

# Visitation, prioritering og etiske overvejelser ifm. behandling af kritisk syge patienter på intensivafsnit

Når udviklingen går fra normalsituationen til beredskabssituationer (fx pandemier), hvor behovet for intensiv terapi overstiger de tilgængelige ressourcer

## Indhold

Indhold.....	1
Indledning.....	3
Flowchart.....	5
Rekommandationer.....	6
Gyldighed.....	6
Begrebsafklaring: Visitation – prioritering – rationering.....	6
Generelle principper.....	6
Faser af ressourceknaphed.....	7
Visitation til intensivbehandling.....	8
Aktuelle indlæggelseskrævende sygdom.....	8
Kronisk sygdom.....	9
Habituel funktionsniveau og skrøbelighed.....	9
Alder.....	9
Faglig vurdering af behandlingsmuligheder.....	11
Patientens ønske om behandlingsniveau og ”den nødvendige samtale”.....	11
Visitation til intensivbehandling.....	13
Visitation til intensivbehandling - prioritering.....	14
Visitation i fase 0: prioritering ved ingen ressourceknaphed.....	15
Visitation i fase I: prioritering ved begyndende ressourceknaphed.....	15
Visitation i fase II: rationering og triagering ved alvorlig ressourceknaphed.....	16
Rationering af intensivbehandling.....	16
Triagering ved udtømte ressourcer.....	17
Pallierende og lindrende behandling.....	18
Pårørende ved livets afslutning.....	18
Pårørendeomsorg.....	19
Personaleomsorg.....	20
Ligeværdighed og retfærdighed.....	20
Etiske principper.....	21
At gøre mest muligt godt og volde mindst mulig skade.....	21

Respekt for autonomi.....	21
Retfærdighed/Ligeværdighed .....	22
Lindring.....	22
Arbejdsgruppe og kommissorium .....	23
Litteratur.....	24
Bilag 1: Clinical Frailty Scale.....	25
Bilag 2: Samtaleguides.....	26
- Om behandlingsniveau, ønsker for fremtiden og telefonkommunikation. ....	26
- Om kommunikation i tilfælde af rationering.....	28

## Indledning

COVID-19 pandemien har skærpet opmærksomheden på ressourceknaphed og optimeret allokering af de tilgængelige ressourcer. Fra testkits og personale til at foretage tests over personlige værnemidler til hospitals- og intensivpladser, respiratorer og intensivkvalificeret personale. Hvad angår intensivbehandling forudsås en betydelig stigning i behovet for tilgængelige intensivpladser med tilhørende apparatur og personale. Varigheden af og toppunktet for denne stigning er afhængig af:

- Effekten af iværksatte afbødningsstrategier.
- Evt. ny effektiv antiviral eller immunmodulerende behandling.
- Mulighed for profylakse (vaccine).
- **Endnu** utilstrækkeligt belyste egenskaber ved SARS-CoV-2, såsom omfanget og varigheden af et beskyttende immunrespons hos inficerede individer, og virus' evne til at mutere og undgå dette immunrespons.

I det nordlige Italien, som tidligt blev ramt af en epidemi med omfattende lokal smittespredning, inden afbødningstiltag kunne iværksættes, viste behovet for intensivressourcer sig mange gange højere end de tilgængelige ressourcer trods en øgning af intensivkapaciteten fra 720 til 1202 senge inden for 18 dage (Grasselli G et al. JAMA 2020). Trods en langt lavere stigningstakt i antal smittede, indlagte og kritisk syge patienter i Danmark, der ikke udfordrede intensivkapaciteten, er der behov for at udvise rettidig omhu ved at udarbejde en fælles operationel vejledning for visitation til intensivbehandling, som kan fungere i alle faser af et scenarie med tiltagende ressourceknaphed.

Oplægget til nærværende vejledning beskriver, hvordan man med udgangspunkt i den normale driftssituation i sundhedsvæsenet, kan håndtere situationer med et kraftigt øget behandlingsbehov for intensiv terapi, der ikke kan, gennem en transparent faglig visitation og rationering af behandlingsskapaciteten. Med det mål samlet at redde flest mulige gode restleveår.

Oplægget til vejledningen er bearbejdet og redigeret til et tværregionalt dokument, på baggrund af et oplæg fra Arbejdsgruppen under Sundhedsfagligt Råd for Anæstesiologi, nedsat af Region Hovedstadens kriseledelse. Det har været drøftet med de faglige selskaber DASAIM og DSIT.

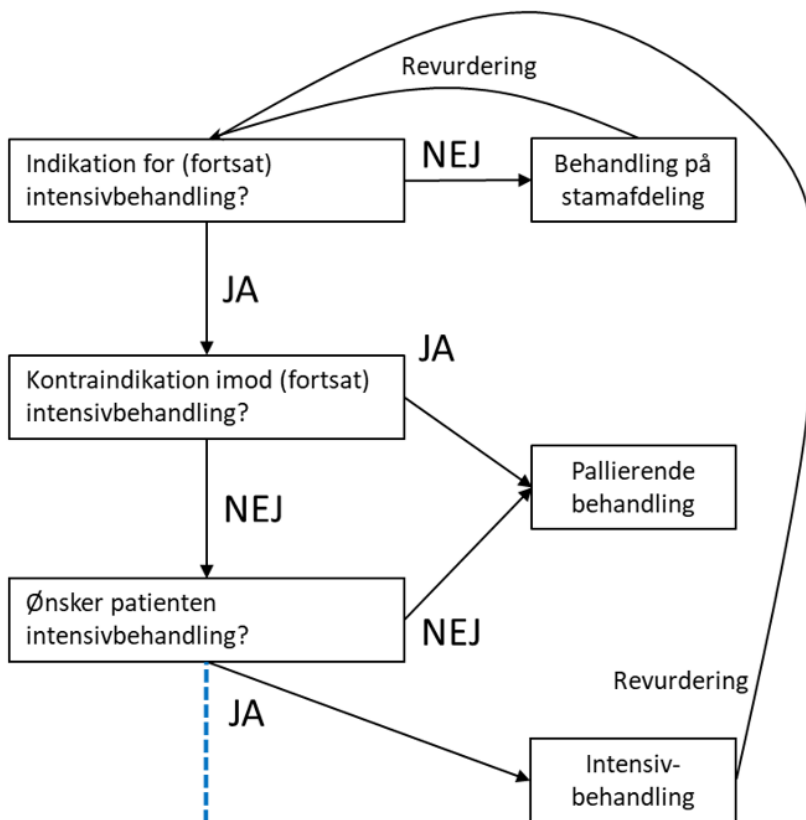
Rekommandationerne indebærer overvejelser om individuelt behandlingsbehov, ønske om behandling, mulighed for overlevelse/helbredelse og tilgængelige ressourcer, og de skelner mellem tre forskellige faser med forskellige grader af ressourcer.

Det har været ambitionen at formulere en "bæredygtig" vejledning, der rækker ud over den aktuelle COVID-19 situation, og som også kan anvendes til at visitere intensivpatienter i fremtidige scenarier med eller uden ressourceknaphed.

