

# Ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop«

## En spørgeskemaundersøgelse

Reservelæge Nicola Hvidt Ballin &  
1. reservelæge Peter Gjørsvæ

Hvidovre Hospital, Gastroenheden, Medicinsk Sektion

### Resume

**Introduktion:** Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop (IGVH) er en hyppigt anvendt lægelig ordination, der anvendes for at undgå meningsløs livsforlængende behandling. I Danmark er ordinationspraksis ubeskrivet og er ikke underlagt nationale retningslinjer. Undersøgelsens formål var at belyse ordinationspraksis på danske medicinske afdelinger, herunder betydningen af patientens selvbestemmelsesret og livstestamente.

**Materiale og metoder:** Efter Sundhedsstyrelsens opgørelse over samtlige medicinske afdelinger i Danmark postbesørgede vi 193 spørgeskemaer til afdelingernes ledende overlæger. I alt 138 (71,5%) spørgeskemaer blev analyseret.

**Resultater:** IGVH forekom på 127 (92%) afdelinger. På 52 (38%) afdelinger kunne ordinationen IGVH også omfatte ophør med anden behandling af patienten. Beslutningskompetente patienter blev inddraget »altid« på 20 (14%) afdelinger, »ofte« på 34 (25%) afdelinger, »sjældent« på 59 (43%) afdelinger og »aldrig« på 12 (9%) afdelinger forud for beslutningen om IGVH. Pårørende blev inddraget oftere end patienten selv, således »altid« på 31 (22%) afdelinger, »ofte« på 68 (49%) afdelinger, »sjældent« på 21 (15%) afdelinger og »aldrig« på fire (3%) afdelinger. Livstestamenteregistret blev kontaktet »altid« på to (1%) afdelinger, »ofte« på 15 (11%) afdelinger, »sjældent« på 68 (49%) afdelinger og »aldrig« på 37 (27%) afdelinger. I alt 112 (81%) afdelinger havde ingen skriftlig instruks for ordinationen IGVH.

**Konklusion:** Patienter bør inddrages oftere end tilfældet er forud for beslutningen om IGVH. Sundhedspersonalet bør øge henvendelsesfrekvensen til Livstestamenteregistret. Som beslutningsstøtte for behandlere og for at styrke både sundhedspersoners og patienters retssikkerhed vil nationale retningslinjer for IGVH være velkomne.

Stillingtagen til behandlingsophør af hospitalpatienter ved livets afslutning er gennem de seneste årtiers medicinske og teknologiske fremskridt blevet mere påtrængende for at undgå unødvendig lidelse og for at sikre patienten en værdig død.

Lægeordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop« (IGVH) er i denne forbindelse almindeligt anvendt for at undgå overbehandling af patienter. I kontrast til især anglo-

amerikanske undersøgelser [1-3] findes der ingen, som tilsvarende beskriver danske lægers anvendelse af IGVH, herunder patientinformationsniveauet og i hvilken grad beslutningsstøtte eksisterer, f.eks. i form af en lægelig instruks. I den almindelige sundhedsdebat herhjemme er der endvidere et påfaldende fravær af de etiske og juridiske problemstillinger, der knytter sig til IGVH.

Formålet med undersøgelsen er at beskrive praksis for ordinationen IGVH på danske medicinske afdelinger. I undersøgelsen fokuseres der på klinisk arbejdende læger og deres vurdering af behandlingsniveauet for indlagte medicinske patienter. Denne patientpopulation vil jævnlige omfatte en gruppe med så fremskreden sygdom, at døden uafvendeligt må forventes under indlæggelsen, f.eks. patienter med kræft, patienter i terminalstadiet af en kronisk sygdom med svigt af et organ eller mere akut syge patienter med svigt af flere organer samtidigt. I undersøgelsen belyses ikke sammenlignelige situationer i primærsektoren eller problemer vedrørende begreberne aktiv og passiv dødshjælp.

