

Dokumenttype: Klinisk vejledning	Gældende for: Region Hovedstaden	Målgruppe: Alle kliniske afdelinger: speciallæger, der skal træffe beslutning om livsforlængende behandling og genoplivning - og til sundhedspersonale, der er involveret i beslutninger om iværksættelse af livsforlængende behandling og genoplivning.	
Udarbejdet af: Arbejdsgruppe under Harmoniseringsgruppen	Godkendt af: Der regionale Udvalg for Kvalitetsdokumenter	Faglig ansvarlig: Region Hovedstadens kvalitetschef	
Revisionsansvarlig (teknisk vedligehold): VIPsekretariatet	Godkendelses- dato: 25.03.2010	Gældende fra (dato): 15.04.2010, 16.09.2010	Revision ønsket om: 2 år
Baggrund for ændringer: "Har patienten klart frabedt sig information om sin sygdom og sin prognose, skal det dog respekteres" er slettet. Idet sætningen i den sammenhæng, den står, kan misforstås.	Standarder: DDKM: Ved livets afslutning 2.19.1; JCI: RE 2.2, RE 2.3, RE 2.4, RE 2.5, LE 6.1	Nøgleord: Genoplivning, hjertestop, bevidstløshed, livsforlængende behandling, uafvendeligt døende, hjemmedød, livstestamente, terminal fase, palliation, behandlingsniveau, ophør af behandling	

## Genoplivning og livsforlængende behandling for patienter, der ikke har oprettet livstestamente

### Formål

At vejlede læger og sundhedspersonale om ansvar og beslutningstagen i forbindelse med livsforlængende behandling og genoplivning.

### Målgruppe og anvendelsesområde

Vejledningen omfatter alle kliniske afdelinger og henvender sig:

- til speciallæger, der har ansvaret for at træffe beslutning om livsforlængende behandling og genoplivning
- Til sundhedspersonale, der er involveret i beslutninger om iværksættelse af livsforlængende behandling og genoplivning.

Vejledningen er gældende for patienter, der er fyldt 15 år og som *ikke* har oprettet livstestamente - og omfatter følgende situationer:

- Habile og inhabile patienter, der er uafvendeligt døende
- Inhabile patienter, der er så svært invaliderede pga. sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende, at patienten varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt
- Habile og inhabile patienter, der *ikke* er uafvendeligt døende. F.eks. patienter med metastaserende kræft, patienter i slutstadiet af en kronisk sygdom med svigt af et organ eller akut syge med multiorgansvigt.

### Fremgangsmåde

Beslutningstagen om at ophøre med eller at afstå fra behandling af en patient er altid en lægelig beslutning og et lægeligt ansvar.

Beslutning om at undlade at påbegynde eller afstå fra behandling skal diskuteres primært mellem de læger og sygeplejersker, som har ansvar for patienten. Når lægen herefter ønsker at træffe den endelige beslutning om behandlingsreduktion eller behandlingsophør, skal beslutningen forinden konfereres ved lægekonference med deltagelse af minimum én speciallæge (dagtid) eller i vagten med deltagelse af bagvagt. Kun undtagelsesvist må det lægelige vagthold indbyrdes uden deltagelse af bagvagt træffe beslutning om behandlingsreduktion.

Er læger fra flere specialer involveret i patientforløbet, er det læger på patientens stamafdeling, der træffer beslutningen.

Er patienten indlagt på intensivt afsnit, træffes beslutningen i samarbejde mellem lægerne på intensiv afsnittet og patientens stamafdeling.

Beslutning om at afstå fra livsforlængende behandling præsenteres og drøftes herefter med patienten og evt. de pårørende i henhold til reglerne om informeret samtykke.

#### Informeret samtykke til behandling

Som udgangspunkt må ingen behandling indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Dette indebærer også, at patienten har ret til at afvise den

Dokumenttype: Klinisk vejledning	Gældende for: Region Hovedstaden	Målgruppe: Alle kliniske afdelinger, speciallæger, der skal træffe beslutning om livsforlængende behandling og genoplivning - og til sundhedspersonale, der er involveret i beslutninger om iværksættelse af livsforlængende behandling og genoplivning.
Udarbejdet af: Arbejdsgruppe under Hamoniseringsgruppen	Godkendt af: Der regionale Udvalg for Kvalitetsdokumenter	Faglig ansvarlig: Region Hovedstadens kvalitetschef
Revisionsansvarlig (teknisk vedligehold): VIPsekretariatet	Godkendelsesdato: 25.03.2010	Gældende fra (dato): 15.04.2010, 18.09.2010
Revisión ønsket om: 2 år	Standarder: DDKM: Ved livets afslutning 2.19.1; JCI: RE 2.2, RE 2.3, RE 2.4, RE 2.5, LE 6.1	Nøgleord: Genoplivning, hjertestop, bevidstløshed, livsforlængende behandling, uafvendeligt døende, hjemmedød, livstestamente, terminal fase, palliation, behandlingsniveau, ophør af behandling
Baggrund for ændringer: "Hør patienten klart frabedt sig information om sin sygdom og sin prognose, skal det dog respekteres" er slettet. Idet sætningen i den sammenhæng, den står, kan misforstås.		

foreslåede behandlingsplan, herunder at en uafvendeligt døende kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden.