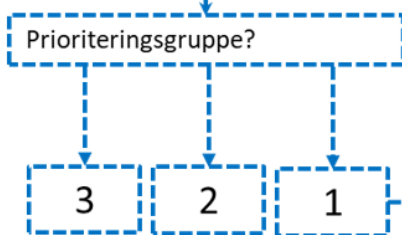
Oplægget oversendes til Sundhedsstyrelsen og offentligheden med henblik på en åben debat. Det kan anbefales at høre de videnskabelige selskaber og patientforeninger, og at arbejdet eventuelt følges op i en bred, hurtig-arbejdende national arbejdsgruppe.

# Flowchart

Visitation fase 0:

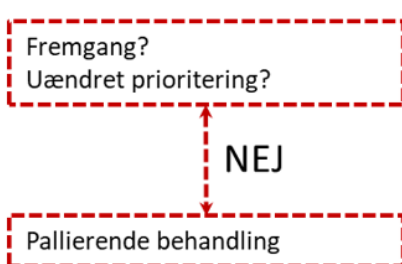


Visitation fase 1:



Visitation fase 2:

- +prioritering
- +rationering
- +Triagering



## Rekommandationer

### Gyldighed

Vejledningen gælder for alle voksne patienter, som er indlagt på hospital, og som efter et fagligt medicinsk skøn kan få behov for intensivbehandling, og tilmed når udviklingen går fra normalsituation til beredskabssituation (fx pandemier), hvor behovet for intensiv terapi overstiger de tilgængelige ressourcer.

### Begrebsafklaring: Visitation – prioritering – rationering

I denne vejledning anvendes begrebet *visitation* om den rent lægefaglige vurdering af patientens behandlingsbehov, fx behov for intensiv- eller respiratorbehandling. *Prioritering* betegner en procedure, der bestemmer, hvilke patienter, som visiteres til intensivbehandling for at øge deres overlevelseschance, der i første omgang får plads på intensivafdelingen, og hvilke patienter, der "står i kø" til intensivbehandling, når alle først prioriterede patienter har fået plads, og der fortsat er/opstår ledige pladser. *Rationering* betegner proceduren for visitation til intensivbehandling, når alle intensivpladser allerede er besat, men der fortsat er patienter uden for intensivafdelingen, som ved visitation vurderes at have behov for intensivbehandling, og som i en mindre trængt situation ville være højt prioriteret dertil.

I praksis er de forskellige begreber ikke knivskarpt afgrænsede, men overlapper hinanden. Når det alligevel kan være hensigtsmæssigt at anvende dem hér, er det, fordi de kan anvendes til at afgrænse de tre faser af ressourceknaphed, som er nævnt ovenfor: I fase 0 visiteres patienterne efter vanlige retningslinjer (DASAIM), i fase 1 visiteres og prioriteres og i fase 2 drives visitationen og prioriteringen også af rationering.

### Generelle principper

Denne vejledning tager udgangspunkt i de medicinske etiske principper om at gøre mest muligt godt og forøve mindst mulig skade, samt bevare respekten for individets selvbestemmelsesret og retfærdighed.

Intensivbehandling har potentialet til at redde liv, men indebærer også risikoen for skade og lidelse, og bør derfor kun tilbydes patienter, hvor muligheden for overlevelse forbedres af denne behandling.

En patient har ret til at fravælge intensivbehandling, respiratorbehandling og anden avanceret livreddende behandling, herunder genoplivningsforsøg ved hjertestop, på et informeret og sagligt grundlag.

Patienten har ret til at modtage anden behandling uden hensyntagen til, om intensivbehandling mv. er fravalgt.

I situationer, hvor knaphed på ressourcer medfører, at ikke alle kan tilbydes intensivbehandling, skal den tilgængelige behandling bedst sikres ved anvendelse af forud fastsatte principper for visitation, prioritering og evt. rationering, herunder resourceallokering.

## Faser af resourceknaphed

Vejledningen beskriver principper for visitation, prioritering og rationering af intensivbehandling i tre forskellige faser, der karakteriseres af forskellige grader af resourceknaphed mht. intensivbehandling, der går fra ingen (fase 0) over begyndende (fase I) til alvorlig resourceknaphed (fase II). Denne opdeling er inspireret af det schweiziske akademi for sundhedsvidenskab (SAMW) og det schweiziske selskab for intensivmedicin (SGI) (2020).

I praksis vil det formentlig ofte være svært at skelne skarpt mellem de tre faser, som snarere vil glide over i hinanden. Hvilken fase, hospitalerne befinder sig i, vil kunne variere over tid. En evt. variation fra sted til sted tilstræbes afhjulpnet hurtigst muligt ved overordnet koordinering. Beslutninger om faseskift træffes af regionernes sundhedsdirektørkreds.

Da en tiltagende resourceknaphed i praksis ofte vil medføre, at risikoen øges for uretfærdigheder i prioritering og rationering, er det vigtigt at forsøge at modvirke denne knaphed med alle midler. Dette kan i den aktuelle kontekst gøres på flere måder:

- Forebyggelse af sygdom, fx (i epidemisituationer) minimering af smittespredning i samfundet og optimeret medicinsk/kirurgisk behandling af sygdomsfremkaldende tilstande.
- Reduktion af ikke livs- eller førlighedsbevarende behandlinger på hospitaler.
- Inddragelse af ikke-intensivafdelinger og operationsstuer samt fx anæstesiapparater og -respiratorer til intensivbehandling.
- Rekruttering og uddannelse af ikke-intensivuddannet personale til funktioner på intensivafdeling.

En nærmere gennemgang af disse tiltag ligger uden for denne arbejdsgruppes opgave.



## Visitation til intensivbehandling

Både i fase 0, 1 og 2 er visitation et væsentligt element, og i fase 0 er visitation i princippet det eneste kriterium for visitation til intensivbehandling.

Under hensyntagen til optimal udnyttelse af de til-rådighed-værende ressourcer, har intensivafdelingens læger det endelige visitationsansvar og -ret. I overensstemmelse hermed, kan patienterne udskrives fra intensiv afdeling til stamafdelingen efter intensivlægens beslutning.

Visitation tager udgangspunkt i patientrelaterede faktorer og overvejelser om, hvad der ud fra en lægefaglig vurdering anses for hensigtsmæssigt, og om den forventede effekt af behandlingen står mål med den forventede belastning af patienten, både ud fra et lægefagligt synspunkt og patientens synspunkt.

Visitation foretages ud fra patientens aktuelle indlæggelseskrævende sygdom(-me), kroniske sygdomme/komorbiditet, habituel funktionsniveau, generel skrøbelighed ("frailty scale"), alder, en faglig vurdering af behandlingsmulighederne og patientens eget ønske om behandlingsniveau.

### Aktuelle indlæggelseskrævende sygdom

En score for sværhedsgraden af den akutte indlæggelseskrævende sygdom, er fx World Federation Neurosurgical Societies (WFNS), Score ved spontan aneurismal subarachnoidalblødning eller quick SOFA (qSOFA) score ved sepsis, kan have betydelig prognostisk værdi. Alternativt findes der generelle sygdomsscores, som i varierende grad vurderer sværhedsgraden af eksisterende komorbiditet, såvel som den akutte fysiologiske påvirkning, og som har prognostisk værdi ved indlæggelse på intensivafdeling. Hyppigt anvendte scores er fx APACHE II, SAPS III og SOFA score (sidstnævnte er oprindeligt udviklet til patienter med sepsis, men anvendes også generelt på intensivafdelingerne). Visse prognostiske scores er velegnede til at vurdere udviklingen over tid. Dette gælder fx SOFA score ved sepsis, hvor en stigning i score i løbet af de første 2-4 døgn er en prædikator for død uanset den initiale SOFA score (som også er en prædikator for død) (Ferreira FL et al. JAMA 2001).