### Materiale og metode

Af Sundhedsstyrelsens liste over alle 264 medicinske afdelinger i Danmark kunne 71 umiddelbart ekskluderes, fordi man enten ikke havde indlagte patienter, eller fordi ordinationen af andre oplagte årsager aldrig ville forekomme. På de resterende 193 afdelinger modtog den ledende overlæge ultimo 2004 et spørgeskema (Tabel 1), og efter en rykkerprocedure svarede 160 (82,9%) afdelinger. Heraf blev 22 ekskluderet, fordi de havde anført, at spørgsmålene ikke var relevante for afdelingen. I alt 138 (71,5%) spørgeskemaer blev analyseret.

Efter en pilottest blev et uvalideret spørgeskema postbesørgt med frankeret svarkuvert sammen med en vejledning og en opfordring til at medsende en kopi af en eventuel instruks. Spørgeskemabesvareelserne inklusive rykkerproceduren blev behandlet anonymt.

### Resultater

Ordinationen IGVH forekom på 127 (92%) afdelinger.

På 109 (79%) afdelinger kunne ordinationen gives af en enkelt læge, men på 101 (73%) afdelinger skulle der i så fald være tale om en seniorlæge. På ni (7%) afdelinger behøvede det ikke være en seniorlæge. På 59 (43%) afdelinger blev ordinationen »ofte« givet på baggrund af en beslutning truffet på afdelingens fælles lægekonsultation, og på 53 (38%) afdelinger blev

den »sjældent« givet. Respondenternes kommentarer pointerer, at når beslutningen om IGVH blev taget af en enkelt læge, blev den senere konfirmeret på en lægekongference. I en enkelt kommentar blev det beskrevet, at beslutningen om IGVH krævede konsensus af vagtholdet.

På 72 (52%) afdelinger blev ordinationen IGVH kun givet til uafvendeligt døende patienter (døden forventes med stor sandsynlighed at indtræde inden for dage til uger), mens IGVH også blev givet til andre patientgrupper på 52 (38%) afdelinger.

På 52 (38%) afdelinger kunne ordinationen IGVH også omfatte ophør med anden behandling af patienten, men flere respondenter understregede, at det i så fald skulle dokumenteres specifikt i journalnotatet, f.eks. at kontrol af blodprøver/vitale værdier skulle seponeres, eller at livsforlængende behandling skønnedes udsigtsløs.

På spørgsmålet om, hvor ofte kompetente patienter inddrages inden IGVH ordineres, var svarene »altid« på 20 (14%) afdelinger, »ofte« på 34 (25%) afdelinger, »sjældent« på 59 (43%) afdelinger og »aldrig« på 12 (9%) afdelinger. Kommentarer til dette spørgsmål lyder, at »hvis patienten er uafvendeligt døende, er al behandling (ekskl. palliation) udsigtsløs. Afdelingen tilbyder ikke nogen patient udsigtsløs behandling, og dermed er der intet behov for samtykke fra patient eller pårørende«, og »patienten inddrages, når det er menneskeligt passende, eller patienten selv giver udtryk for ønsket«.

Pårørende til kompetente patienter bliver tilsyneladende inddraget oftere i beslutningen om IGVH end patienten selv, idet tallene her er »altid« på 31 (22%) afdelinger, »ofte« på 68 (49%) afdelinger, »sjældent« på 21 (15%) afdelinger og »aldrig« på fire (3%) afdelinger. Et fællestræk for de få kommentarer, der knytter sig til dette spørgsmål er, at pårørende orienteres, men at de ikke inddrages i fagpersonens beslutning om IGVH.

To (1%) afdelinger svarede, at Livstestamenteregistret »altid« blev kontaktet med henblik på, om der var registreret et livstestamente for en inkompetent patient. Femten (11%) afdelinger svarede »ofte«, 68 (49%) afdelinger svarede »sjældent« og 37 (27%) afdelinger svarede »aldrig« på spørgsmålet. En kommentar hertil er, at »da vi aldrig giver meningsløs livsforlængende behandling, er det ikke relevant at spørge (Livstestamenteregistret)«.

På 80 (58%) afdelinger blev der ikke benyttet en kode i lægejournalen for ordinationen IGVH. I stedet for blev der f.eks. skrevet »ved hjertestop er der ikke indikation for genoplivningsprocedure«. På 46 (33%) afdelinger anvendtes en kode, eksempelvis »- 2222« og »- 555«. For de fleste gjaldt det, at koden var lokaltelefonnummeret ved hjertestopalarm med et minus foran.

