

Den døende pasienten

Utfordringer og betraktninger ved livets slutt

Michael Steffen, overlege SLB

Den døende pasienten

- Definisjoner livssyn og betraktninger
- Faser ved livets slutt
- Diagnose: «døende»
- Samtale/HLR minus
- Medikamenter i livets slutfase

Døden i litteraturen/sitater

- **Epikur (300 fKr)**

Jeg har ingenting å gjøre med døden. Er jeg, er han ikke, er han, er jeg ikke.

- **Marc Aurel (150 eKr)**

Du skal ikke frykte døden, men heller at du ikke tør å begynne å leve

- **Isaac Asimov (1920-92)**

Livet er hyggelig, døden er fredelig, det er overgangen som er vanskelig.

- **David Belgum (1950)**

Tidligere snakket man fritt om døden, sex var tabu, idag er det omvendt.

Døden i Islam

Underkastelse under guds vilje er kjernen i Islam. Gud er herre over liv og død.

Å leve og å dø tilhører gud, han bestemmer livets varighet.

Livet er en prøve og en forberedelse, å dø er prøve og ingen slutt, men betyr at det troende kommer hjem til gud

Alt levende skal smake døden. Og Vi prøver dere med ondt og godt (kun) som en prøve. Og til Oss skal dere vende tilbake.

(Sura 21,36)

Døden i kristendommen

Den kristlige tanken er at kropp og sjel er forbundet i en eller annen form etter døden og at det finnes et evig liv.

Dommerdagen dømmer gud selv hvem som skal komme til paradiset og hvem som er fortapt.

Vi tror på legemets oppstandelse

og det evige liv. Amen

(Den apostoliske trosbekjennelsen)

Døden for ikke troende

- Theist: Tror på gud
- Atheist: svak: «jeg tror ikke på gud»
sterk: «det finnes ingen gud»
- Agnostikker: Vi vet ikke om det finnes en gud
- Gnostikker: Det finnes noe guddommelig, men hva?

Død: Medisinsk Definisjon

- Opphør av cellenes og organenes virksomhet
- Klinisk død: Opphør av respirasjon og hjerteaksjon
- Hjernedød/individual død: Opphør av hjernefunksjon
- Biologisk død: Opphør av alle organ- og celledfunksjoner

Bevistheten om den nære døden

Konfrontasjon med:

- sorgen for pårørende og venner
- slutt på all sorg og bry om pårørende
- slutt på alle planer og aktiviteter
- slutt på all erfaring og lærdom
- smerter og symptomer
- kroppens sjebne etter døden
- uvissheten/håp om livet etter døden

Livets sluttfase

- Preterminal
- Terminal
- Final

Preterminal fase

- Uker til måneder
- Mindre aktiv
- Vekttap
- Fatigue/trøtthet
- ECOG 2-3

Terminal fase

- Dager til uker
- Mobilitet sviktende
- Sengeleie/ECOG3-4
- Tap av urin/avf.kontroll
- Evt urinretensjon
- Tiltagende pleietrengende
- Angst, dyspne, kvalme
- Tap av interesse
- Nedsatt matlyst
- Uro/forvirring
- Delir (prevalens 88%)

Final fase= den døende pasienten

- Timer til dager



Symptomer

- Organsvikt
- Apati
- Somnolens
- Nektelse av matinntak
- Nedsatt tørste
- Nedsatt sirkulasjon
- Kalde hender og føtter
- Transpirasjon
- Svak puls
- Lav BT
- Endret realitetsoppfatning
- Nedsatt orientering
- Hallusiansjoner
- Motorisk uro

Symptomer (siste timene)

- Munnpusting
- RF ↓
- Chayne-Sokes-respirasjon
- Ralling
- Blekhet
- Facies hippocratica
- Respirasjonsstans
- Hjertestans

Diagnose: «Døende»

- **Intuisjon/erfaring :**
- Sjeldent presis, spesielt ved ikke malign sykdom.
- Se på generell funksjon, ikke topp prestasjonene.
- Vanligvis raskere død enn forventet
- (sykepleier tar vanligvis mindre feil enn legene)

«Diagnostika»

