

Genoplivning eller ej - Beslutningsstøtte i almen praksis



Julie Danmark Holmriis og Simon Birk Tousgaard
Forskningstræning for almen medicin
Forår 2017, Hold 33

Vejleder: Professor, Praktiserende læge, Ph.D. Bo Christensen

Indholdsfortegnelse

Introduktion	2
Formål	4
Metode	4
Resultater	6
Diskussion	10
Konklusion	14
Referenceliste	15
Appendix	17

Introduktion

Som praktiserende læge er man specialist i almen medicin, og man er uddannet i at varetage behandlingen af patienter og borgere i alle livets faser (WONCA Europe, 2002). Arbejdet ændrer selvsagt karakter alt efter hvor i livet borgeren befinder sig, samt hvilke værdier og erfaringer den enkelte bærer med sig.

Imod livets afslutning går prioriteringer og behandling fra at fokusere på helbredelse til større fokus på lindring og støtte. Vi vil med denne opgave sætte fokus på stillingtagen til genoplivningsforsøg hos denne gruppe borgere. Her rejser der sig nogle udfordringer af *medicinsk, juridisk og etisk* karakter.

Bedre *behandlingsmuligheder* og hurtigere opstart af hjerte-lunge-redning, har betydet en betydelig fremgang i overlevelsen efter hjertestop.

I Danmark er der årligt omkring 4.000 tilfælde af hjertestop, hvor man har forsøgt genoplivning uden for hospital (1). 30-dages overlevelsen er i perioden fra 2001 til 2014 steget fra ca. 4 % til godt 12%. Se appendix 1.

Et studie fra København viser, at beboere på plejehjem har samme 30-dages overlevelse som ikke-plejehjemsbeboere ved genoplivningsforsøg, når der er justeret for alder og betydende komorbiditeter. Forfatterne konkluderer derfor, at det er uforsvarligt at have en politik om aldrig at genoplive på plejehjem (2).

På trods af den markante forbedring i overlevelsen, er hjertestop fortsat en hændelse med dårlig prognose for flertallet. Dette stemmer dårligt overens med den generelle befolknings opfattelse. Et amerikanske studie har vist, at befolkningen i væsentlig grad overvurderer sandsynligheden for overlevelse efter genoplivningsforsøg, idet der findes formodning om ca. 50% (35-75%) succesrate (3). Større viden om prognosen ved hjertestop kan forbedre patienternes indsigt i egen situation og dermed undgåelse af udsigtsløse genoplivningsforsøg.

Det *juridiske* grundlag for stillingtagen til genoplivning findes i Sundhedsloven, Autorisationsloven samt Straffeloven. I 2014 udgav Sundhedsstyrelsen en vejledning om emnet med henblik på at skabe større overskuelighed (6). Enkelte budskaber i vejledningen er helt centrale for praktiserende læger (pkt. 4, 6, 10):

Fravalg af behandling og genoplivningsforsøg. Det er lægen der træffer beslutning om fravalg af behandling, men borgeren skal inddrages. Borgeren kan dog ikke stille krav om en bestemt behandling. Hvis lægen af medicinske grunde finder en behandling udsigtsløs, kan lægen modsætte sig borgerens ønske. Genoplivning kan udelades hvis borgeren er uafvendeligt døende; svært invalideret/permanent vegetativ eller hvis de fysiske konsekvenser af sygdommen eller behandlingen vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

Lægens pligter. Beslutningen skal baseres på en aktuel vurdering. Det er ændringer i borgerens *tilstand*, der afgør om beslutningen er aktuel. Hvis tilstanden er kronisk eller blot forværres uden udsigt til bedring, anses beslutningen fortsat som værende aktuel selvom der er gået en vis tid. Dvs. at lægen skal revurdere beslutningen hvis helbredstilstanden forbedres markant. Plejepersonale og pårørendes vurderinger bør indgå i beslutningsgrundlaget. Endelig skal man inddrage et evt. livstestamente, hvis borgeren er inhabil.

Den praktiserende læge skal endvidere tage beslutninger fra hospitalsindlæggelser med i sin vurdering.

Lægen skal ved samtale med borgeren, informere om sin beslutning. Efter omstændighederne, kan det være tilstrækkeligt at oplyse, "at der ikke findes yderligere behandlingsmuligheder". Det gælder også, når det er tale om fravalg af genoplivning.

Lægens journalføring. Ved fravalg af genoplivning ved hjertestop skal journalføringen være grundig. Det skal tydeligt fremgå, om borgeren er habil og om denne skønnes at være uafvendeligt døende. Samtaler med de implicerede parter samt den endelige beslutning registreres. Løbende evaluering journalføres ligeledes.

De *etiske* dilemmaer på området opstod i 1960'erne, hvor man begyndte at få gode resultater med genoplivningsforsøg ved hjertestop på hospitaler. Hvem skulle man behandle, og hvem skulle man ikke (4).

I den senest reviderede udgave af European Resuscitation Council (ERC) Guideline for genoplivning, redegøres for de etiske problemstillinger i forhold til genoplivning (5). Som i al anden medicinsk behandling, har der i en årrække været et skifte fra en paternalistisk tilgang til større inddragelse af patienten og respekt for dennes autonomi. Det betyder, at ved beslutningstagning om genoplivningsforsøg ved hjertestop, skal lægen tale med patienten om dennes holdning og søge uddybet, hvad der ligger bag den. Dette besværliggøres selvfølgelig af, at hjertestop ofte er en uforudsigelig hændelse, og man som udgangspunkt derfor straks skal opstarte genoplivning. Man må altså skelne mellem det pludselige og uventede hjertestop og den situation, hvor patienten er uafvendeligt døende eller terminalt syg.

Autonomibegrebet kan imidlertid ikke stå alene. Lægen må i sin betragtning også skele til, at behandlingen ikke må gøre større skade end gavn. Man må ikke påbegynde udsigtsløs behandling, som vil stride mod det grundlæggende princip om, først og fremmest ikke at skade - *primum non nocere*.

De medicinske, juridiske og etiske aspekter af stillingtagen til genoplivning, er problemstillinger de fleste mennesker i løbet af livet vil blive berørt af. Derfor bringer medierne med jævne mellemrum historier om emnet. Det så vi senest i januar i år, hvor bl.a. TV2 havde flere af den slags historier (7). Vinklen var her mod forargelse, og ingen kunne forstå, hvorfor lægerne ikke ville forsøge genoplivning på dødeligt syge borgere. Også medlemmer af Folketingets Sundhedsudvalg udtrykte behov for ændring af lovgivningen. I det kliniske arbejde i almen praksis ser man også, hvordan samtale med patienter og pårørende om behandlingsniveau og stillingtagen til genoplivning kan være udfordrende. Det vil vi eksemplificere med to cases, der belyser problemstillingen fra forskellige vinkler. Den første case omhandler det at italesætte emnet overfor patient og pårørende, og hvordan det kan virke grænseoverskridende og ubehageligt. Studier har dog vist at patienter foretrækker, at det er deres læge eller andet sundhedspersonale, der tager de svære emner op (8). Case 2 belyser konfliktfeltet, hvor læge og pårørende ikke umiddelbart er enige i behandlingsniveauet.