Uanset valget af prognostisk score skal det bemærkes, at den ikke er en facitliste på individniveau og ikke kan stå alene i vurderingen af patientens prognose under intensivbehandling.

Uanset patientens indledende prognostiske vurdering kan tilstanden og prognosen ændres. Dette bør, både på og uden for intensivafdelingen, afspejles i løbende vurderinger med justering af behandlingsmål, som dokumenteres i journalen. Særlig vigtigt er beslutningen om overgang fra livreddende til pallierende

behandling og beslutninger om behandlingsgrænser, herunder undladelse af genoplivningsforsøg ved hjertestop, hvad enten der er tale om at opgive/fracfalde visse behandlinger, eller at disse atter kan komme på tale, fordi patientens overordnede prognose bliver bedre.

## Kronisk sygdom

Stabil kronisk sygdom anses ikke for generelt at være en kontraindikation mod intensivbehandling. Svær kronisk sygdom med fremadskridende organfunktionspåvirkning og kort forventet restlevetid kan dog, afhængigt af den specifikke sygdom, både øge risikoen for død ved akut svær sygdom og nedsætte det forventede antal leveår, som vindes, hvis patienten overlever intensivbehandling. Svær kronisk sygdom med samtidig nedsat livskvalitet kan desuden nedsætte det kvalitetsjusterede antal forventede leveår efter vellykket intensivbehandling.

Sværhedsgraden af kroniske sygdomme kan ofte beskrives ved en sygdomsspecifik score, som er valid med hensyn til at identificere patienter med kort forventet restlevetid. Svær kronisk sygdom kan også bidrage til øget skrøbelighed, som kan udtrykkes ved Clinical Frailty Score, se nedenfor.

## Habituel funktionsniveau og skrøbelighed

Patientens evne til at klare sig selv i dagligdagen er en prognostisk faktor ved kritisk sygdom. I en metaanalyse var generel skrøbelighed defineret som fx Clinical Frailty Scale > 4 en uafhængig risikofaktor for øget intensiv-, hospitals- og "langtids"-dødelighed efter intensivindlæggelse (relativ risiko 1.5-1.7); aldersgrænsen varierede i de enkelte studier fra >18 til >80 år (Muscedere J et al. Intensive Care Med 2017). Hos +80-årige, indlagt på intensivafdeling, var Clinical Frailty Scale stærkt korreleret med dagligt funktionsniveau målt ved Katz Index og kognitiv funktion målt ved IQCODE, og var i modsætning til disse en uafhængig prædikator for 30-dages overlevelse (de Lange DW et al. J Am Geriatr Soc 2019, Guidet B et al. Intensive Care Med 2019).

## Alder

Alder har fire forskellige betydninger i sammenhæng med prioritering af adgang til behandling for sygdom:

1. Alder er et objektivt karaktertræk ved enhver person, såvel som en vigtig del af de fleste menneskers identitet. I medicinsk sammenhæng er alder vigtig, fordi alderen siger noget om sandsynlighed for chancen

for at behandlingen lykkes, såvel som risikoen for bivirkninger, dvs. om det alt i alt er rimeligt at forsøge at starte en behandling. I denne sammenhæng har læger altid brugt den kronologiske alder som et surrogat for den biologiske alder. Aldringsprocessen går ikke lige hurtigt for alle, men nogen almindeligt tilgængelig biomarkør for biologisk alder findes endnu ikke. Læger bruger ofte et kliniske skøn for biologisk aldring. Der findes et formelt scoringssystem: Clinical Frailty Scale (modificeret efter (Rockwood K et al. CMAJ 2005), se Bilag), fra 1 til 9, hvor højere score svarer til højere grad af skrøbelighed. Fx svarer 5 til, at man er oppegående med stativ eller rollator, med begrænsninger mht. at gå udenfor, købe ind og at klare rengøring og husholdning hjemme.

2. Når man skal vurdere værdien af en livsreddende behandling betyder alder også noget. Der er en stærk sammenhæng mellem et menneskes alder og forventede rest-levetid. I Danmark har Folketinget i principgrundlaget for arbejdet i Medicinrådet besluttet, at man skal have 'mere sundhed for pengene'. Der anvendes nu også QALY. Det Ethiske Råd har i sin udtalelse om prioritering i sundhedsvæsnet anbefalet, at man inddrager 'vundne leveår', når man vurderer behandlingseffekter – ikke kun reddede liv.

3. Livskvaliteten falder med alderen. Det skyldes, at flere og flere må leve med funktionsbegrænsninger og smerter. I Det Ethiske Råds anbefaling af retfærdig prioritering i sundhedsvæsnet indgår brug af helbredsrelateret livskvalitet. I november 2019 besluttede Danske Regioner, at Medicinrådet skal anvende (livs)kvalitetsjusterede leveår fra november 2020. Der findes dog ingen etablerede metoder til at anvende mål for livskvalitet i beslutninger om behandling af den enkelte patient.

4. Endelig betyder højere alder indlysende, at man har levet længere. Når man er barn, har man voksenlivet 'til gode', og når man er så heldig at være blevet gammel, kan man sige, at man har haft et langt liv. Der er dermed en indbygget retfærdighed i, at man alt andet lige hellere skal redde et ungt menneske fra døden end et gammelt menneske. Denne tanke har dog ikke været diskuteret politisk i Danmark eller af Det Ethiske Råd.

Alder er således ikke i sig selv et eksklusionskriterium for intensivbehandling, men er en risikofaktor for en dårlig prognose, fx hos patienter med COVID-19, såvel som ved mange andre kritiske tilstande med behov for intensivbehandling. Højere alder vil herudover, alt andet lige, betyde en kortere forventet restlevetid og dermed, at det forventede antal leveår, som vindes ved vellykket intensivbehandling, bliver lavere. Nogle argumenterer for, at et vundet leveår anses for lige værdifuldt, uanset patientens alder, mens andre mener, at et vundet leveår er mere værd for en yngre patient end for en ældre.

Alder er ikke et eksklusionskriterie. Patientens fysik og evne til at profitere af behandlingen er afgørende.

## Faglig vurdering af behandlingsmuligheder

Ifølge sundhedsloven skal den habile patient samtykke til behandling. Dette forudsætter naturligvis, at den læge, der indhenter samtykket, selv har taget stilling til behandlingsmulighederne. Den faglige vurdering af om patienten, i tilfælde af forværring i tilstanden, skal tilbydes intensivbehandling eller anden avanceret behandling, kan således med fordel foretages tidligt efter indlæggelsen. Vurderingen bør foretages ud fra fastlagte kriterier, som udarbejdes i fællesskab mellem behandlende stamafdeling og evt. modtagende intensivafdeling. I tvivlstilfælde bør en speciallæge fra stamspécialet og en speciallæge i intensivbehandling foretage vurderingen i fællesskab.

