delta, eller informeres raskest mulig om konklusjonen. Noen ganger kan man ha en separat samtale med pasient og pårørende dersom det gjør kommunikasjonen bedre.

Prosedyre for Avklaringsamtale:

(Punktene under er ment som en veiledning og skal ikke følges slavisk. Samtalen tilpasses situasjonen og man bør hele tiden åpne for en dialog der pasient og evt pårørende gis anledning til å kommentere og delta med sine synspunkter og spørsmål.)

- 1) Lege innleder med å spørre: hva tenker du/ dere om situasjonen nå? (Oftest er pasientens og /eller pårørendes vurdering sammenfallende med behandlernes.)
- 2) Lege fortsetter med å beskrive siste tids/aktuelle sykdomsforløp: evt referere epikrise eller beskrive behandlingsforløpet i eller utenfor sykehus.
- 3) Sykepleier evt primærkontakt beskriver pasientens symptomer og funksjonsnivå p.t i avdelingen.
- 4) Lege sammenfatter den medisinske vurderingen og konkluderer med at helbredende behandling dessverre ikke lenger er mulig. Lege anbefaler at aktiv behandling og utredning bør avsluttes, og at fokus fremover vil bli palliasjon.
- 5) Det forklares at anbefalingen er basert på nasjonale retningslinjer og ikke er legens eller institusjonens private/lokale oppfatninger. (Jfr [Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling - Helsedirektoratet](#))
- 6) Lege forklarer forventet sykdomsforløp og orienterer om palliativ behandling:
 - a. Pasienten blir sengeliggende.
 - b. Bevissthetsnivå reduseres.
 - c. Mat og væskeinntak minker grunnet avtakende behov og at væske/parenteral ernæring ikke vil bli gitt med begrunnelse om hvorfor. Det understrekes at pasienten vil bli tilbudt mat og drikke til det ikke lenger er mulig og/eller at pasienten signaliserer verbalt eller nonverbalt at han/hun ikke ønsker.
 - d. Etter hvert vil tabletter ikke lenger kunne svelges, og lindrende medikamenter vil bli gitt subcutant. Det gis informasjon om de 4 lindrende medikamenter: indikasjon, effekt og at pasienten vil få det som er nødvendig.
 - e. Behandlingen vil normalt kunne ivaretas i kommunal helseinstitusjon eller i egen bolig. Sykehusinnleggelse bør unngås, med unntak (eks hoftebrudd som

bør opereres, ileus) da behandling i sykehus ikke vil kunne endre utfall/gjøre pasienten bra. (HLR minus tas ofte ikke opp som eget tema da det i de fleste situasjoner vurderes for belastende).

- 7) Vi spør om pasientens/pårørendes tanker rundt det som er formidlet.
- 8) Vi etterspør pasientens ønsker fremover. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent spør vi pårørende om pasientens formodede ønsker med bakgrunn i hva pasienten har gitt uttrykk for tidligere i livet eks behandlingsnivå.
- 9) Åndelige /eksistensielle behov eksempelvis ønske om besøk av prest eller annen åndelig leder, noen ønsker dåp mm.
- 10) Avslutningsvis oppmuntrer vi til flere spørsmål, tanker, reaksjoner fra pasient og pårørende.

Anbefalt journalnotat etter behandlingsavklaring:

Begrunnelse for begrensnig av behandling, (diagnose, vurdering av utsikt til bedring, vurdering av livskvalitet), hvilke former for behandling skal ikke benyttes, (HLR, respirator, legemidler, intravenøst, sonde, dialyse, antibiotika, kjemoterapi). Beskrivelse av informasjon til pasient og pårørende og hvordan denne er mottatt.