Cases

1 - Italesættelse

Lægen kaldes på hjemmebesøg af datter til en 83-årig kvindelig patient, som for nyligt har været indlagt, og nu har fået betændelse, hvor droppet har siddet. Under indlæggelsen er der konstateret to nye cancersygdomme. Der er udviklet væske i bughulen, og man har ikke noget helbredende behandlingstilbud. Lægen konstaterer hurtigt, at den mistænkte betændelse ikke kræver nogen særlig behandling. Lægen falder i småsnak med patienten og dennes pårørende, men de lægger på intet tidspunkt op til drøftelse af det videre behandlingsforløb. Når der spørges ind til håbet og livslysten, svarer patienten, at nu efter udskrivelsen skal hun blot genvinde kræfterne. Sygebesøget afsluttes uden man får italesat de svære emner.

2 - Uenighed

Sygebesøg på plejehjem hos ældre mand med alzheimers demens gennem 6 år. Manden er fuldt plejekrævende. Hustruen - som er værge for patienten - er gennem de seneste måneder kommet med divergerende ytringer i forhold til hendes ønske om genoplivning og behandlingsniveau. Nu er holdningen, at "alt skal gøres". Lægen finder dog ikke indikation for genoplivning ved hjertestop. Hvordan kommer man videre? Hvad skal dokumenteres? Hvordan skal plejepersonale agere ved hjertestop?

Formål

Med denne opgave vil vi udforme et redskab til samtale- og beslutningsstøtte i forhold til genoplivning hos patienter, hvor døden skønnes at være nært forestående.

Det vil vi gøre ud fra allerede gældende dansk lovgivning og ved søgning i international litteratur efter værktøjer, der kan understøtte og kvalificere vurderinger og beslutninger vedrørende ovenstående.

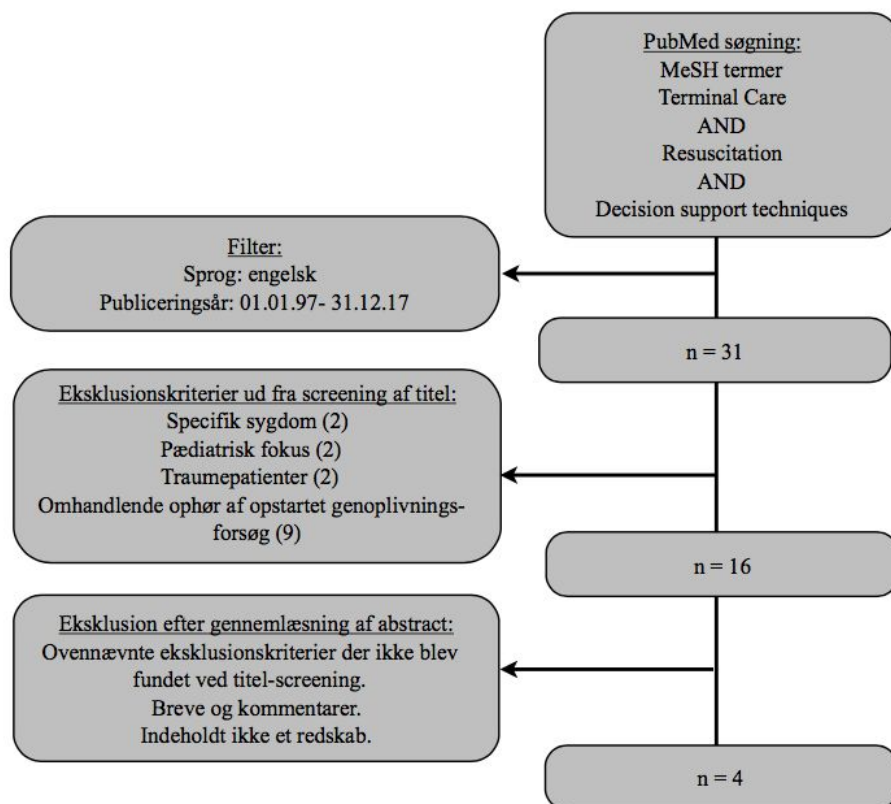
Metode

Vi har søgt i databasen PubMed. Søgningen fandt sted d. 23. februar 2017. Vi søgte på MeSH-termerne: *Terminal care*, *Resuscitation* og *Decision support techniques*.

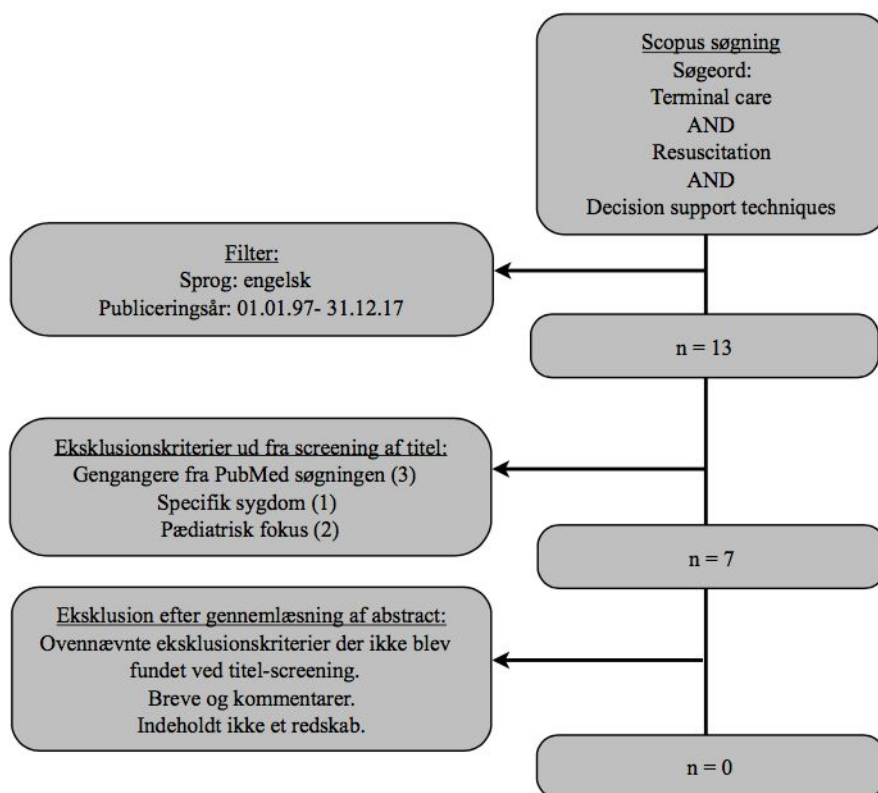
Søgningen blev tilføjet filter for sprog og publiceringsår, således at udelukkende engelsksprogede artikler publiceret indenfor de seneste 20 år kom med.