#### *Habile patienter*

Såfremt patienten er i stand til at inddrages i beslutningen om ophør af livsforlængende behandling, beslutning om at afstå fra livsforlængende behandling eller genoplivningsforsøg, skal der afsættes tilstrækkelig tid til denne samtale.

#### *Inhabile patienter*

Hvis patienten er varigt inhabil, kan de nærmeste pårørende (eller værger) give deres informerede samtykke til behandling. Pårørende kan ikke omstøde patientens tilkendegivelser. Pårørende kan ikke på vegne af patienten træffe beslutning om at afstå fra livsforlængende behandling og/eller genoplivning, men de pårørende skal inddrages og have information i det omfang, det skønnes at være i overensstemmelse med patientens ønsker. Informationen skal, så vidt det er muligt, give de pårørende baggrunden for at forstå og tilslutte sig de beslutninger, der er truffet om patientens behandling.

Hvis speciallægen skønner, at pårørende eller værger forvalter samtykket på en måde, der åbenbart vil skade patienten eller behandlingsresultatet, kan speciallægen gennemføre/ophøre med behandlingen, hvis embedslægen giver sin tilslutning hertil. Embedslægens beslutning skal indføres i patientens journal (jf. [LBK nr. 95 af den 7. februar 2008, Sundhedsloven, kapitel 5](#))

Hvis patienten ikke har pårørende eller en værger, kan beslutningen om at afstå fra livsforlængende behandling og/eller genoplivningsforsøg af patienten træffes af en speciallæge.

#### **Smertebehandling**

En beslutning om at afstå fra livsforlængende behandling indebærer ikke seponering af smertestillende og beroligende medicin. Uafvendeligt døende patienter skal tilbydes den nødvendige smertestillende og beroligende behandling for at lindre patientens tilstand – også selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet. Der må dog ikke gives behandling, der alene har til formål at fremskynde dødstidspunktet (aktiv eutanasi).

#### **Etiske problemstillinger<sup>1</sup>**

Det er vigtigt, at der så tidligt som muligt i patientforløbet tages stilling til, hvorvidt der skal tages stilling til at ophøre eller afstå behandling og / eller genoplivning. Etiske problemstillinger kan typisk ikke alene afgøres på baggrund af sundhedsfaglig viden og

<sup>1</sup> Nogle hospitaler har etableret et Etisk Råd, der uanset tidspunkt kan træde i funktion, såfremt der måtte opstå etiske problemstillinger i det enkelte patientforløb. Andre Hospitaler har skriftlige vejledninger, der er udarbejdet specielt med henblik på, hvem der skal kontaktes ved etiske problemstillinger.

Etisk Råd har udgivet en redegørelse: [Behandling af døende – de svære beslutninger](#). Redegørelsen er delt op i fire afsnit. I det første afsnit beskrives etiske principper, der i denne sammenhæng har betydning for døende patienter, pårørende og sundhedspersoner. Andet afsnit indeholder en afklaring af medicinske og værdimæssige elementer, som indgår i vurderingen af, hvorvidt en given behandling er udsigtsløs. Tredje afsnit indeholder konkrete patienthistorier, der illustrerer de principper og problemer, som er beskrevet i de to første afsnit. I tilknytning til patienthistorierne beskrives etiske problemstillinger i forbindelse med enkelte typer af behandling, som for eksempel intravenøs væskebehandling og palliativ sedering. Fjerde afsnit indeholder rådets anbefalinger. Rådet har koncentreret sine anbefalinger om beslutningskompetence ved behandling af uafvendeligt døende og om vurderingen af udsigtsløs behandling. Derudover indeholder afsnittet en anbefaling om patientens ret til at få afbrudt behandling

Dokumenttype: Klinisk vejledning	Gældende for: Region Hovedstaden	Målgruppe: Alle kliniske afdelinger: speciallæger, der skal træffe beslutning om livsforlængende behandling og genoplivning - og til sundhedspersonale, der er involveret i beslutninger om iværksættelse af livsforlængende behandling og genoplivning.
Udarbejdet af: Arbejdsgruppe under Harmoniseringsgruppen	Godkendt af: Der regionale Udvalg for Kvalitetsdokumenter	Faglig ansvarlig: Region Hovedstadens kvalitetschef
Revisionsansvarlig (teknisk vedligehold): VIPsekretariatet	Godkendelses- dato: 25.03.2010	Gældende fra (dato): 15.04.2010, 18.09.2010
Revisions ønsket om: 2 år	Standarder: DDKM: Ved livets afslutning 2.19.1; JCI: RE 2.2, RE 2.3, RE 2.4, RE 2.5, LE 6.1	Nøgleord: Genoplivning, hjertestop, bevidstløshed, livsforlængende behandling, uafvendeligt døende, hjernedød, livstestamente, terminal fase, palliation, behandlingsniveau, ophør af behandling

kræver som oftest indsigt i religiøse, sociale, psykologiske, juridiske eller lignende forhold.

