

TALEPAPIR
Det talte ord gælder

Tilhørerkreds: Folketingets Sundhedsudvalg

Anledning: Besvarelse af samrådsspørgsmål AH, AI og AJ

Taletid: Ca. 11 minutter

Tid og sted: Onsdag den 23. februar 2011 kl. 15.00 i vær. 2-080

Tak for det.

Jeg vil besvare alle tre spørgsmål under ét.

[samrådsspørgsmål AH]

Grundlaget for at svare på det spørgsmål er, hvilke beføjelser og hvilke pligter lægen har i forhold til forudgående at fravælge genoplivningsmuligheder, som må anses for udsigtsløse.

Det har Sundhedsstyrelsen for godt to uger siden – den 8. februar – sendt en orientering til alle 5 regioner om. Og den orientering har jeg i forbindelse med min besvarelse af udvalgets spørgsmål nr. 355 sendt til udvalget.

[lægens beslutningskompetence]

Udgangspunktet for genoplivning af patienter er helt klart: Medmindre patienten udtrykkeligt har frabedt sig genoplivning, **skal** der altid iværksættes genoplivende behandling.

Men der kan være helt særlige omstændigheder, hvor et lægeligt skøn tilsiger, at genoplivning **ikke** skal forsøges. Det kan for eksempel være tilfældet med en uafvendeligt døende kræftpatient med en hjernesvulst, som ikke kan opereres.

De bestemmelser, vi har i sundhedsloven, om det såkaldte informerede samtykke indebærer, at patienten kan acceptere eller fravælge behandlingsforslag, som lægen fremsætter ud fra sin lægelige vurdering af patienten. Men kravet om informeret samtykke indebærer omvendt ikke nogen

ret for patienten til også at stille krav om, at en bestemt behandling – f.eks. genoplivning – iværksættes. En beslutning om ikke at iværksætte en bestemt behandling ligger alene hos den ansvarlige læge. Det er vigtigt at holde fast i. Men skal der informeres? Ja, det skal der.

[medinddragelse af patienten]

Det vil være manglende omhu og samvittighedsfuldhed, hvis lægen ikke lever op til den forpligtelse, som enhver læge har, til at udvise respekt for patienten og til at give patienten information om dennes helbredstilstand og om relevante behandlingsmuligheder, herunder risiko for komplikationer og bivirkninger.

Det gælder vel at mærke også information om genoplivningsmuligheder, som der måske – efter lægens samlede vurdering af patientens tilstand – ikke er grundlag for at tage i anvendelse.

Det er lægens pligt, og det er patientens ret, at patienten medinddrages i sådanne tilfælde. Behandlingsovervejelser og behandlingsmuligheder skal drøftes med patienten.

Og lægen skal lytte til patienten. Og lægen skal udvise respekt og forståelse for patienten, ligesom patientens ønsker skal indgå i lægens vurdering af forsvarlige behandlingsmuligheder.

Hvis lægen anser den behandling, som patienten ønsker iværksat, for at være udsigtsløs og måske endda for at kunne føre til unødigt lidelse for patienten, så

må lægen informere patienten om den lægefaglige begrundelse for ikke at iværksætte den ønskede behandling.

Også i tilfælde, hvor patienten ikke har tilkendegivet noget ønske om en bestemt behandling, skal lægen – når det er aktuelt og relevant – på samme måde informere patienten.

[journalføring]

Hvis lægen har truffet beslutning om, at genoplivning ikke skal iværksættes i tilfælde af hjertestop eller lignende, så skal der i patientens journal indføres

oplysninger om beslutningen og om den lægefaglige begrundelse for beslutningen.

Det skal også fremgå af patientjournalen, hvilken information der er givet til patienten, hvilke tilkendegivelser patienten er kommet med i den anledning, og hvordan lægen har reageret på det.

Der er ikke i sig selv noget til hinder for at anvende koder og lignende forkortelser, så længe de kun bruges som et supplement til et journalnotat.

Her skal man huske på, at patientjournalerne primært er et arbejdsredskab for sundhedspersonalet, som ind imellem – og navnlig i tilfælde af hjertestop – skal reagere inden for meget kort tid.

[skriftlige instrukser]

Det er også vigtigt, at der på det enkelte sygehus findes skriftlige instrukser vedrørende genoplivning og anden livsforlængende behandling.

Det enkelte sygehus må således gøre alt, hvad man kan, for at skabe den størst mulige sikkerhed for, at der ikke er uklarhed eller opstår tvivl hos de ansatte om ansvars- og kompetenceforhold, og om hvilke procedurer, der skal følges. Det er i sidste ende sygehusledelsens ansvar at sikre.

[retten til ikke at vide]

Det, jeg har sagt indtil videre, gælder situationer, hvor patienten selv kan varetage sine interesser og ønsker at få information og at blive medinddraget i lægens beslutning om at undlade genoplivning.