Samtalen med patienten om dennes behandlingspræferencer (se nedenfor) og samtykke til behandlingsplan bør afvente ovenstående vurdering, så samtalen foretages på et så kvalificeret grundlag som muligt.

## Patientens ønske om behandlingsniveau og ”den nødvendige samtale”

En habil patient har ret til at *fravælge* et behandlingstilbud i et aktuelt sygdomsforløb, men ikke til at *tilvælge* en behandling, som ud fra en lægefaglig vurdering ikke er indiceret. I den aktuelle kontekst er patientens ønske ift intensiv- og respiratorbehandling, i tilfælde af forværring i tilstanden samt om genoplivningsforsøg i tilfælde af hjertestop, særlig relevant.

Messer et al. har foreslået, at patienterne rutinemæssigt spørges om behandlingspræferencer ved hospitalsindlæggelse (Messer M. Br J Anaesth 2015).

Etisk Råd har desuden i 2016 afgivet følgende udtalelse om forpligtelsen til at afholde ”den nødvendige samtale”:

*”Sundhedspersonalet er forpligtet til at gennemføre en samtale – herefter: den nødvendige samtale – med patienter på sygehus, borgere på plejehjem eller i eget hjem og evt. begge grupperes pårørende, hvis det vurderes, at patienten eller borgeren med stor sandsynlighed er uafvendeligt døende og risikerer at blive ukontaktbar eller på anden måde inhabil til at træffe beslutninger om det kommende forløb. Der bør være særligt fokus på at gennemføre samtalerne med såvel patienter på sygehuse som borgere på plejehjem, hvis de risikerer at blive inhabile på grund af aldersrelaterede lidelser som fx Alzheimer eller demens. I dette tilfælde bør samtalerne afholdes, selv om patienten/borgeren ikke er uafvendeligt døende.”*

Selv hos patienter, der ikke vurderes at være uafvendeligt døende, bør behandlingspræferencer afklares tidligt under indlæggelsen og i sammenhæng med, at man forbereder patienten på behandlingsplan og

mulige scenarier under indlæggelsen. Afklaring af patientens behandlingsønsker og beskrivelse af behandlingsplanen er i nogen grad hinandens forudsætninger, og i praksis vil der ofte være tale om en vekselvis afdækning af begge.

Spørgsmål om til-/fravalg af intensivbehandling og genoplivningsforsøg kan af lægen opleves som vanskelige at stille af flere grunde:

- Gensidig blufærdighed eller ønske om ikke at skræmme patienten, især hvis denne vurderes at have en god prognose og ikke få behov for mere avanceret behandling.
- Lægen mener at have utilstrækkelig viden om implikationerne ved intensivbehandling. Dette kan afhjælpes ved tidlig konference med speciallæge i intensivbehandling.
- Lægen ønsker ikke at spørge patienten om præferencer for behandling, som måske senere ikke vil blive tilbudt patienten, enten fordi den ud fra en faglig klinisk vurdering ikke findes hensigtsmæssig, eller fordi ressourceknaphed betyder, at patienten nedprioriteres til fordel for andre patienter. Også dette kan i hvert fald delvist afhjælpes ved tidlig konference med speciallæge i intensivbehandling.

Risikoen ved ikke at spørge om patientens behandlingspræferencer er dog, at denne, i tilfælde af senere inhabilitet, ikke kan udøve sin autonomi, og at man risikerer at overbehandle patienter, som ellers ville have fravalgt intensivbehandling eller genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Patientens behandlingsønsker kan ændre sig over tid, især ved livsomvæltende begivenheder som egen svær sygdom, tab af pårørende eller ændret arbejdssituation. Dette er formentlig årsagen til, at fx fravalg af genoplivningsforsøg, kun har gyldighed ifm. et aktuelt sygdomsforløb. Hvor der ikke kan indhentes en aktuell udtrykkelig tilkendegivelse fra patienten om dennes ønsker, kan de nærmeste pårørende spørges, om patienten over for dem har givet udtryk for behandlingsønsker. Hvis dette ikke er tilfældet, kan tidligere tilkendegivelser, fx i form af behandlingstestamente eller som registreret i tidligere journalnotat, evt. lægges til grund som "det bedste bud". Hvor der er tvivl om patientens ønsker, må man almindeligvis formode, at denne ønsker aktiv behandling, herunder intensivbehandling og genoplivningsforsøg ved hjertestop.

For en habil patient bør en evt. tilkendegivelse i form af behandlingstestamente ikke erstatte en samtale om patientens aktuelle ønsker. Samtalen bør dog omfatte denne tilkendegivelse.

Et bud på samtaleguide vedlægges denne vejledning (Bilag 2).

## Visitation til intensivbehandling

Normeringen af intensivpladser i Danmark svarer normalt til behandlingsbehovet, idet der dog kan være lokale udsving med heraf følgende lokal ressourceknaphed. Sådanne lokale udsving imødegås i vidt omfang af overflytning af patienterne mellem de forskellige hospitalers intensivafdelinger, såvel som ved tæt lokalt samarbejde og kommunikation mellem intensivafdeling og stamafdeling. De generelle principper vedr. indikation for intensivbehandling, behandlingsansvar og visitationsret er beskrevet i Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicins guideline "Generelle rekommandationer for intensiv terapi i Danmark" (2020).

I god tid forud for intensivindlæggelse, gerne i forbindelse med eller tidligt efter indlæggelsen,

dokumenteres følgende oplysninger i patientens journal:

1. Patientens alder og køn (automatisk tilgængelig).
2. Aktuelle indlæggelseskrævende sygdom, sygdomssværhedsgrad, evt. prognose.
3. Kroniske sygdomme og evt. stadie / sværhedsgrad / prognose.
4. Beskrivelse af habituel funktionsniveau og evt. af "frailty" (fx Clinical Frailty Scale), med uddybning vedr. habituel funktionsniveau.
5. Patientens ønsker om behandlingsniveau, herunder
  - a. Registrering af livs- eller behandlingstestamente.
  - b. Ønske fremsat under samtale (anvend evt. samtaleguide (Bilag 2)) om behandlingsniveau (hos inhabile patienter evt. pålidelige tilkendegivelser over for pårørende, registrering af behandlingstestamente), herunder ønske om intensivbehandling og genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Ved forværring i tilstanden hos en patient, der endnu ikke er indlagt på intensivafdeling, tilføjes notat vedr. aktuelle sygdomsforløb efter indlæggelse, herunder behandlingsrespons og komplikationer. Prognose for overlevelse med og uden intensivbehandling estimeres, gerne efter fælles vurdering af speciallæge fra det behandelende grundspeciale og speciallæge i intensiv terapi.

Uanset om patienten er indlagt på eller uden for intensivafdeling, bør der foretages jævnlige revurderinger af tilstanden. Overordnede behandlingsbeslutninger bør som udgangspunkt kun ændres efter samråd mellem flere læger med kendskab til patienten (se også afsnittet "Personaleomsorg"). Hvis overordnede behandlingsbeslutninger ændres, eller der tages beslutning om at indføre behandlingsgrænser, skal dette dokumenteres i journalen med angivelse af, hvem der har deltaget i samrådet.