På spørgsmålet om afdelingen havde en skriftlig instruks for ordinationen IGVH, svarede 11 (8%) afdelinger »ja« på dette spørgsmål, mens 112 (81%) afdelinger ikke havde en skriftlig instruks. I et enkelt tilfælde, hvor der ifølge svaret

forelå en instruks, var der tale om en fælles instruks for det pågældende hospital. I et andet tilfælde, hvor der ifølge svaret ikke forelå en instruks, var respondenterne bekendt med en tværamtslig instruks på området.

## Diskussion

Resultaterne belyser ledende overlægers vurdering af praksis for IGVH på danske medicinske afdelinger. Undersøgelsens begrænsning ligger dels i, at svarene givetvis havde set anderledes ud, hvis reservelæger eller øvrigt sundhedspersonale var blevet spurgt. Vi tillader os dog at antage, at den ledende overlæge i de fleste tilfælde er velinformeret om procedurerne for IGVH på egen afdeling, og at den praktiske udførelse af proceduren på netop dette område ligger, om ikke helt, så dog tæt op ad procedurens intention. Dels giver spørgeskemaet ikke noget svar på spørgsmålet om, i hvilket omfang patienterne selv anmoder om ordinationen IGVH, og dels kunne spørgeskemaet med fordel have indeholdt flere uddybende spørgsmål. Undersøgelsen er af deskriptiv karakter og er tænkt som oplæg til fremtidige, mere uddybende, gerne prospektive undersøgelser.

På lidt over halvdelen af afdelingerne kunne IGVH også give anledning til anden reduktion af behandlingsniveauet. Dette er i overensstemmelse med en amerikansk undersøgelse, som viste et fald i behandlingsniveauet hos 68% af patienterne efter IGVH-beslutningen [3]. Ofte vil patienter med IGVH-notat være svært syge, og derfor kan det være naturligt, at der parallelt med ordinationen IGVH også sker anden reduktion af behandlingsniveauet. Det er imidlertid afgørende, at de forskellige former for behandlingsreduktion ikke blandes sammen, så patienten er underlagt forskellige lægelege vurderinger af behandlingsniveauet, når han/hun accepterer undladelse af genoplivning. I en schweizisk undersøgelse påviste man, at mange læger ikke kendte definitionen på IGVH i henhold til den lokale instruks på hospitalet [4]. F.eks. sidestillede flere læger IGVH med lindrende behandling. Glidebanen kan modvirkes med en instruks, som tydeligt definerer IGVH.

Vores undersøgelse har vist, at patienter inddrages meget lidt ved beslutning om at ordinere undladelse af genoplivningsforsøg. I en hollandsk undersøgelse fandt man, at kun 32% af de kompetente patienter blev inddraget i beslutningen [5]. Den manglende patientinddragelse i forbindelse med IGVH er forbundet med flere problemer. Lægen er dels, hvor intet andet taler imod, ved lov forpligtet til at indhente patientens informerede samtykke [6]. Dels viser undersøgelser fra henholdsvis Sverige, England og USA [7-9], at størstedelen af patienterne ønsker at tale om bl.a. behandlingsniveauet ved livets afslutning. Endelig viser amerikanske undersøgelser [1, 10], at flere patienter, end dem, som rent faktisk får tildelt ordinationen IGVH, ønsker denne ordination. Det kunne se ud som om, at lægerne, mere end patienterne selv, har berøringsangst over for emnet, enten pga. misforstået omsorg for eller

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Spørgeskema vedrørende »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop«.

## Vejledning

Besvar spørgsmålene ud fra forholdene på *din* afdeling.

Hvis din afdeling benytter en anden formulering med samme hensigt som »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop«, bedes du venligst besvare spørgsmålene med din egen afdelings formulering i tankerne og anføre denne formulering her: \_\_\_\_\_

## Spørgsmål 1

Hvilket/hvilke speciale(r) er der på din afdeling? \_\_\_\_\_

Spørgsmål 2	Ja	Nej
Forekommer ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop« på din afdeling?		