Der var 31 hits ved søgningen. Ved gennemlæsning af titler, blev artikler omhandlende specifikke sygdomme; udelukkende kirurgiske patienter; traumepatienter; pædiatrisk patienter og beslutning om ophør af allerede opstartet genoplivning, ekskluderet. Herefter blev 16 abstracts gennemlæst, og der blev ekskluderet ud fra ovennævnte kriterier, som ikke var blevet selekteret ved titel-screening. Derudover blev ledere, breve og kommentarer til artikler ekskluderet. Den endelige selektion til artikelgennemgang havde som krav, at der i artiklen blev udformet en form for redskab til beslutningsstøtte ved genoplivning. Selektionen efterlod 4 artikler til gennemgang.

Søgningen i Pubmed blev d. 3. marts 2017 suppleret med en søgning i databasen Scopus. Her anvendtes MeSH-termerne fra PubMed-søgningen som kombinerede søgeord. Samme filter som ved PubMed søgningen blev tilføjet. Af de 13 hits søgningen fremkom med, var der tre gengangere fra PubMed søgningen. Af de resterende 10 artikler udførtes selektion efter ovennævnte kriterier ved PubMed-søgningen. 7 artikler kunne ekskluderes udelukkende på deres titel; 1 kunne ekskluderes efter læsning af abstract og de resterende to artikler viste ved gennemlæsning ikke at indeholde et redskab. Søgningen bidrog altså ikke med yderligere artikler til gennemgang.



Figur 1: Oversigt over PubMed-søgning den 23.02.2017.



Figur 2: Oversigt over Scopus søgning d. 03.03.2017.

Resultater

Litteratursøgningen frembragte fire relevante studier. De to første studier er store retrospektive kohortestudier, dog ud fra samme population. Det tredje studie er en kvalitativ undersøgelse, og endeligt er der medtaget en artikel, hvor man på baggrund af erfaring har udviklet et samtaleværktøj.

Studierne gennemgås enkeltvis. Hver gennemgang rundes af med kommentarer på styrker og svagheder, hvor det sættes i relation til formålet med denne opgave.

Forfattere	Ebell, MH. et al. (9).
Titel	Development and Validation of the Good Outcome Following Attempted Resuscitation (GO-FAR) Score to Predict Neurologically Intact Survival After In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation.
År/land	2013, USA
Forsknings-spørgsmål	Ud fra register-data på patienter med hjertestop under indlæggelse, udvikles og valideres et beslutningsstøtte-værktøj, der kan forudsige sandsynligheden for overlevelse med god neurologisk status.
Studie-design	Retrospektivt kohortestudie.
Population	51.240 patienter med in-hospital hjertestop.
Hoved-resultat	Det er muligt at forudsige, hvem der har dårligt udbytte af genoplivningsforsøg. Man har på baggrund af 13 pre-arrest variabler inddelt patienter i fire grupper på baggrund af efterfølgende neurologisk status.
Redskab/ forfatterens konklusioner	<i>GO-FAR, Good Outcome Following Attempted Resuscitation.</i> Se appendix 2. Scoringssystem med 13 variabler der placerer patienter i 4 forskellige risikogrupper i forhold til at kunne overleve genoplivning med CPC (cerebral performance categories) score = 1. GO-FAR kan hjælpe i stillingtagen til genoplivningsforsøg. Man vil kunne sammenholde dette med patientens værdier og livsindstillinger.
Kommentarer	Studiet er baseret på en stor population, hvilket øger validiteten af resultaterne. GO-FAR-redskabet er baseret på forhold, der er kendt <i>før</i> hjertestop, og er derfor anvendeligt i stillingtagen til undladelse af genoplivningsforsøg. Studiet indeholder validering af værktøjet - dog retrospektivt. Man har valgt ikke at inkludere de patienter, hvor der allerede er taget stilling til "ingen genoplivning". Det vil sige, at en stor ukendt population er ekskluderet fra undersøgelsen, hvilket kan give en systematisk bias.

	<p>De beregnede sandsynligheder kan være systemafhængige, og resultaterne er ikke nødvendigvis gældende i et andet sundhedssystem, som f.eks. det danske.</p> <p>Modellen forudsætter, at man har oplysninger om alle 13 variabler, da enkelt-faktorerne er af usikker værdi. Ligeledes er det usikkert, hvordan risikoen overføres fra gruppe- til individniveau.</p> <p>Studiets definition af “godt outcome” baseres på, at patienten overlever med minimale neurologiske udfald. Denne definition kan ikke ligestilles med den enkelte patients forestilling om et godt og værdigt liv. Tilstedeværelsen og graden af neurologiske skader vil tolereres forskelligt afhængig af værdier hos den enkelte.</p> <p>Da studiet er udviklet og valideret på indlagte patienter, og flere af faktorerne udelukkende er til stede ved akut syge patienter, kan det være problematisk at bruge værktøjet i arbejdet med patienter i almen praksis.</p>
--	--

Forfattere	Ebell, MH. et al. (10).
Titel	Prediction of Survival to Discharge Following Cardiopulmonary Resuscitation Using Classification and Regression Trees, Critical Care Medicine Journal (10).
År/land	2013, USA
Forsknings-spørgsmål	Samme som ovenstående, men mere fokus på udvikling af et flowchart til beslutningsstøtte for læger og patienter.
Studie-design	Retrospektivt kohortestudie.
Population	52.527 patienter med in-hospital hjertestop. Patienterne er trukket ud fra samme datasæt som i ovenstående studie (9).
Hoved-resultat	Patienter kan ved indlæggelse inddeles i kategorier efter deres sandsynlighed for at overleve et genoplivningsforsøg uden betydende senfølger.
Redskab/ forfatterens konklusioner	Tre flowcharts - ét til en samlet population og to til populationer differentieret efter pre-arrest neurologisk tilstand. Se appendix 3. Udfaldet bestemmes af kognitiv status, alder og konkurrerende tilstande som fx. sepsis eller dissemineret malign sygdom. Modellen kan understøtte beslutning om undladelse af genoplivningsforsøg.