- • Progressivt økende metastasering
- • Synkende albumin
- • Responderer ikke lenger på tumorrettet behandling
- • Progressivt vekttap/cachexi
- • ECOG ≥ 3
- • Gjentatt ascites/pleura væske
- • Gjentatte infeksjoner
- • Delir som ikke responderer på behandling

Den nødvendige samtalen

- Hvem tar initiativ til samtalen?
- Hvor raskt skal samtalen finne sted?
- Hvem skal være med ?– Pasient. Pårørende. Personal
- Hvor lenge varer samtalen?
- Hva gjøres etter at samtalen er ferdig?
 - Er det noen som blir igjen?
 - Avtal at personalet spør etterpå hvordan pas og pårørende har det

Samtalen, noen tanker

- Hvor lenge kan pasienten leve? Hvor lenge er det igjen?
- Se tilbake på utviklingen
- La pårørende sette ord på endringene som har skjedd den siste tiden.
- Hvis det er vanskelig å snakke om sykdommen, da kan en spørre hva har endret seg etter at han/hun ble syk?
- Hva har endret seg den siste tiden?
- Erkjennelse av at livet går mot slutten, å akseptere at livet går mot slutten
- Å akseptere at pasienten er døende

Utfordringer

- Et møte med forskjellige verdisyn/livssyn
- Forskjellige behov i et multikulturelt samfunn:
 - Pasientens: fortelle sannheten?
 - Pårørendes: forskjellige behov, hvem tar avgjørelser, Hvem skal ha info?
 - Personalets forventninger og kultur, bl.a om behandlingsintensitet
- Relasjonsbygging er ofte nøkkelen for å kunne gi god informasjon
- Spørrende tilnærming, basert på kompetanse med tydelig individuell tilpasning

Husk på:

- De fleste pasientene har flere sykdommer
- Prognostisering er ikke en eksakt vitenskap
- Unngå eksakte prognoser til tross for sterke ønsker om det
- Forsøk å få rede på hvorfor man spør
- Kommuniser i generelle termer. Unngå medisinsk terminologi
- Døden kan inntreffe plutselig
- Bekreft at døden kan inntreffe i løpet av kort tid
- Akutte forverringer/hendelser som ikke kan prognostiseres

HLR- ved terminal (kreft)sykdom

Veileder

IS-2091



Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling

HLR minus (terminal pas)

Den behandlingsansvarlige legen plikter å forsikre seg om at livsforlengende behandling kan ha en positiv virkning som oppveier de plagene som pasienten får av behandlingen eller sykdommen.

Ingen kan pålegges å gi livsforlengendebehandling som er **hensiktsløs**, eller som **ikke er faglig forsvarlig**.

HLR minus, kriterie «nytteløs»

Det finnes ingen sikre kriterier for å si at hjerte-
lungeredning er nytteløs,

bortsett fra

ved omfattende irreversibel multiorgansvikt

og

ved kreft med omfattende metastasering og funksjonsnivå
dårligere enn WHO 2 (= ECOG >2).

Høy alder er ingen indikator i seg selv.

HLR minus

Dette er en legeoppgave.
Legen informerer pasienten.

Behandlingstrengende symptomer i finalfasen



De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte, dyspné	Morfin (opioidanalgetikum)	2,5-5 mg eller 1/6 av døgndosen (po:sc = 3:1) Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	sc = subcutant
Angst, uro, panikk, dyspné, muskelrykn., kramper, agitert delir	Midazolam (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	sc
Kvalme uro, agitasjon, delir	Haldol® (haloperidol, lavdoseneuroleptikum)	0,5-2 mg x 2 (mot kvalme) 2 mg x 3-5 (mot uro/agitasjon)	10 mg	sc
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	Robinul® (glykopyrrolat, antikolinergikum)	0,2 mg inntil 1x/t, maks x 6 / d	1,2 mg (sjelden nødvendig) ev. KSCI	sc

Morfin injeksjon

Opioidanalgetikum

Effekt:

- sentral smertestillende
- hostedempende
- hjelper mot opplevelse av tung pust

Relevante bivirkninger i livets slutfase:

- hallusinasjoner
- eufori
- forvirring
- sedasjon
- myoklonier

Overdosering:

- første tegn er trøtthet og sedasjon.
- respirasjonsdepresjon kun ved grov overdosering.