Hvis livsbevarende behandling opgives, skal der altid iværksættes pallierende behandling, evt. i form af palliativ sedation (se afsnittet "Pallierende behandling").

### Visitation til intensivbehandling - prioritering

Prioritering betegner en procedure, der bestemmer, hvem af flere patienter, der ud fra en visitation vurderes at have behov for intensivbehandling for at bevare livet, som først skal visiteres til intensivafdelingen. Det kan fx dreje sig om patienter, som alle er lige alvorligt syge af den indlæggelseskrævende sygdom, men som har forskellige grader af kronisk sygdom og forventet restlevetid.

I langt de fleste tilfælde vil sværhedsgraden af den akutte sygdom og organfunktionspåvirkning være den væsentligste prædikator for overlevelsen efter intensivbehandling, og dermed også for den forventede nytteeffekt af intensivbehandling i forhold til undladelse af intensivbehandling. Selv om fremadskridende kronisk sygdom med organfunktionspåvirkning ofte medfører en nedsat restlevetid, har mange selv alvorlige kroniske tilstande forventede restlevetider, der tælles i flere år, hvor en akut sygdom med behov for intensivbehandling indebærer, at restlevetiden uden intensivbehandling tælles i timer til dage. Dette forhold, og den biologiske variation i forventet restlevetid ved kronisk sygdom selv med organfunktionspåvirkning, betyder, at sværhedsgraden af den akutte sygdom bør tælle højere end sværhedsgraden af den kroniske sygdom – dvs. at patienter, med kronisk sygdom og selv ret svær organfunktionspåvirkning, bør kunne prioriteres til intensivbehandling.

Visitation af patienten til intensiv afdeling sker efter konference mellem de behandlingsansvarlige læger og afdelinger, dog således den ansvarlige speciallæge i intensiv terapi har det endelige visitationsansvar. Det er den visiterende speciallæge fra intensivafdelingens ansvar at finde en egnet behandlingsplads, om nødvendigt ved ressourceallokering eller overflytning af patienten.

I de nationale svenske retningslinjer for prioritering til intensivbehandling under ekstraordinære omstændigheder (Socialstyrelsen, 2020) opdeles patienter med behov for intensivbehandling i tre grupper, hvor den højeste prioritet gælder patienter med forventet restlevetid over 12 måneder, og om nødvendigt prioriteres internt i gruppen ud fra biologisk alder og forventet restlevetid. Næsthøjeste prioritet gælder patienter med én eller flere systemsygdomme og betydelig funktionsnedsættelse og/eller forventet restlevetid 6-12 måneder. Laveste prioritet gælder patienter med forventet lav overlevelseschance på kort sigt, hvor intensivbehandling normalt kun ville blive iværksat/fortsat for at muliggøre fornyet vurdering og samråd med pårørende.

## Visitation i fase 0: prioritering ved ingen ressourceknaphed

I fase 0 er der ledige intensivpladser til alle patienter med behov for intensivbehandling.

Tilstanden revurderes med jævne mellemrum bestemt ud fra viden om den specifikke sygdom, det kliniske forløb og evt. komplikationer.

Intensivbehandling påbegyndes hurtigst muligt hos patienter, der visiteres hertil.

Visitation til overflytning af patienten til intensiv terapi afsnit foretages efter fælles konference mellem de behandlingsansvarlige læger og afdelingen. Speciallægen i intensivterapi har det endelige visitationsansvar.

Behandlingsgrænser og overgang til pallierende behandling overvejes for patienter, hvis tilstand ikke forbedres, og hvor revurdering tyder på, at behandlingen er udsigtsløs.

Beslutninger om indstilling eller begrænsning af livsbevarende behandling skal så vidt muligt konfereres og skal altid journalføres inkl. angivelse af, hvem der har deltaget i konferencen. Patient og pårørende skal informeres om beslutningen og begrundelsen i det omfang, dette er muligt.

## Visitation i fase I: prioritering ved begyndende ressourceknaphed

I fase 1 er der fortsat ledige intensivpladser, men i begrænset omfang.

Patienter, der er visiteret til intensivbehandling, prioriteres i tre grupper med faldende prioritet til intensivbehandling.

Gruppe 1: Patienter, som inden den akutte sygdom havde en forventet restlevetid > 12 måneder, medmindre de har én eller flere svære kroniske tilstande, som medfører en betydelig nedsat chance for at overleve intensivbehandling for den specifikke akutte sygdom (fx COVID-19 hos en patient med svær kronisk obstruktiv lungesygdom svarende til BODE score 7-10 (Celli BR et al. N Engl J Med 2004) eller svær funktionsdyspnø og FEV1 < 35% trods optimal medicinsk behandling). Det kan også være tilstande som kronisk nyresygdom, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), iskæmisk hjertesygdom, svær adipositas (BMI>35), metastaserende cancer m.fl., hvorimod en række kritiske hæmatologiske, neurologiske og reumatologiske sygdomme ikke i sig selv bidrager til øget mortalitet i intensiv terapi sammenhæng.

Gruppe 2: Patienter, som inden den akutte sygdom havde en forventet restlevetid på 6-12 måneder, og/eller som har én eller flere svære kroniske tilstande i et stadie, som medfører en betydelig nedsat chance for at overleve intensivbehandling for den specifikke akutte sygdom.



Gruppe 3: Patienter, som inden den akutte sygdom havde en forventet restlevetid på under 6 måneder, og/eller hvor intensivbehandling normalt kun ville blive iværksat/fortsat for at foretage ny vurdering og samråd med pårørende.

En patient, som prioriteres i Gruppe 1, opretholder denne prioritering, uanset om intensivbehandling iværksættes eller ej, indtil ændringer i prognosen medfører, at patienten prioriteres til Gruppe 2 eller 3.

Beslutninger om unkladelse, indstilling eller begrænsning af behandling skal så vidt muligt konfereres og skal altid journalføres inkl. angivelse af, hvem der evt. har deltaget i konferencen. Patient og pårørende skal informeres om beslutningen og begrundelsen i det omfang, det er muligt.

### Visitation i fase II: rationering og triagering ved alvorlig ressourceknaphed

I fase 2 er der ingen ledige intensivpladser, og der er patienter, som er visiteret til intensivbehandling og prioriteret i højeste prioriteringsgruppe (gruppe 1), som afventer plads på intensivafdelingen.

Intensivbehandling, der er påbegyndt hos en patient efter visitation og prioritering i Gruppe 1, men som udviser tydelig klinisk forværring over tid eller manglende behandlingsrespons, skal afsluttes til fordel for overgang til pallierende behandling.

Genoplivningsforsøg i tilfælde af hjertestop iværksættes som udgangspunkt **ikke** hos nogen patient.

Beslutninger om unkladelse, indstilling eller begrænsning af behandling skal så vidt muligt konfereres og skal altid journalføres inkl. angivelse af, hvem der evt. har deltaget i konferencen. Patient og pårørende skal informeres om beslutningen og begrundelsen i det omfang, det er muligt.