Kommentarer	<p>Samme styrker og svagheder som er nævnt ved ovenstående studie, gør sig gældende. Dog er selve værktøjet simplificeret til et flowchart, hvilket gør det lettere at anvende i dagligt arbejde. Med simplificeringen øges risikoen dog for fejlestimeringer, da der tages hensyn til færre variabler.</p> <p>I almen praksis, kan man støtte sig til værktøjet ved at skele til faktorerne, der angives at have betydning for udfald efter genoplivningsforsøg. Enkeltfaktorerne kan dog ikke tillægges sikker vægtning.</p>
--------------------	--

Forfatter	Hayes, B. (11).
Titel	Clinical model for ethical cardiopulmonary resuscitation decision-making
År/land	2012, Australien
Forsknings-spørgsmål	Udvikle en model til undervisning og forbedring af lægers ensartethed i tilgangen til samtaler om genoplivning.
Studie-design	Kvalitativt interview-studie.
Population	33 personer (11 overlæger, 11 yngre læger og 11 sygeplejersker med erfaring indenfor samtaler om genoplivning).
Hoved-resultat	<p>Ud fra populationens svar konkluderer forfatteren, at drøftelser om genoplivning bør indeholde grundige moralske og tekniske overvejelser. Det vurderes, at lægen ud fra disse, bør drage egne konklusioner om hvilke behandlingstilbud der kommer på tale.</p> <p>Desuden opsummeres tre emner, der vurderes centrale for en god drøftelse af genoplivning med patienter og pårørende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: At skulle forholde sig til et spørgsmål om liv og død. 2: Diskussion af forholdene omkring døden - hvad er en god død? 3: Tillid til det behandlende team, samt de enkelte behandleres evner og dømmekraft.
Redskab/ forfatterens konklusioner	<p>Man har opstillet to beslutningsstøtte-værktøjer:</p> <p>Første værktøj skitserer hvorledes behandleren først vurderer de teknisk mulige udfald af genoplivningsforsøg. Herefter overvejes etiske aspekter, der bør inddrages i den endelige beslutning. Se appendix 4.</p> <p>Det andet værktøj vejleder behandleren i, hvilket fokus samtalen med patienten/de pårørende skal have. Fokus afhænger af, hvordan man forudsiger udfaldet af genoplivningsforsøg vil være - fra mulig overlevelse til udsigtsløs. Værktøjet har 4 mulige scenarier for diskussionen - se appendix 4.</p>

Kommentarer	<p>Værktøjerne der præsenteres giver en skematisk tilgang til et ellers svært tilgængeligt emne.</p> <p>Det etiske fokus kombineret med den medicinske vurdering, er relevant når man står overfor at skulle gennemføre samtale omkring genoplivning eller ej.</p> <p>Der er tale om et kvalitativt studie baseret på interviews i en lille population på kun 33 personer, hvilket giver risiko for, at resultaterne ikke er reproducerbare og ikke repræsentative i et større setup.</p> <p>Der er ikke udført validering af værktøjerne i klinisk praksis. Det vides altså ikke, om brug af redskaberne rent faktisk bidrager til større ensartethed og større patient/behandler-tilfredshed i diskussioner om genoplivning.</p> <p>Det faktum at studiet er udført i Australien, hvor sundhedssystemet vurderes nogenlunde sammenligneligt med det danske system, gør at overvejelserne er relevante i en dansk sammenhæng.</p>
--------------------	--

Forfatter	Goold, SD. et al. (12).
Titel	Conflicts Regarding Decisions to Limit Treatment - A Differential Diagnosis
År/land	2000, USA.
Forsknings-spørgsmål	Skabe en model, der belyser de psykosociale aspekter af konflikter mellem læge og pårørende i beslutningen om genoplivning.
Studie-design	Erfaringsbaseret artikel.
Population	Ingen test-population.
Hoved-resultat/Redskab	<p>Skema udformet til opkvalificering af diskussion med pårørende om begrænsning af behandling/genoplivning. Se appendix 5.</p> <p>Tre forhold bør afdækkes:</p> <p>1: <i>Familiens perspektiver</i> (f.eks. beslutninger, forventninger, følelser, tvivl).</p> <p>2: <i>Forhold ved behandlingen</i> (f.eks. hvordan har sygdomsforløbet været?; Hvad er prognosen?; patientens mentale tilstand; fortrolighed med drøftelser om liv og død; information givet; sprogbrug; fysisk forhold for samtale).</p> <p>3: <i>Sociale/organisatoriske forhold</i>. (f.eks. økonomiske incitamenter; religiøse eller kulturelle forhold).</p>
Forfatterens	Erfaring savnes omkring tilgang til "den svære samtale". Dette har

konklusioner	konsekvenser for pårørendes tillid til det behandlende system og for lægers tilgang til samtalen. Der er behov for uddannelse indenfor emnet. Desuden vurderes det, at organisatoriske forhold med fordel kan forbedres - f.eks. med højere prioritering af samtaler med pårørende. Skemaet kan afdække mulige konfliktpunkter i "den svære samtale" med pårørende.
Kommentarer	<p>Modellen giver en skematisk tilgang til "den svære samtale" og øger dermed anvendeligheden i klinisk praksis.</p> <p>De tre fokuspunkter kan overføres til alle samtaler der indeholder et konfliktpunkt.</p> <p>Artiklen repræsenterer forfatterens holdning og erfaringer og skemaet er ikke efterfølgende valideret. Vi ved derfor ikke, om det vil medføre bedre forløb med færre konflikter og mere tillid.</p> <p>Omtalte økonomiske overvejelser er mindre udtalte i Danmark end i USA pga. fri adgang til lægehjælp og indlæggelse.</p> <p>I arbejdet i almen praksis er klarlægning af forskellige perspektiver og holdninger specielt relevante, når det drejer sig om følsomme emner.</p>

Diskussion

Vi har fundet frem til fire studier, der hver indeholder et redskab til brug ved stillingtagen til genoplivning. To af studierne fokuserer på de medicinske aspekter og muligheder for genoplivning (9, 10). De to andre studier belyser emnet fra en etisk og samtaleteknisk vinkel (11, 12). I den samlede vurdering skal man også inddrage de juridiske aspekter, som er nævnt tidligere i denne opgave.

Vi vil her præsentere en sammenfatning, som praktiserende læger kan bruge i samtalen omkring genoplivning med den ældre eller terminalt syge patient.

Medicinske overvejelser

Følgende kroniske karakteristika påvirker udfald af genoplivningsforsøg i negativ retning:

- Alder (>85 år)
- Metastaserende eller hæmatologisk cancer
- Leverinsufficiens (bilirubin >34, ASAT x 2 øvre grænse, cirrose)
- Nyreinsufficiens (kreatinin > 180 mikromol/l, dialyse)
- Respiratorisk insufficiens

Vurdering af patienten i terminal fase, kan understøttes af DSAMs vejledning: Palliation under afsnittet *Den døende patient*(13).