Hvis »Nej« i spørgsmål 2, returneres spørgeskemaet nu, ved »Ja«, gå videre til spørgsmål 3

Spørgsmål 3	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
Hvor ofte gives ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop« på baggrund af en beslutning taget på afdelingens fælles lægekonsference?				

Spørgsmål 4	Ja	Nej
Kan ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop« gives selvstændigt af en enkelt læge?		

Hvis »Nej« til spørgsmål 4, gå til spørgsmål 6, ved »Ja«, gå videre til spørgsmål 5

Spørgsmål 5	Ja	Nej
I så fald, skal det da være en seniorlæge? (Ved seniorlæge forstås 1. reservelæge og opefter)		

Spørgsmål 6	Ja	Nej
Forekommer ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop« kun, når patienten er uafvendeligt døende, det vil sige at døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger?		

Eventuelle kommentarer til spørgsmål 6: \_\_\_\_\_

Spørgsmål 7	Ja	Nej
Eller anvendes ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop« også for andre patientgrupper?		

Eventuelle kommentarer til spørgsmål 7: \_\_\_\_\_

Spørgsmål 8	Ja	Nej
Kan ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop« på din afdeling også omfatte ophør med anden behandling af patienten?		

Spørgsmål 9	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
Hvor ofte inddrages patienten, inden »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop« ordineres, forudsat patienten har evnen til at give informeret samtykke?				

Spørgsmål 10	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
Hvor ofte inddrages pårørende i beslutningen om at ordinere »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop«?				

Spørgsmål 11	Altid	Ofte	Sjældent	Aldrig
Hvis patienten ikke er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, hvor ofte kontakter den ordinerende læge da Livstestamenteregistret med henblik på, om der er registreret et livstestamente for den pågældende patient?				

Spørgsmål 12	Ja	Nej
Benyttes en kode i lægejournalen for ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop«, f.eks. telefoncifrene som tages ved alarmering ved hjertestop med et »minus« foran eller anden form for kode?		

Ved »Ja«, beskriv denne kode: \_\_\_\_\_

Spørgsmål 13	Ja	Nej
Har afdelingen en skriftlig instruks for ordinationen »Ingen genoplivningsforsøg ved hjertestop«?		

Hvis der foreligger en skriftlig instruks, vil vi venligst bede dig om at medsende en kopi

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

på grund af manglende kommunikation med patienten. Dermed er der en risiko for, at en gruppe patienter svigtes i deres selvbestemmelsesret og udsættes for unødvendig lidelse ved genoplivningsforsøg. Danske læger må derfor ansøres til at indkredse den gruppe patienter, der ønsker at samtale om emner som prognose, død og reduktion af behandlingsniveau, samtidig med at de patienter, der stiltiende eller direkte frabeder sig denne information, respekteres. Samtalen bør informere patienten om succesrate og bivirkninger ved genoplivningsforsøg, forsikre patienten om, at der ikke sker reduktion af anden behandling, ligesom patienten må informeres om, at han/hun til enhver tid kan revurdere sit valg.

I tråd med en amerikansk undersøgelse [11] viste denne, at læger forud for IGVH-ordinationen i 76% af tilfældene sjældent eller aldrig kontaktede Livstestamenteregistret. Lægen er i henhold til lov om patienters retsstilling forpligtet til at kontakte Livstestamenteregistret, når det drejer sig om den inkompetente patient [12]. Livstestamenteregistret bør derfor i øget omfang indarbejdes i lægernes bevidsthed, f.eks. ved at tilføje et punkt i indlæggelsesjournalen, hvor det dokumenteres, om patienten er tilmeldt registret.

Allerede i 1994 havde man på fem ud af 14 undersøgte afdelinger i Oslo skriftlige procedurer for undladelse af genoplivningsforsøg [13]. Det var inden, der i 2001 i Norge blev udarbejdet nationale retningslinjer for IGVH (norsk »minus HLR« = ingen hjerte-lunge-redning). Tal fra vores undersøgelse viser, at det kun var 8% af de adspurgte afdelinger, der havde en skriftlig instruks. Tallet kan være udtryk for en modvilje blandt læger mod at sætte IGVH i for faste rammer, da den enkelte læges beslutningsfrihed og lægelige intuition derigennem synes at blive mere begrænset. I en amerikansk undersøgelse har man imidlertid påvist, at der er en øget forekomst af IGVH, når der foreligger retningslinjer [14]. Dette tyder på, at den enkelte læge ved hjælp af klare retningslinjer føler sig mere tryk i ordinationsproceduren, og derfor hyppigere anvender ordinationen.

