

Her er svar på nogle af de oftest stillede spørgsmål fra praktiserede læger til [vejledningen](#) om fravalg af livsforlængende behandling.

Kontakt os, hvis du ikke finder svaret på dit spørgsmål her.

Oftest stillede spørgsmål om fravalg uden for sygehusene af livsforlængende behandling og forsøg på genoplivning i tilfælde af hjertestop

1. Skal en praktiserende læge altid tage stilling til henvendelser fra plejecentre og lign., om man skal undlade at forsøge genoplivning ved hjertestop – også henvendelser som ikke er nærmere begrundede?

Som praktiserende læge skal du altid vurdere, om den henvendelse du får om genoplivning er fagligt begrundet. Hvis henvendelsen er fagligt begrundet, skal du altid tage stilling til, om der skal forsøges genoplivning ved hjertestop.

Du bør gøre ledelsen på behandlingsstedet eller den ansvarlige kommune opmærksom på det, hvis du generelt oplever, at du får henvendelser, som ikke er tilstrækkeligt fagligt begrundede.

Al lægekontakt skal være konkret fagligt begrundet, ligesom borgeren eller pårørende forinden også skal have været inddraget, hvis de ønsker og har mulighed for det. Der er ikke udtryk for en konkret faglig vurdering, hvis personalet eksempelvis automatisk beder om en lægelig vurdering hver gang en ny beboer flytter ind på et plejecenter.

2. Hvornår skal en praktiserende læge forudgående tage stilling til, om der skal ske forsøg på genoplivning eller ej?

Det er indledningsvist vigtigt at være opmærksom på, at plejepersonale m.v. som udgangspunkt har pligt til at forsøge genoplivning, hvis borgere får hjertestop eller bliver fundet livløse. Plejepersonale må kun undlade at forsøge genoplivning, hvis det er åbenlyst, at beboeren er død, eller hvis der er tale om særlige situationer (se punkt 5.1 i vejledningen).

En lægelig vurdering af om der er grundlag for genoplivningsforsøg bør desuden ikke ske under akutte omstændigheder. En forudgående vurdering sikrer derimod klare rammer for, hvornår eksempelvis personale på plejecentre kan lade være med at forsøge genoplivning. Derved kan man i videst mulig omfang undgå genoplivningsforsøg, som ikke er fagligt indiceret, og som borgeren kan opleve som uværdigt.

Er en borger uafvendelig døende, skal der tages stilling til genoplivningsforsøg ved hjertestop. Men også i tilfælde af kritisk sygdom, eller hvor borgeren er stærkt helbredsmæssigt svækket, skal den behandlingsansvarlige læge så tidligt som muligt vurdere, hvad der skal ske i tilfælde af hjertestop. Dette gælder, uanset om der er umiddelbar væsentlig risiko for dette eller ej. Det er således ikke kun anledning for at tage stilling til genoplivning, hvis en borger er i en potentielt livsfarlig situation eller fejler noget, som lægen forventer, kan blive livstruende. Se også pkt. 5.3.1 i vejledningen om forudgående fravalg af genoplivningsforsøg.

I nogle tilfælde kan det derfor være relevant, at du som læge vurderer en beboer allerede, når personen flytter ind på et plejecenter. I andre tilfælde vil det først være påkrævet på et senere tidspunkt.

3. Ifølge vejledningen kan en læge undlade at påbegynde eller fortsætte behandling enten helt (behandlingsophør) eller delvist (behandlingsgrænse) af en svært invalideret, men ikke uafvendelig døende patient. Kan I give eksempler på hvilke tilfælde af svær invaliditet, der kan være tale om?

Det drejer sig om de mest håbløse former for uhelbredelige og svært invaliderende lidelser, hvor patienten er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt og afskåret fra enhver form for meningsfuld menneskelig kontakt. Det kan dreje sig om uhelbredelige og svært invaliderende lidelser som:

Cerebrale lidelser:

Svær demens (Alzheimers og lignende), invaliderende følger efter appoplexia cerebri, efter cerebrale traumer og efter hjertestop. Det er patienter, der er så svært hjerneskadede, at de hverken opfatter, hvad der meddeles dem eller er i stand til selv at meddele sig til deres omgivelser (impressiv og ekspressiv afasi) og er ude af stand til at klare sig selv og derfor fuldstændig afhængige af andres hjælp.

Pulmonale lidelser:

Terminal respirationsinsufficiens. Det er patienter, der lider af en fremadskridende lungesvækkelse uden ledsagende behandelbar sygdom, hvor lungelidelsen er så fremskreden, at kun respiratorbehandling kan forlænge livet.

Rygmarvslidelser:

Højt medullært tværsnitssyndrom. Det er patienter, der på grund af svære læsioner af eller sygdom i den forlængede rygmarv er totalt lammede og ude af stand til at meddele sig til omverdenen.

Det er afgørende, at lægen altid vurderer patienten ud fra de samlede konkrete omstændigheder (se nærmere herom i vejledningen).

Hvis der ellers er tale om en inhabil patient, som har fået registreret et livstestamente, at hun/han ikke ønsker behandling i en situation, som er beskrevet i livstestamenteformulærens pkt. 2, er patientens ønske alene vejledende for lægen, men ikke bindende. Lægen skal imidlertid lade ønsket indgå i sine overvejelser om den videre behandling.