Juridiske overvejelser

I følgende tre situationer kan ingen-genoplivning overvejes:

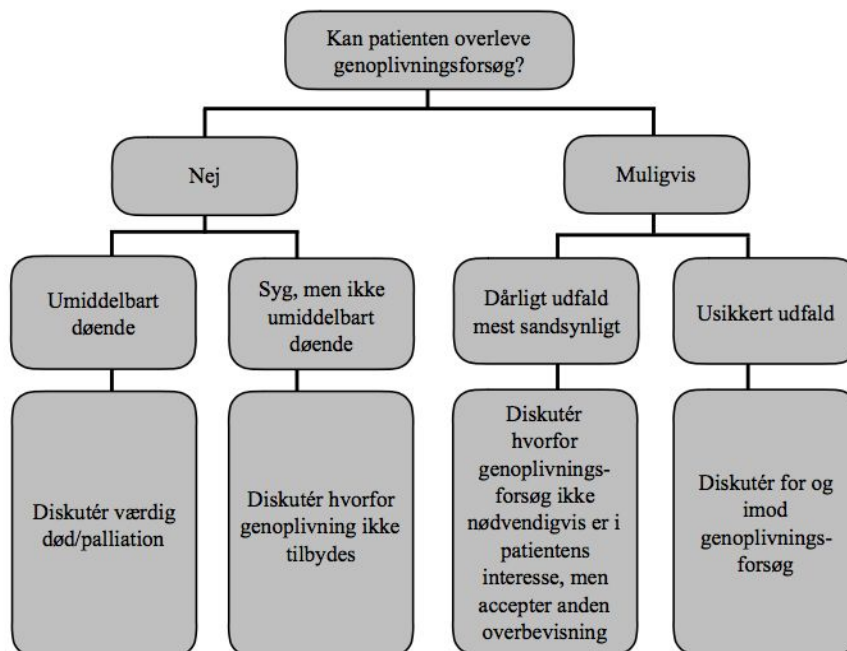
- Patienten er *uafvendeligt døende*. Dvs. patienten vil med al sandsynlighed dø indenfor dage til uger, uanset hvilken behandling der iværksættes.
- Patienten er *svært invalideret/permanent vegetativ*.
- Patienten er ikke uafvendeligt døende, men i en tilstand hvor genoplivning vil *påføre svær lidelse eller betydelige fysiske mén*.

Hvad skal inddrages:

Patientens habilitet. Hvad har patienten tidligere ytret? Livstestamente.
Pårørende. Plejepersonale.
Epikriser om behandlingsloft fra indlæggelser.

Etiske overvejelser

1 - Afklar mål med samtalen - drøftelse af genoplivning eller palliation.



Figur 3, oversat fra (11).

2 - Afklar perspektiverne med hjælpesætninger:

Spørg borgeren og familien:

- Hvilke tanker har du om din situation?
- Hvorfor har du besluttet at _____?
- Hvad håber du på, at vi kan opnå?
- Hvad tror du din _____ ville ønske at opnå?
- Hvad er vigtigst for dig?
- Føler du dine spørgsmål bliver besvaret?
- Har du bekymringer om behandlingen?
- Er der uenighed i familien?

Spørg dig selv:

- Hvad har jeg fortalt borgeren og familien?
- Har jeg bidraget til forsinkelser i forløbet?
- Hvordan har jeg det med at skulle diskutere emnet?
- Har jeg tid nok til at tale med borgeren og familien?
- Hvilke af mine ord eller sætninger kunne bidrage til en konflikt?
- Stoler borgeren og familien på mig?
- Kan der være økonomiske overvejelser indblandet?
- Er der religiøse eller kulturelle forskelle jeg overser?

Sammenfatningen er konstrueret med udgangspunkt i medicinske, juridiske og etiske aspekter af tilgangen til et vanskeligt emne. Denne struktur kan anvendes i forberedelserne til et hjemmebesøg eller opfølgende besøg efter indlæggelse. Desuden kan det støtte overvejelserne omkring indikation for genoplivning, når plejepersonale retter henvendelse på vegne af ældre borgere.

I den første case vi præsenterede i indledningen, vil vi kunne bruge vores værktøj til at forberede vores besøg ved patienten.

Medicinsk: Patienten er en ældre dame med to cancerlidelser og formentlig spredning. Af epikrise fremgår, at der ikke er kurative behandlingstilbud. Dette taler imod godt udfald ved genoplivningsforsøg.

Juridisk: Patienten anses for at være uafvendeligt døende. Hun kendes som habil.

Genoplivning er ikke tidligere diskuteret.

Etisk: Flowchart leder os hen mod en samtale om palliation og om hvorfor genoplivning ikke tilbydes. Ved selve besøget kan de åbne spørgsmål i redskabet bidrage til at afdække patientens perspektiver på en hensynsfuld måde.

I casen hjælper redskabet os med at få italesat de svære emner overfor patienten. Vi får nogle konkrete sætninger til brug i samtalen.

I den anden case er der en umiddelbar uenighed omkring genoplivning mellem værge og læge. Redskabet kan anvendes i forsøget på at opnå konsensus.

Medicinsk: Patientens alder og plejekrævende status taler imod godt udfald ved genoplivningsforsøg, dog kan overlevelse ikke udelukkes.

Juridisk: Patienten er svært invalideret, har ikke noget sammenhængende sprog og bliver madet. Selvom han ikke er uafvendeligt døende, kan der vælges ingen-genoplivning. Han er inhabil, men har ikke lavet noget livstestamente. Hustruens holdning kender vi.

Plejepersonalet synes ikke der er nogen ændring i tilstanden.

Etisk: I flowchart vurderer vi, at genoplivning muligvis kan lykkes, men formentlig med dårligt udfald. Det leder til, at vi bør informere om, at genoplivning ikke nødvendigvis er i patientens interesse, men vi skal acceptere anden holdning. Igen kan "hjælpe-sætningerne" anvendes. De kan bringe os tættere på forståelse af hustruens ønsker og baggrunden herfor.

Ved at vi som sundhedsprofessionelle får struktureret vores egne overvejelser, kan vi formentlig informere og støtte patienter og pårørende mere fyldestgørende. Tilgangen med belysning af flere aspekter, kan med fordel anvendes i samtaler med andet fokus. I forhold til diskussion om genoplivning vil det formentlig ofte være plejepersonalet på plejehjem, der tager kontakt til os angående borgere, hos hvem de ser en forværring af den almene tilstand. Hvornår man i øvrigt skal gå ind i en samtale om genoplivning eller palliation må bero på et individuelt skøn. Det tyder på, at lægen kan støtte sig til et "surprise question", hvor det vil være relevant med pallierende indsat overfor en patient, hvor lægen kan svare nej til spørgsmålet: "Vil jeg blive overrasket, hvis denne patient er død om et år?" (14).

At simplificere beslutningstagningen i et så stort spørgsmål som 'genoplivning eller ej', er ikke en nem opgave. Den fortjener stor opmærksomhed og grundighed. Det udviklede redskab kan udelukkende støtte os i dette, og indeholder ikke en udtømmende nuancering af problemstillingen. Vores søgning har ikke kunnet vise, at enkeltstående medicinske faktorer

eller et scoringssystem af patientkarakteristika med sikkerhed kan forudsige prognosen ved hjertestop uden for hospital.