### Konklusion

Undersøgelsen viser, at patienterne sjældent inddrages forud for beslutningen om undladelse af genoplivningsforsøg, selv om lovgivningen på området vægter det informerede samtykke højt. Samtidig viser undersøgelser, at patienterne selv i vid udstrækning ønsker at blive informeret om det terminale behandlingsniveau. Hvis ikke patienten frabeder sig dette, bør sundhedspersonalet øge kvantitet og kvalitet af patientsamtaler ved livets afslutning, herunder udspecificere mulighederne for fravalg af livsforlængende behandling. Livstestamenteregistret kontaktes sjældent, hvilket kompromitterer patienters selvbestemmelsesret og lovgivningen på området. Undersøgelsens resultater bekræfter behovet for nationale retningslinjer for IGVH, der kan implementeres på de enkelte hospitalsafdelinger, ligesom det allerede er sket i mange andre lande [15-17].

Korrespondance: *Nicola Hvidt Ballin*, Joensuuvej 122, DK-4000 Roskilde.  
E-mail: nicolaballin@hotmail.com

Antaget: 17. august 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Taksigelser: Tak til Augustinus Fonden for økonomisk støtte. Tak til afdelingsledelsessekretær *Charlotte Ravn* og ledende overlæge *Flemming Bendtsen*, begge Gastroenheden, Hvidovre Hospital, for velvillig bistand.

### Litteratur

1. Hakim RB, Teno JM, Harrell FE et al. Factors associated with do-not-resuscitate orders: patients' preferences, prognoses, and physicians' judgments. *Ann Intern Med* 1996;125:284-93.
2. Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P et al. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement. *Arch Intern Med* 2004;164:1999-2004.
3. Zimmerman JE, Knaus WA, Sharpe SM et al. The use and implications of do not resuscitate orders in intensive care units. *JAMA* 1986;255:351-6.
4. Perron NJ, Morabia A, Torrente A de. Evaluation of do not resuscitate orders (DNR) in a Swiss community hospital. *J Med Ethics* 2002;28:364-7.
5. Van Delden JJ, van der Maas PJ, Pijnenborg L et al. Deciding not to resuscitate in Dutch hospitals. *J Med Ethics* 1993;19:200-5.
6. Lov om patienters retsstilling nr. 482 af 1.7.1998, § 6.
7. Löfmark R, Nilstun T. Not if, but how: one way to talk with patients about forgoing life support. *Postgrad Med J* 2000;76:26-8.
8. Manisty C, Waxman J. Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients. *BMJ* 2003;327:614-6.
9. Krumholz HM, Phillips RS, Hamel MB et al. Resuscitation preferences among patients with severe congestive heart failure: results from SUPPORT project. *Circulation* 1998;98:648-55.
10. Haidet P, Hamel MB, Davis RB et al. Outcomes, preferences for resuscitation, and physician-patient communication among patients with metastatic colorectal cancer. *Am J Med* 1998;105:222-9.
11. Johnson RF Jr, Baranowski-Birkmeier T, O'Donnell JB. Advance directives in the medical intensive care unit of a community teaching hospital. *Chest* 1995;107:752-6.
12. Lov om patienters retsstilling nr. 482 af 1.7.1998, § 17, stk. 4.
13. Søvik O, Næss AC. Forekomst og utforming av skriftlige retningslinjer for R-ordre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997;117:4206-9.
14. Wenger NS, Pearson ML, Desmond KA et al. Changes over time in the use of do not resuscitate orders and the outcomes of patients receiving them. *Med Care* 1997;35:311-9.
15. Forhåndsvurdering ved unnlattelse av å gi hjerte-/lunge-redning. IK-1/2002. Oslo: Statens Helsetilsyn, 2002.
16. Council on Ethical and Judicial Affairs. Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders. *JAMA* 1991;265:1868-71.
17. American Heart Association. ECC Guidelines. *Circulation* 2000;102:1-1.