Det er derfor vigtigt, at det enkelte hospital har en proces for håndtering af etiske problemstillinger i det enkelte patientforløb. Det kan eksempelvis dreje sig om problemstillinger, der omfatter usikkerhed og uenighed om behandlingsplanen mellem:

- Patient og behandlingsansvarlige læge
- Pårørende og patient
- Pårørende og behandlingsansvarlige læge
- Behandlingsansvarlige læge, læge(r) og sundhedspersonale.

#### Genoplivning

Hvis intet andet er anført i lægejournalen, gælder det, at patienten skal forsøges genoplivet i tilfælde af hjertestop. »Ingen indikation for genoplivningsforsøg ved hjertestop« er derfor en lægeordination, der bruges, når en patient af særlige grunde ikke skal forsøges genoplivet ved hjertestop.

#### Vurdering og revurdering af beslutninger og journaldokumentation

Beslutning om at ophøre eller at afstå fra livsforlængende behandling og / eller genoplivning er ikke endegyldig.

Beslutning om at ophøre eller at afstå fra livsforlængende behandling og / eller genoplivning, grundlaget herfor samt navne de læger, der har deltaget i konferencen vedr. beslutningen, skal altid dokumenteres i patientens journal (jf. [Journalføring - vurderinger og indhold](#), 3.5 Behandlingsplan).

Beslutningen skal være vedvarende aktuel, hvilket indebærer hyppig revurdering.

Ved ændringer i patientens tilstand eller ved fremkomst af nye undersøgelsesresultater revurderes behandlingsplanen, og beslutningen om at afstå fra eller fastholde beslutningen om at ophøre eller at afstå fra livsforlængende behandling og / eller genoplivningsforsøg dokumenteres.

#### Ansvar og organisering

Hospitalsdirektioner, center-, afdelings- og klinikledelser har ansvaret for implementering af denne vejledning, herunder at udfærdige lokale vejledninger for:

- hvor og hvorledes dokumentation, udover behandlingsplanen af »Ingen indikation for genoplivningsforsøg ved hjertestop«, dokumenteres
- håndtering af etiske problemstillinger forbundet med livsforlængende behandling og genoplivning.

#### Definitioner

**Livsforlængende behandling:** Behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængende.

**Genoplivning:** Basal genoplivning (ventilation og hjertemassage) og avanceret genoplivning (defibrillering, intubation og medikamentel behandling).

**Uafvendeligt døende:** En patient betragtes i denne sammenhæng som uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger trods anvendelse af de ud fra den tilgængelige viden om grundsygdommen og dens

Dokumenttype: Klinisk vejledning	Gældende for: Region Hovedstaden	Målgruppe: Alle kliniske afdelinger, speciallæger, der skal træffe beslutning om livsforlængende behandling og genoplivning - og til sundhedspersonale, der er involveret i beslutninger om iværksættelse af livsforlængende behandling og genoplivning.
Udarbejdet af: Arbejdsgruppe under Harmoniseringsgruppen	Godkendt af: Der regionale Udvalg for Kvalitetsdokumenter	Faglig ansvarlig: Region Hovedstadens kvalitetschef
Revisionsansvarlig (teknisk vedligehold): VIPsekretariatet	Godkendelses- dato: 25.03.2010	Gældende fra (dato): 15.04.2010, 18.09.2010
Revision ønsket om: 2 år	Standarder: DDKM: Ved livets afslutning 2.19.1; JCI: RE 2.2, RE 2.3, RE 2.4, RE 2.5, LE 6.1	Nøgleord: Genoplivning, hjertestop, bevidstløshed, livsforlængende behandling, uafvendeligt døende, hjernedød, livstestamente, terminal fase, palliation, behandlingsniveau, ophør af behandling

eventuelle behandlingsmuligheder foreliggende behandlingstilbud. Om en patient er uafvendeligt døende, beror på en lægelig vurdering.

**Livstestamente:** Er et dokument, hvori en patient kan udtrykke sine ønsker mht. behandling, hvis vedkommende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af patienten selv.

#### Referencer, herunder til relevant lovgivning og links

- [Informeret samtykke - til behandling og videregivelse af helbredsoplysninger](#)
- [Livstestamente - anvendelse, oprettelse og tilbagekaldelse](#)
- [Journalføring - vurderinger og indhold](#)
- [LBK nr. 95 af den 7. februar 2008, Sundhedsloven, kapitel 5 og 6](#)
- [Etisk Råd 2002: Behandling af døende – de svære beslutninger](#)

#### Akkrediteringsstandarder

DDKM: Ved livets afslutning 2.19.1

JCI: RE 2.2, RE 2.3, RE 2.4, RE 2.5, LE 6.1