Vi havde som mål, at finde tidligere udviklede redskaber til beslutningsstøtte. Søgningerne vi foretog var begrænsede af, at mange forskellige vendinger er brugt til omtale af problemet - f.eks: DNAR Do-not-attempt-resuscitation; DNR Do-not-resuscitate; ACP advance care planning; AD Advance directives. Flere af disse termer blev først gradvist klarlagt, og indenfor opgavens rammer, var en fyldestgørende søgning ikke tidsmæssigt mulig. Vores artikelsøgning indbefattede kun artikler publiceret indenfor de seneste 20 år. Dette kriterium vurderes relevant pga. den pågående udvikling indenfor livsforlængende behandling og genoplivning. Der er dog tale om en arbitrær skillelinje, og vi kan have frasorteret væsentlige redskaber. Ved gennemlæsning af diverse artikler, har referencelisterne da også afsløret, at studier af ældre dato fortsat omtales og findes relevante. Vi ekskluderede også studier, der var udviklet til specifikke patientgrupper eller var målrettet kirurgiske patienter. Redskaber med relevans for store patientgrupper i almen praksis - som f.eks patienter med KOL, diabetes eller arteriosklerose, kan derfor være frasorteret.

De to kohortestudier, der er fremkommet ved søgningen, har vist sig at indgå i ERCs guideline (5). Det understøtter os i, at vores søgning har ramt nogle aktuelle studier. De to kvalitative studier præsenterer begge modeller, der ikke er validerede. Vi har dog i vores værktøj fundet modellerne meget relevante og brugbare, idet det ikke mindst er under kommunikationen, at de store udfordringer viser sig og konflikter opstår.

Fremadrettet bør det sikres, at alle læger og andre sundhedsprofessionelle som et minimum har kendskab til allerede eksisterende vejledning om lovgivning på området. I indeværende måned, har der i Månedsskrift for Almen Praksis været en grundig gennemgang af Sundhedsstyrelsens vejledning, hvilket understreger, at området er aktuelt og komplekst (15). At diskutere genoplivning eller ej, uden ledsagende at diskutere palliative tilbud, vurderer vi uhensigtsmæssigt. Vi tænker, at en opkvalificering af lægers viden om lindrende behandlingsmuligheder kan bidrage til en mere nuanceret og fyldestgørende samtale med patienter og pårørende. Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning *Palliation* kan være god inspiration (13).

For den almene befolkning, har Foreningen for Palliativ Indsats igangsat en kampagne og kursusrække om "sidste-hjælp". Formålet er at udbrede kendskabet til palliativ behandling, og hvad man kan forvente af den sidste del af livet (16).

Konklusion

Med denne opgave har vi samlet et værktøj til hjælp for praktiserende læger i stillingtagen til genoplivning ved svært syge borgere. Med modellen har vi belyst medicinske, juridiske og etiske sider af emnet. Overordnet set må vi konkludere, at det vigtigste er at finde frem til, hvad der er livskvalitet for den enkelte borger, og hvad borgeren har af ønsker for den sidste del af livet.

Referenceliste

- 1 - Hansen SM et al. Danish Cardiac Arrest Registry. Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Denmark. Scientific report 2001-2014. Danish Resuscitation Council website.
- 2 - Søholm, H. et al.: Resuscitation of patients suffering from sudden cardiac arrests in nursing homes is not futile, *Resuscitation*, 2014, No. 85, 369-375.
- 3 - Marco, CA et al.: Cardiopulmonary resuscitation: Knowledge and opinions among the U.S. general public - State of the science-fiction. *Resuscitation*, 2008, No. 79: 490—498
- 4 - Alkic, A et al.; *European Journal of Health Law* 19: 2012; 289-203
- 5 - Bossaert, LL et al.: European Resuscitation Council. Guidelines for Resuscitation 2015 Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation* 95, 1995, 302-311.
- 6 - Sundhedsstyrelsen 2014. Vejledning nummer 9025. Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse.
- 7 - <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2017-01-16-maa-laegerne-bestemme-om-erik-riisager-skal-genoplives>
- 8 - Glaudemans, JJ et al.: Review. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review, *Family Practice*, 2015, Vol. 32, No. 1, 16-26.
- 9 - Ebell, MH. et al.: Development and Validation of the Good Outcome Following Attempted Resuscitation (GO-FAR) Score to Predict Neurologically Intact Survival After In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation: *JAMA Internal Medicine*, November 11, 2013 Vol. 173, No. 20, 1872-1878.
- 10 - Ebell, MH. et al.: Prediction of Survival to Discharge Following Cardiopulmonary Resuscitation Using Classification and Regression Trees, *Critical Care Medicine Journal*, December 2013, Vol. 41, No. 12, 2688-2697.
- 11 - Hayes B.: Clinical model for ethical cardiopulmonary resuscitation decision-making, *Internal Medicine Journal* © 2012 Royal Australasian College of Physicians, doi:10.1111/j.1445-5994.2012.02841.x, 77-83.
- 12 - Goold, SD et al.: Conflicts Regarding Decisions to Limit Treatment - A Differential Diagnosis, *JAMA*, February 16, 2000, Vol 283, No.7, 909-914.
- 13 - Palliation, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2014 1. udgave, 1. oplag, 2014
- 14 - Moss, AH. et al.: Prognostic Significance of the “Surprise” Question in Cancer Patients, *Journal of Palliative Medicine*, Vol. 13, No. 7, February 2010, 837-841

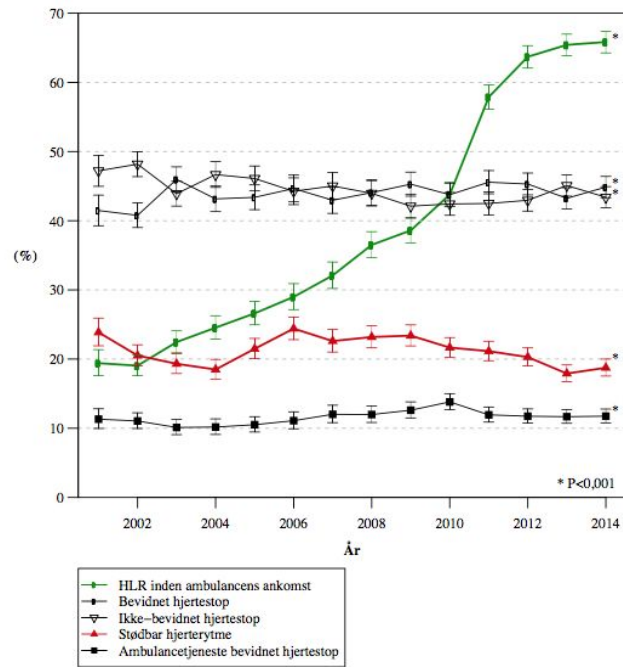
15 - Mink, Anitta: Fravalg af livsforlængende behandling, Månedsskrift for Almen Praksis, Marts 2017, s. 219-230.