4. Kræver det altid en aktuel undersøgelse, før lægen kan tage stilling til, om der skal ske fravalg af livsforlængende behandling eller fravalg af forsøg på genoplivning?

Som udgangspunkt kan du som læge kun træffe en beslutning om fravalg efter en aktuel objektiv undersøgelse. Det er dog ikke påkrævet, at du laver en ny undersøgelse, hvis du vurderer, at du i forvejen har et aktuelt dækkende kendskab til borgerens helbreds-mæssige situation.

5. Skal lægen altid ved en personlig samtale inddrage borgeren i sin vurdering om fravalg af behandling af lægefaglige grunde?

Ja, medmindre borgeren har afvist at blive inddraget.

Der er tale om en faglig vurdering af vidtgående betydning for borgeren. Ved den personlige samtale skal lægen derfor hensynsfuldt informere borgeren om den lægelige indikation og begrundelse for at fravælge forsøg på genoplivning eller at påbegynde eller forsætte livsforlængende behandling. Det er vigtigt, at der bliver lyttet til borgeren, og at der bliver vist forståelse, respekt og omsorg. Lægen skal tage borgerens tilkendegivelser med i sin endelige samlede vurdering af forsvarlige behandlingsmuligheder og fravalg af behandling.

6. Hvordan skal lægen journalføre sin vurdering om fravalg af behandling?

I journalen skal du skrive din aktuelle vurdering af patientens tilstand, herunder den objektive undersøgelse og vurdering af, om du anser personen for at være uafvendeligt døende. Samtidig skal du præcist angive din beslutning om at fravælge eller afbryde behandlingen, omfanget heraf (behandlingsophør eller behandlingsgrænse) og begrundelsen for dette.

Det skal også fremgå, om der har været gennemført samtaler med borgeren/nærmeste pårørende, herunder oplysninger om den information, der er givet, og de pågældendes tilkendegivelser.

7. Hvordan skal lægen informere plejepersonale mv. om fravalget af behandling m.v.?

Lægen skal give sin vurdering til hjemmesygeplejen, plejecentret m.v. skriftligt.

Beskeden skal være formuleret, så modtageren er fuldstændig klar over beslutningen og dens omfang. Det vil ofte være tilstrækkeligt at sende en kopi af de journalnotater, som du har skrevet ved din vurdering af behandlingsbehovet (se svar spørgsmål 6). Du skal desuden skrive, hvornår der er behov for at revurdere beslutningen.

I akutte situationer kan du orientere hjemmesygeplejen, plejecenteret m. fl. mundtligt. Men du skal hurtigst muligt følge op med en skriftlig orientering.

8. Hvorfor skal en læge involveres, hvis der er oprettet et livstestamente?

Sundhedsfagligt plejepersonale kan ikke lade være med eksempelvis at forsøge genoplivning alene fordi, at der er oprettet et livstestamente.

Livstestamenter er nemlig en forhåndstilkendegivelse, som kun har direkte juridisk betydning, hvis en række betingelser er opfyldt. Borgeren skal for det første være inhabil. For det andet skal borgeren enten være uafvendelig døende eller så svær invalideret, at hun eller han varigt er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt. For det tredje skal du som læge have til hensigt at påbegynde eller fortsætte livsforlængende behandling. Det vil sige behandling, hvor der ikke er udsigt til, at patienten kan blive helbredt, få det bedre eller få lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

For at vide om et livstestamente skal træde i kraft, kræver det således, at en læge vurderer, om borgeren helbredsmæssigt befinder sig i en situation, som er omfattet af livstestamentet, og at lægen vurderer, at der er grundlag for at iværksætte eller fortsætte livsforlængende behandling.

9. Hvor længe gælder en habil borgers fravalg af forsøg på genoplivning i tilfælde af hjertestop?

Fravalget gælder kun i den aktuelle situation. Det afhænger af de konkrete omstændigheder, hvad der er en aktuel situation.

At det kun gælder i en aktuel situation indebærer derfor ikke, at der altid vil være tale om, at fravalget kun gælder i en kortere tidsperiode. Det afgørende er, om borgerens behandlingsmæssige situation er væsentligt ændret eller ej, og dermed om borgeren i denne sammenhæng fortsat kan overskue konsekvenserne af sin beslutning i relation til behandlingsforløbet. Du eller plejepersonalet skal kontakte borgeren, hvis der er tvivl om dette.

Hvis der eksempelvis er tale om en habil ældre borger på plejecenter m.v. med tydelig fremadskridende fysisk sygdom eller svækkelse, vil der almindeligvis være tale om en aktuel situation.

Det betyder i praksis, at når en habil plejecenterbeboer har fravalgt forsøg på genoplivning i tilfælde af hjertestop, så er det typisk ikke nødvendigt med efterfølgende jævnlig lægekontakt alene med hensyn til løbende bekræftelse af beboerens fravalg. Dette gælder medmindre helbredssituationen ændrer sig markant. Det skal du gøre klart for borgeren under den påkrævede forudgående lægesamtale, hvor du vurderer patientens habilitet og helbredstilstand i øvrigt.

I din skriftlige meddelelse til eksempelvis plejecentre om borgerens fravalg bør du skrive, hvornår de skal kontakte dig for at få revurderet fravalget.

Det vil desuden være naturligt, at du spørger, om borgeren fastholder sit fravalg i forbindelse med fremtidig kontakt med borgeren.