### Rationering af intensivbehandling

Rationering betegner en procedure for yderligere prioritering af patienter, som er visiteret til intensivbehandling og prioriteret i højeste prioriteringsgruppe (Gruppe 1), når antallet af sådanne patienter overstiger antallet af ledige behandlingspladser, selv efter at behandlingen er standset for patienter, der allerede er påbegyndt intensivbehandling, men som er flyttet til en lavere prioriteringsgruppe herefter.

I praksis vil der i langt de fleste tilfælde være tale om en skærpet prioritering, så der prioriteres internt imellem patienter fra den øverste prioriteringsgruppe (gruppe 1), der endnu ikke er påbegyndt intensivbehandling, dvs. at patienter med længere forventet restlevetid og lavere biologisk alder prioriteres frem for patienter med kortere forventet restlevetid og højere biologisk alder.

Det er et knæsat princip, at behandlingen af en patient indlagt på intensiv terapi afsnit kun får sin behandlingsstrategi ændret af egne forhold og ikke af andre patienters behov.

Såfremt en patient er visiteret til intensiv terapi, er det den ansvarlige visiterende speciallæge i intensiv terapies ansvar at tilvejebringe en behandlingsplads til patienten. Det gøres ved ressourceallokering eller overflytning.

### Triagering ved udtømte ressourcer

I en katastrofesituation, hvor alle ressourcer og kapaciteter er udtømt må ovenstående principper forlades til fordel for en altruistisk triage situation.

Det er vigtigt, at denne situation kationeres af befolkningen gennem en åben samfundsdebat, så den enkelte visiterende læge ikke efterlades i et limbo og en umulig situation.

I praksis betyder triageringen en løbende tilbagevendende prioritering.

En patient, som oprindeligt er prioriteret til Gruppe 1 opretholder denne prioritering, uanset om intensiv behandling iværksættes eller ej, indtil ændringer i prognosen medfører, at patienten prioriteres til Gruppe 2 eller 3.

I så fald udtrappes i triagesituationen iværksat intensivbehandling og patienten, der ikke har opnået klar fysiologisk forbedring, udskrives fra intensivafsnit for at give plads til den ventende patient fra Gruppe 1 med længere kvalitativ restlevetid og lavere biologisk alder.

Denne form for rationering (triagering) kan betragtes ud fra et ligeværdigheds- eller retfærdighedsprincip, hvor flere patienter får muligheden for at udvise bedring under "a trial of intensive care", og hvor "først til mølle"- princippet i nogen grad modvirkes.

Forløbet af især visse typer kritisk sygdom (fx. COVID -19) kan være langvarigt og variabelt efter påbegyndelse af intensiv terapi, hvorfor der skal tilstræbes en vis observationstid før revurdering. Afbrydelse af intensiv behandling hos en patient til fordel for en anden patient bør således ikke finde sted, før man normalt ville forvente stabilisering. Med mindre patientens tilstand har medført et fald til en lavere prioriteringsgruppe, eller der observeres en tydelig klinisk forværring over tid.

## Pallierende og lindrende behandling

Ved pallierende behandling forstås behandling, hvis fokus ligger på lindring og ikke på overlevelse.

Lindring af ubehag hos patienten er aldrig vigtigere end ved livets afslutning, af hensyn til både patienten selv og de pårørende, der skal tage afsked. Ubegag kan bedre retfærdiggøres, hvis det skal udholdes for at opretholde livet, men kan ikke retfærdiggøres, hvis det ikke har mening.

Symptomlindrende behandling med fokus på afhjælpning af dyspnø, smerter, angst og agitation/delirium skal overvejes til alle patienter, der viser tegn på ubehag, og skal tilbydes alle patienter, hvor livsbevarende behandling ikke længere er aktuel, uanset den aktuelle sygdom, evt. komorbiditeter og smittestatus (fx COVID-19).

Alle hospitaler har adgang til hjælp og rådgivning fra palliative teams både til patienter med smitterisiko (COVID-19) og til patienter uden.

## Pårørende ved livets afslutning

Hvor livsbevarende behandling må opgives, informeres patient og pårørende herom i det omfang, det er muligt og det understreges, at man fortsat vil gøre alt, hvad man kan, blot med et andet sigte.

Non-farmakologisk og farmakologisk palliering, herunder palliativ sedation, iværksættes hos en døende patient iht. "Vejledning i medikamentel palliation til patienter med livstruende sygdom" (Styrelsen for Patientsikkerhed) og efter regionens og hospitalets lokale retningslinjer.

Pårørendes tilstedeværelse kan give både den døende patient og de pårørende mening og tryghed, nedsætte behovet for farmakologisk behandling og hjælpe de pårørende med at gennemleve forløbet.

Selvom der kan være betydelige vanskeligheder ved at tillade mange pårørende i intensivafdelingen, bør der være mulighed for at kombinere en tilstrækkelig beskyttelse mod smitte og at imødekomme den døendes og de pårørendes behov for plads, privathed, tid og menneskelig støtte, netop når der ikke længere er behov for livsbevarende behandling og kontinuerlig observation.

I tilfælde af død bør de pårørende have mulighed for at tage ordentlig afsked, samtidig med at de beskyttes mod at smitte/blive smittet. I en spidsbelastning forventes alle faciliteter at blive udfordret på kapacitet (således også kapel). Der bør så vidt muligt stilles faciliteter til rådighed, hvor de pårørende kan tage behørig afsked med afdøde evt. i umiddelbar forlængelse af intensivafsnittet – i rolige, nænsomme omgivelser med mulighed for tilstedeværelse af støttepersonale og/eller præst, imam m.m.

## Pårørendeomsorg

Afdelingerne bør sikre ensartede adgangsmuligheder for pårørende til patienter med akut kritisk sygdom i et omfang, der balancerer evt. smitterisiko med behovet for kontakt mellem patient og pårørende. Fysiske besøgs muligheder bør om nødvendigt suppleres med elektronisk kommunikation via privathedssikrede medier.

Afdelingen bør sikre, at der udleveres informationsmateriale om afdelingen, herunder kontaktinformation til nærmeste pårørende, hvis ingen pårørende kan møde fysisk frem på hospitalet. Dette materiale kan evt. fremsendes elektronisk.

Afdelingerne søger ved forudgående samtale, at identificere pårørende, der selv kan udgøre en smittefare. Disse frarådes fremmøde og tilbydes i stedet kontakt og information pr. telefon eller anden elektronisk kommunikation med patient, plejepersonale og læge i det omfang, dette er muligt og hensigtsmæssigt af hensyn til patientens tilstand og personalets arbejdsopgaver. Om nødvendigt kan personale, som ikke selv kan yde intensiv pleje og behandling, i nogen udstrækning dække disse opgaver.

Når patienten modtager palliativ behandling i de fysiske rammer som er indrettet til det, bør der også gives mulighed for at pårørende som selv er smittefarlige, men ikke selv behøver livsbevarende behandling, kan være med.

Begrænset besøgsadgang for pårørende til indlagte patienter fx pga. smittefare kan udgøre en alvorlig belastning både for patienter og pårørende ikke mindst ifm. akut kritisk sygdom.

Pårørende kan have behov for yderligere afklaring af et akut kritisk sygdomsforløb, efter at dette er afsluttet, hvad enten patienten har overlevet forløbet eller ej. Det kan dreje sig om afklaring af konkrete hændelser såvel som forsikring om, at patienten fik den optimale behandling.