16 - www.palliativ.dk/sidste-hjaelp

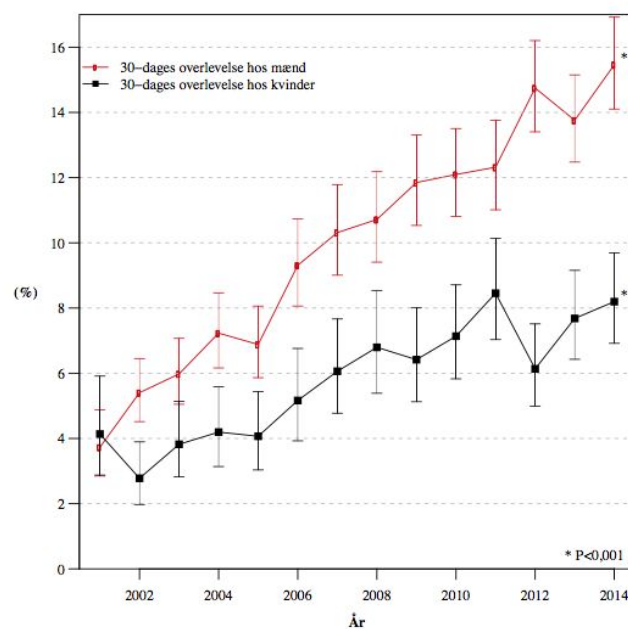
Appendix

Appendix 1 (1):

FIGUR 2:
Tidsmæssig udvikling i HLR inden ankomst af ambulance, bevidnet status og stødbar hjerterytme.



FIGUR 5:
30-dages overlevelse i relation til køn.



Appendix 2 (9):

Table 3. Results of Multivariate Analysis for Final Model^a

Variable	β Coefficient (95% CI)	OR	GO-FAR Score ^b
Neurologically intact or with minimal deficits at admission ^c	-1.51 (-1.63 to 1.39)	0.22	-15
Major trauma	1.03 (0.71 to 1.35)	2.80	10
Acute stroke	0.78 (0.39 to 1.17)	2.18	8
Metastatic or hematologic cancer	0.76 (0.57 to 0.96)	2.15	7
Septicemia	0.73 (0.52 to 0.93)	2.07	7
Medical noncardiac diagnosis	0.66 (0.54 to 0.78)	1.94	7
Hepatic insufficiency	0.63 (0.37 to 0.90)	1.88	6
Admit from skilled nursing facility	0.60 (0.33 to 0.87)	1.82	6
Hypotension or hypoperfusion	0.52 (0.38 to 0.65)	1.67	5
Renal insufficiency or dialysis	0.40 (0.28 to 0.52)	1.49	4
Respiratory insufficiency	0.36 (0.24 to 0.47)	1.43	4
Pneumonia	0.12 (-0.07 to 0.30)	1.12	1
Age, y			
70-74	0.22 (0.06 to 0.38)	1.25	2
75-79	0.55 (0.38 to 0.72)	1.73	5
80-84	0.64 (0.45 to 0.82)	1.89	6
≥ 85	1.08 (0.86 to 1.31)	2.96	11
Constant	2.00 (1.87 to 2.13)

Abbreviations: CPC, Cerebral Performance Category; GO-FAR, Good Outcome Following Attempted Resuscitation; OR, odds ratio.

^a Survival to discharge with a CPC score of 1 is the dependent variable.

^b Points for GO-FAR scores were assigned based on β coefficients.

^c CPC score of 1 at admission.

Table 4. Performance of the Final GO-FAR Score in the Training, Test, and Validation Sets

Risk Group	GO-FAR Score Category ^a	Patients in Risk Category, %	Survivors With CPC Score of 1/All With This Score (%)
Training set			
Very low (<1%)	≥ 24	9.1	13/2049 (0.6)
Low (1% to 3%)	14 to 23	19.4	99/4381 (2.3)
Average (>3% to 15%)	-5 to 13	53.4	1122/12 084 (9.3)
Above average (>15%)	-15 to -6	18.2	1147/4112 (27.9)
Test set			
Very low (<1%)	≥ 24	8.7	10/1125 (0.9)
Low (1% to 3%)	14 to 23	17.6	41/2097 (2.0)
Average (>3% to 15%)	-5 to 13	58.1	540/6087 (8.9)
Above average (>15%)	-15 to -6	15.6	582/2088 (27.9)
Validation set			
Very low (<1%)	≥ 24	9.4	14/1625 (0.9)
Low (1% to 3%)	14 to 23	18.9	54/3247 (1.7)
Average (>3% to 15%)	-5 to 13	54.0	869/9293 (9.4)
Above average (>15%)	-15 to -6	17.7	839/3053 (27.5)
All groups combined			
Very low (<1%)	≥ 24	9.4	37/4799 (0.8)
Low (1% to 3%)	14 to 23	19.0	194/9725 (2.0)
Average (>3% to 15%)	-5 to 13	53.6	2531/27 464 (9.2)
Above average (>15%)	-15 to -6	18.1	2568/9253 (27.8)

Abbreviations: CPC, Cerebral Performance Category; GO-FAR, Good Outcome Following Attempted Resuscitation.

^a Cutoffs were selected to create groups with very low, low, average, and above average likelihoods of survival to discharge with a CPC score of 1, using the training set for a series of models (see eTable in the Supplement). The best model was selected using the test set, and the final model was evaluated using the validation set. The C statistic was 0.77 for the training and test sets and 0.78 for the validation set.

Appendix 3 (10):