Men det er jo som bekendt ikke altid tilfældet.

Der findes formentlig mange eksempler på patienter, som ikke ønsker at få information. Patienter, som foretrækker at lægge alle beslutninger i hænderne på den behandlingsansvarlige læge – i fuld tillid til, at lægen handler i patientens bedste interesse. Og patienter, som ikke ønsker at blive konfronteret med ubehagelig og nedslående information om deres helbredstilstand.

I forhold til sådanne patienter er det af stor vigtighed, at patienterne på forhånd har fuld klarhed over deres ret til at frabede sig information, så patienten i videst muligt omfang ikke får information, som den pågældende ikke ønsker at få.

Jeg har tillid til, at lægerne ude på den enkelte sygehusafdeling i den konkrete situation formår at håndtere denne problemstilling med tilstrækkelig hensynsfuldhed og forsigtighed. Også i forhold til den patient, som måske alligevel ikke ønsker information, selvom vedkommende ikke har benyttet sin mulighed for på forhånd at frabede sig information.

[praksis på sygehusene]

Hvordan håndterer de behandlingsansvarlige læger så i praksis informationen til patienterne om genoplivningsmuligheder, som på forhånd er fravalgt?

Dertil kan jeg sige, at Sundhedsstyrelsen – samtidig med udsendelsen af sin orientering til regionerne for godt to uger siden – har bedt hver enkelt region om at oplyse, hvilken praksis man følger. Det samme har jeg i øvrigt også orienteret udvalget om i min besvarelse af spørgsmål nr. 355.

Regionerne skal også oplyse om deres praksis med hensyn til brug af koder eller forkortelser i forbindelse med journalføring af beslutninger om ikke at genoplive. Og så skal regionerne endelig oplyse, hvad de agter at foretage sig på dette område med hensyn til information og journalføring.

Sundhedsstyrelsen regner med at have svar fra regionerne en af de nærmeste dage. På det grundlag laver Sundhedsstyrelsen en sammenfatning af regionernes oplysninger.

Og den sammenfatning vil jeg selvfølgelig orientere udvalget om.

[samrådspørgsmål AI]

Så har udvalget også spurgt mig, hvordan jeg som minister vil sikre, at de ældre kroniske patienter kan genvinde tilliden til sundhedsvæsenet.

Jeg er naturligvis helt enig i betydningen af, at patienterne har tillid til sygehusbehandlingen. Det gælder ikke kun ældre kroniske patienter, men *alle* patienter. Man skal kunne være helt tryk ved at lade sig indlægge på et sygehus.

De initiativer, som på baggrund af denne sag er sat i værk fra mit ministerium og fra Sundhedsstyrelsen, mener jeg også viser med al tydelighed, at vi har reageret..

Men jeg er ikke sikker på, at der hos patienter i almindelig er mangel på tillid til sundhedsvæsenet, men det kunne man frygte, hvis vi ikke gjorde noget.

Det mener jeg ikke man kan sige som et generelt billede. Det strider mod alt, hvad vi ved fra de senere års patienttilfredshedsundersøgelser, som viser stor tillid til personalets faglige arbejde.

[samrådsspørgsmål AJ]

Endelig har udvalget ønsket at få at vide, om jeg som minister mener, at sundhedspersonalet kan, skal og bør vurdere patienternes behandling ud fra, om den enkelte patient er såkaldt ”yder” eller såkaldt ”nyder” i samfundet.

Jeg må indrømme, at jeg ikke bryder mig om sådanne betegnelser for medborgere, og jeg har heller ikke tænkt mig at bruge lang tid på at besvare spørgsmålet.

For svaret er NEJ.

Alle patienter har krav på den behandling, som de efter et sundhedsfagligt skøn har behov for. Også en beslutning om forudgående fravalg af genoplivningsmuligheder, der må anses for udsigtsløse, skal naturligvis træffes uden nogen form for skelen til, om patienten er – som det fremgår af spørgsmålet – ”yder eller nyder”.

Jeg går ud fra, at spørgsmålet skyldes oplysninger om, at man i konkrete tilfælde har indhentet oplysninger om en kronisk patients *forudgående funktionsniveau* i forbindelse med en beslutning om intensiv behandling. Men patientens funktionsniveau inden den aktuelle indlæggelse kan meget vel være særdeles relevant for de kliniske beslutninger.

At antyde, at læger lader patienter dø, fordi de bruger hjemmesygepleje, synes jeg, man skal være varsom med uden solid dokumentation. Det har jeg i hvert fald ikke har set.

Så – endnu en gang – svaret er NEJ. Alle patienter har krav på den behandling, som de efter et sundhedsfagligt skøn har behov for – uanset om man er en trækhest, som er til gavn for samfundet, eller hvad man kunne kalde en byrde.