Nærmeste pårørende til patienter, der er afgang ved døden under indlæggelsen, har ret til oplysninger om afdødes sygdomsforløb, dødsårsag og døds måde (såkaldte § 45-oplysninger), med mindre det antages at stride mod den afdødes ønske, eller hensynet til afdøde taler afgørende herimod. Journalkopi (evt. hele journalen) kan udleveres efter konkret vurdering, og ideelt med samtidigt tilbud om gennemgang og samtale med en fagperson.

Tilsvarende i situationer, hvor pårørende har givet udtryk for mistanke om fejl eller diskrimination i forbindelse med kapacitetsmangel, overvejer at klage over behandlingen, eller varetager en åbenbar almen interesse og væsentlige hensyn til patient eller sundhedsperson.

## Personaleomsorg

Mangel på tid og mangel på andre ressourcer medfører, at ikke alle rimelige patientbehov kan dækkes. Manglende tid giver også dårlig tid til konference, supervision og egen-refleksion, som hver især kan modvirke, at personalet udvikler stress, frustration etiske anfægtelser og moralsk udbrændthed.

Afdelingsledelsen bør prioritere etablering og vedligeholdelse af et åbent, teamorienteret arbejdsmiljø med mulighed for gensidig sparring og refleksion, og mulighed for at blive hørt i rimeligt og hensigtsmæssigt omfang vedr. beslutninger om behandling og pleje.

Den patientansvarlige læge har det endelige ansvar for at undlade, indstille, eller begrænse livsbevarende behandling. Kvaliteten af beslutningerne styrkes ved sparring, og belastningen af lægen mindskes. Det er dog en grundlæggende præmis for arbejdet med kritisk syge patienter, og specielt i en situation med alvorlig ressourceknaphed og travlhed, at ikke alle beslutninger kan nå at blive efterprøvet ved konference eller opsøgning af "second opinion".

Afdelingerne bør tilstræbe at etablere strukturer så væsentlige behandlingsbeslutninger, specielt hvor behandling med et livsbevarende sigte afløses af pallierende behandling, tages af de behandlingsansvarlige læger i samråd i et multidisciplinært/tværfagligt team. Det bør endvidere overvejes, om der skal etableres muligheder dels for systematisk, at efterprøve behandlingsbeslutninger vedrørende overgang fra livsbevarende til pallierende behandling ("second opinion"), dels for at afstemme beslutningspraksis mellem forskellige intensivafdelinger (fx som "morbidity-mortality" konferencer eller som "ethical stewardship"-møder).

Hospitalet skal sikre, at personalet har systematisk adgang til psykologisk og eksistentiel rådgivning. Hospitalet skal desuden sikre adgang til kompetent defusing og psykisk førstehjælp efter akutte, belastende situationer, så snart dette er praktisk muligt under hensyn til den faglige arbejdsopgave (fx umiddelbart efter vagtens afslutning) og akut psykologisk rådgivning i nødvendigt omfang snarest derefter.

## Ligeværdighed og retfærdighed

Ud fra en ligeværdighedstanke skal mennesker med forskellige sygdomme i udgangspunktet have samme adgang til behandling med samme 'kvalitet'. I udtalelsen om retfærdig prioritering skriver Det Ethiske Råd:

*"Nogle patientgrupper synes dog aktuelt at være væsentligt bedre stillet end andre. En forklaring kan være, at fx ny dyr sygehusmedicin prioriteres efter særskilte kriterier. Hvis den eneste*

*relevante forskel på to patientgrupper består i, at den ene gruppe behøver dyr medicin, mens den anden behøver personalekrævende behandling, forekommer forskelsbehandling etisk ubegrundet.” (Det Ethiske Råd, 2018)*

I en aktuelle sammenhæng med epidemi (fx COVID-19) betyder det, at der ikke må være ubegrundede forskelle i behandlingstilbuddet til disse patienter og andre patienter, som har et ligeværdigt behov for intensiv behandling. Samtidig med, at de to grupper patienter skal holdes fysisk adskilt, og personalet evt. skal opdeles i to eller flere grupper for at mindske smittespredning, er det derfor vigtigt, at grænserne mellem de to grupper kan flyttes i takt med forholdet mellem kapacitet og behov.

## Etiske principper

De medicinske etiske principper er formuleret af Beauchamp & Childress (2001) som at gøre mest muligt godt, at volde mindst mulig skade, respekt for autonomi og retfærdighed. Principperne gælder også for nærværende vejledning. De to første principper forstås bedst sammen, idet der ofte vil være tale om en afvejning af en bestemt behandlings potentielt gavnlige effekter mod dens potentielt skadelige effekter.

At gøre mest muligt godt og volde mindst mulig skade

Disse principper lægges til grund for fx målet om at redde flest mulige liv og leveår, og anbefalingen om at lade de patienter, som forventes at få den største gavn deraf (og hvor den forventede nytteværdi kan retfærdiggøre risikoen for skade ved fx sedation, intubation og respiratorbehandling) få førsteprioritet til intensivbehandling. Ønsket om ikke at skade er sammen med retfærdighedsprincippet grundlaget for anbefalingerne om at beskytte sundhedspersonalet mod smitterisiko, fysisk og psykisk belastning, og at afbøde konsekvenserne heraf.

Respekt for autonomi

Dette princip anvendes i anbefalingen af at undlade intensivbehandling af patienter, der ikke ønsker dette, uanset en evt. forventet effekt, og i anbefalingerne for kommunikation med patienten og dennes pårørende.

## Retfærdighed/Ligeværdighed

Dette princip ligger til grund for anbefalingerne om at lade denne vejledning gælde alle kritisk syge patienter, at prioritere patienter til intensivbehandling ud fra en behovsvurdering og forventet effekt, at denne prioritering foretages ud fra en forud formuleret procedure og på en transparent måde, og at der ikke prioriteres ud fra "først-til-mølle" eller diskrimination fx på baggrund af alder per se, køn, race, etnicitet, tro, politisk overbevisning eller social status. Princippet er også sammen med andre principper lagt til grund i anbefalingerne om at beskytte et sundhedspersonale, der i en "samfundskontrakt" udsættes for både smitterisiko og fysisk og psykisk belastende situationer. I denne "samfundskontrakt" indgår således også, at sundhedspersonalet bør kunne forvente, at både nationale og regionale politiske og administrative ledelsesniveauer forfølger alle eksisterende muligheder for at udbygge intensivkapaciteten, sikre tilstrækkelige værnemidler og udstikker retningslinjer for retfærdig prioritering i tilfælde af ressourceknaphed.

## Lindring

Under pallierende behandling kommer lindring såvel som beskyttelse af menneskets værdighed og integritet i centrum. Man kan sige, at netop det udtrykker, at mennesket er mere værd end sit liv. Man har opgivet at forsøge at bevare menneskets liv, men man gør, hvad man kan, for at bevare menneskets værd.

Mange døende er gamle, og i deres perspektiv kan det være lige så vigtigt, hvordan de dør, som hvornår de dør. For disse patienter er det særligt vigtigt, at der er en rimelig proportionalitet i den indsats, sygehuset gør for at bevare livet og den indsats, sygehuset gør, for at de døende og deres pårørende kan bevare værdighed og integritet.