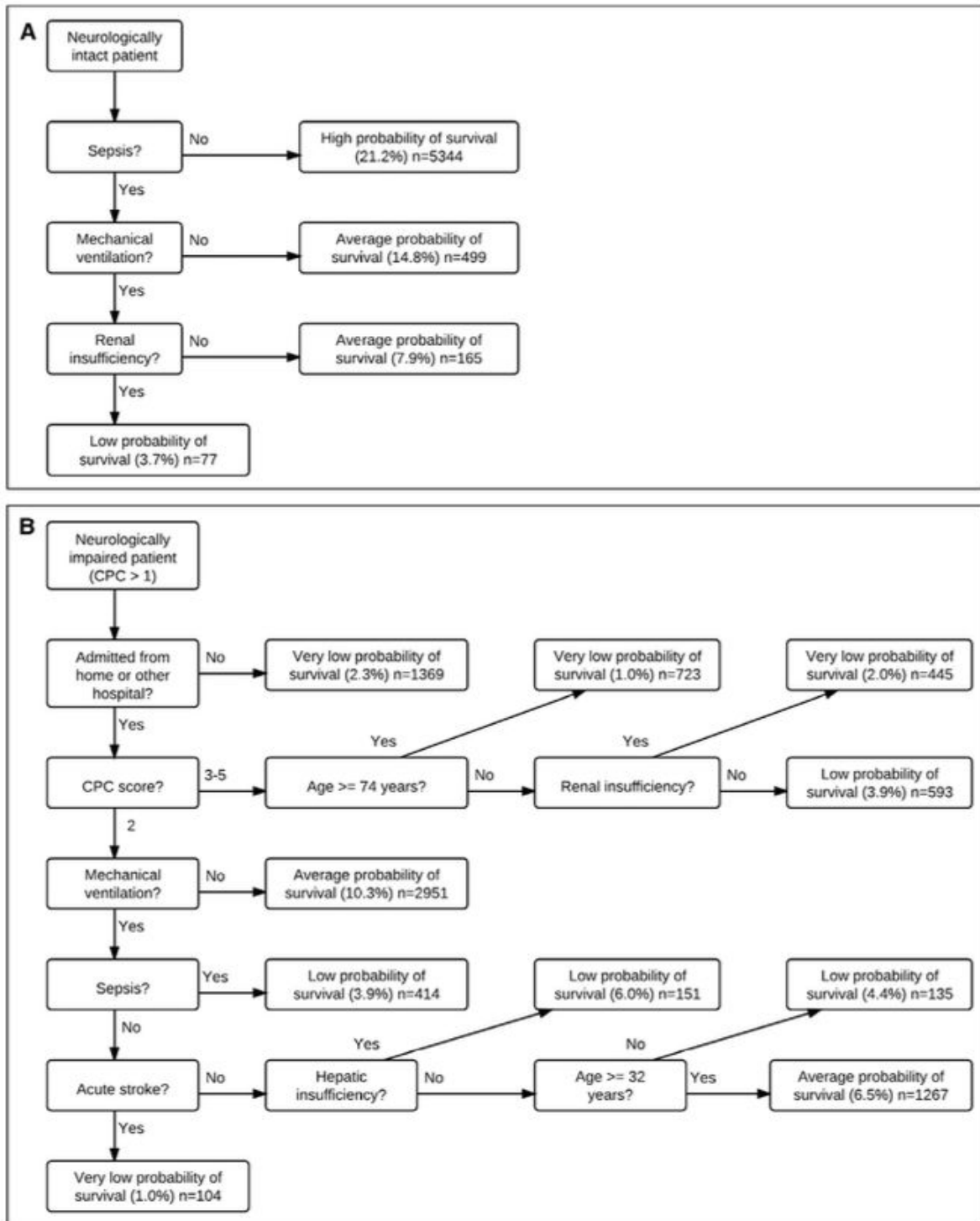


Figure 2. A, Supervised Classification and Regression Trees (CART) model (model 5 from Table 3) to predict likelihood of survival to discharge neurologically intact or with mild deficits (Cerebral Performance Category, CPC = 1) among 6,085 patients in validation group with a similar mental status at admission. **B**, Supervised CART model (model 5 from Table 3) to predict likelihood of survival to discharge neurologically intact or with mild deficits (CPC = 1) among 7,738 patients in the validation group who are moderately impaired or worse at admission (CPC = 2–5).

Appendix 4 (11):

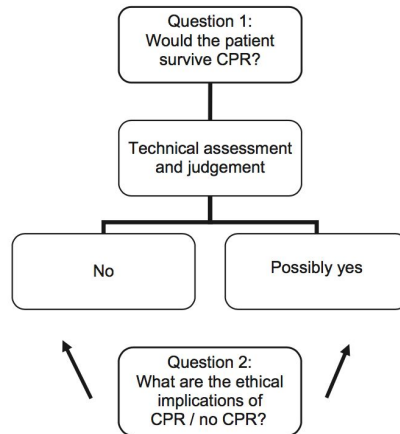


Figure 1 Cardiopulmonary resuscitation (CPR) decisions are technical and moral decisions.

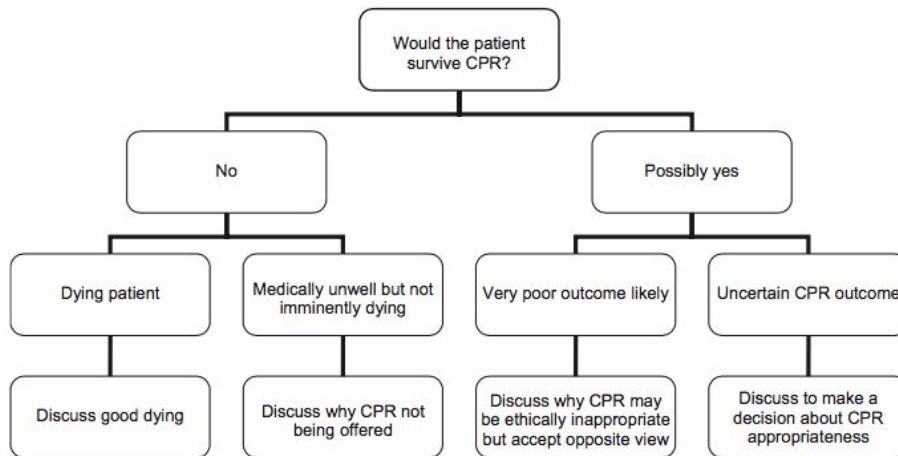


Figure 2 Four categories for cardiopulmonary resuscitation (CPR) decision-making discussions.

Appendix 5 (12):

Table. Data-Gathering Questions for Physicians

Ask the family:

What do you understand about what is going on?
Why have you decided to _____?
What are you hoping we can accomplish/achieve?
What do you think _____ would want us to accomplish for him/her?
What else would he/she want us to accomplish?
Which, of these, are the most important?
In what situations, if any, could you imagine _____ not wanting to continue to live?
Are your questions getting answered? Do you have concerns about the care you/your loved one is getting?
Are there disagreements among family members?

Ask yourself:

What do I think are this patient's chances of surviving to discharge/recovering function?
What have I told the patient/family are his/her chances of surviving to discharge/recovering function?
How sure am I about his/her prognosis? On what is it based?
What do I know about what this patient wants (or would have wanted)? How do I know? How sure am I?
Is this patient competent to make his/her own decisions? How do I know? How sure am I?
 Could it be fluctuating or reversible incompetence?
Did I/we contribute to a bad outcome in any way (eg, missed diagnosis, delayed treatment)?
How do I feel about discussing this patient's death with him/her (his/her family)?
Who is this patient's "family doctor"? Clergy of choice? Primary nurse? Social worker?
Do I feel I have enough time to talk to the patient/family about prognosis, options, and goals?
What words or phrases have I (or others) used that might be contributing to the conflict
 (eg, "stopping treatment," "comfort measures only," "hopeless," "certain")?
What aspect(s) of this patient's life do I feel justify withholding or withdrawing life-sustaining treatment?
Does the family trust us? If not, why not?

Ask about social/organizational influences:

Are there financial pressures on the family?
Are there financial pressures on the hospital?
Are there financial pressures on the medical team?
Are families allowed to see what the patient's day is like?
Are there any concerns about malpractice or legality?
Are there cultural or religious differences among the patient/family/physicians/hospital?