Virkning inntreer:

- sc/im: i løpet av 15-30 min,
- iv: straks (2-5 min)

Tid til maks virkning:

- sc/im: 45-60 (!) -90 min,
- iv: 20 min

Virkningstid:

- 4-5 timer

Metabolisme:

- konjugering med glukuronsyre i leveren til aktive metabolitter

Utskillelse:

- hovedsakelig i urinen.
- Cave høye doser ved nyresvikt – kan gi opphopning av metabolitter.
- Reduser dosen eller forleng doseringsintervallene.

Haldol (mot kvalme, evt uro)

Lavdoseneuroleptikum

Effekt:

- antiemetisk
- antipsykotisk

Bivirkninger:

- ekstrapyramidale

Biotilgjengelighet:

- po: 60-70%

Virkning etter:

- sc: 10-15 min
- po: > 1t

Tid til maksimal plasmakonsentrasjon:

- po: 30-40 min
- sc: 10-20 min

Virkningstid:

- opp til 24 t, noen ganger lenger

Midazolam/Dormicum

benzodiazepin til injeksjon (terminal uro/angst er ikke godkjent indikasjonsområde)

Effekt:

- sederende (tre ganger så potent som diazepam)
- antiepileptisk (to ganger så potent som diazepam)
- angstdempende

Bivirkninger:

- eufori
- sedasjon
- amnesi
- munntørrhet
- respirasjonsdepresjon

Biotilgjengelighet:

- im: >90%
- sc: mangler data
- po: 35-44%

Virkning etter:

- sc: 5-10 min
- iv: 2-3 min

Glycopyrrolat/Robinul

antikolinergikum (muskarineffekt)

(surkling i luftveier ikke godkjent indik.område)

Effekt:

- tørker ut slimhinnene

Relevante bivirkninger:

- tørr og varm hud
- temperaturstigning
- urinretensjon

Biotilgjengelighet:

- <5 % ved po tilførsel

Virkning inntre:

- sc: etter 30-40 min,
- iv: etter 1min

Tid til maksimal plasmakonsentrasjon:

- iv: umiddelbart,
- po og sc: data mangler

Plasma T1/2:

- 1,7 timer

Virkningstid:

- 7 timer

Maks.dose:

- 1,8 mg/døgn

Mål med medik. behandling

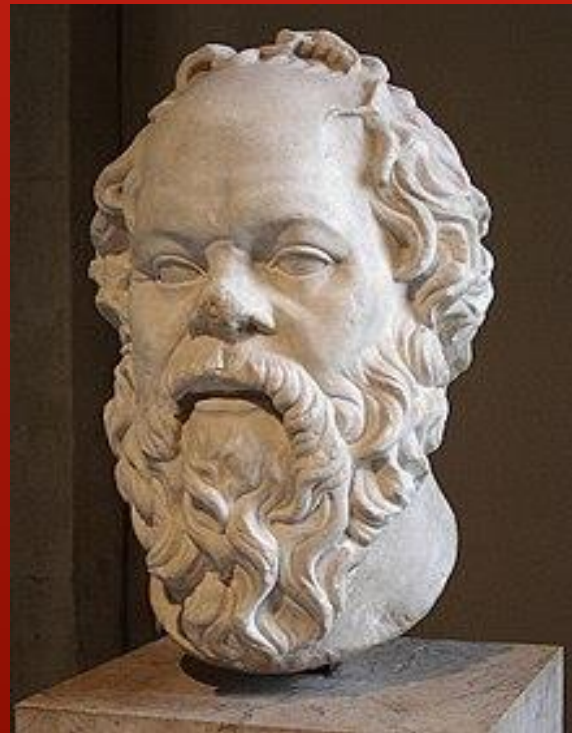
Målet er å oppnå god lindring for alle plager, uten å doper pasienten.

Sokrates

Sjeldent helbrede

Ofte lindre

Alltid trøste





Thank
You!