Den livsbevarende og den palliative indsats bør om muligt integreres i form af konkrete, patientorienterede kompromisser, sådan at det palliative formål tilgodeses, før det livsbevarende formål opgives.

Den særlige udfordring i epidemisituationer er, at de syge er smittefarlige, og at denne smittefare lægger sig oveni de udfordringer, sygehuset normalt har med at give gode rammer for dødens indtræden. Smittefare er både et praktisk og et psykologisk problem, men må ikke forhindre lindring og bør ikke forhindre tilstedeværelse af nære pårørende ved livets afslutning. Tværtimod skal der måske gøres en ekstra indsats for at støtte de pårørende når de også skal forholde sig til og beskytte sig imod smittefare.

## Arbejdsgruppe og kommissorium

Dette oplæg er en redigeret udgave af et notat udarbejdet af *Arbejdsgruppe om visitation og etiske retningslinjer ved COVID-19* under Sundhedsfagligt Råd for Anæstesiologi i Region Hovedstaden. Arbejdsgruppen blev nedsat af Region Hovedstadens kriseledelse med nedenstående kommissorium.

Arbejdsgruppen bestod af:

Ledende overlæge, Anja Mitchell, Anæstesiafdelingen, Bornholms Hospital

Ledende overlæge Claus Lund, Anæstesiafdelingen, Amager og Hvidovre Hospital

Afsnitsansvarlig overlæge Niels Erikstrup, Anæstesiafdelingen, Bispebjerg Hospital

Ledende overlæge Thomas Høi-Hansen, Hjertemedicinsk Afdeling, Herlev Hospital

Overlæge Lars Hein, Anæstesiafdelingen, Nordsjællands Hospital

Konstitueret ledende overlæge Mortens Steensen, ITA 4131, Rigshospitalet

Overlæge, professor Kirsten Møller, Neuroanæstesiologisk Klinik, Rigshospitalet

Overlæge, professor og tidligere formand for Etisk Råd Gorm Greisen, Neonatalklinikken, Rigshospitalet

Næstformand i SFR Anæstesiologi, Ledende overlæge Kim Garde; Neuroanæstesiologisk Klinik, Rigshospitalet

Formand i SFR Anæstesiologi, Centerdirektør Christian Worm, Center for kræft og organsygdomme, Rigshospitalet

Kommissorium:

- Dette dokument tilstræber at beskrive operationelle visitationsprincipper til intensivafsnittene i forbindelse med COVID-19 epidemien i Danmark, og sideløbende
- udarbejde et vejledende notat i forhold til etiske dilemmaer og overvejelser, der kan opstå i en situation med kritisk udfordret behandlingskapacitet på intensivområdet.

Arbejdsgruppen har vurderet, at opgaven skulle understøtte det formål at

1. Opnå overlevelse for flest mulige patienter med behov for intensivbehandling.
2. Sikre en objektiv og transparent fordeling af intensivressourcer i tilfælde af ressourceknaphed, som sikrer ligestilling, og at flest mulige patienter overlever til det bedst mulige outcome.
3. Undgå belastningstilstande og moralsk udbrændthed hos personalet i forbindelse med etiske dilemmaer pga. ressourceknaphed.



## Litteratur

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. UK: Oxford University Press: 5th edition, 2001.
- Celli BR et al. The Body-Mass Index, Airflow Obstruction, Dyspnea, and Exercise Capacity Index in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2004;350:1005-12.
- Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin. Generelle rekommandationer for intensiv terapi i Danmark". 2020.
- Det Etske Råd. Etske overvejelser om selvbestemmelse og palliation ved livets afslutning. 2016.
- Det Etske Råd. Retfærdig prioritering i det danske sundhedsvæsen. 2018.
- Emanuel EJ et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *N Engl J Med*; Published online 23 March, 2020.
- Ferreira FL et al. Serial Evaluation of the SOFA Score to Predict Outcome in Critically Ill Patients. *JAMA* 2001; 286: 1754-58.
- Grasselli G et al. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. Early experience and forecast during an emergency response. *JAMA*; Published online 13 March, 2020.
- Messer M et al. Treatment preferences of hospitalized medical patients for life-sustaining interventions and intensive care unit admission. *Br J Anaesth*, 2015; 115: 317–30.
- Muscedere J et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2017; 43: 1105–1122.
- NICE. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. Published 20 March, 2020. [www.nice.org.uk/guidance/ng159](http://www.nice.org.uk/guidance/ng159). Accessed 1 April 2020
- Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489-95.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity. 2<sup>nd</sup> version, updated 24 March, 2020.
- Socialstyrelsen. Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden. Sverige: 2020.
- Vergano M et al. Anbefalinger til klinisk etik ved adgang til og ophør af intensivbehandling under ekstraordinære omstændigheder med ubalance mellem behov og disponible ressourcer. SIAARTI guidelines (oversat fra italiensk), publiceret 6. marts 2020.

## Bilag 1: Clinical Frailty Scale

Modificeret efter skala beskrevet i (Rockwood K et al. CMAJ 2005). Kilde: Dalhousie University, Halifax, Canada.

IADL: Instrumental activities of daily living (overordnede aktiviteter, som sikrer, at individet kan bo og være uafhængig i et samfund).

Den danske oversættelse af Clinical Frailty Scale (Nissen & Fournaise et al. (2020) Cross-sectoral Interrater Reliability of the Clinical Frailty Scale – A Danish Translation and Validation Study. Unpublished work (submitted for peer review)

### Clinical Frailty Scale\*



**1 Meget god form** – Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. Typisk motionerer disse mennesker regelmæssigt. De er blandt dem i bedst form for deres alder.



**2 Velbefindende** – Mennesker uden aktive symptomer på sygdom, men i mindre god form end kategori 1. De motionerer ofte eller er meget aktive en gang imellem, f.eks. på bestemte årstider.



**3 Klarer sig godt** – Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer, men som ikke er regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.



**4 Sårbar** – Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne. En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.



**5 Mildt skrøbelig** – Mennesker der er mere tydeligt langsomme, og som har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (IADL - økonomi, transport, hovedrengøring, medicin). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning og husarbejde.



**6 Moderat skrøbelig** – Mennesker med behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus. Indendørs har de ofte problemer med trappegang, hjælp til at gå i bad og kan nogle gange have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).



**7 Svært skrøbelig** – Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg, uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø (indenfor ca. 6 måneder).



**8 Meget svært skrøbelig** – Fuldstændig afhængige og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.



**9 Terminalt syg** – Mennesker som nærmer sig livets afslutning, men ikke fremstår tydeligt skrøbelige i øvrigt. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på mindre end 6 måneder.

#### Bedømmelse af skrøbelighed hos mennesker med demens

Mennesker med demens er skrøbelige (scorer altid minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer til graden af demens.

Typiske symptomer ved mild demens er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden, og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning.

Ved moderat demens er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man tilsyneladende kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved svær demens kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

\* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

© Rockwood Version 1.2, 2009. All rights reserved.  
Danish Version 1, 2020, translated by Anders Fournaise  
and Søren Kæll Nissen.

## Bilag 2: Samtaleguides

- Om behandlingsniveau, ønsker for fremtiden og telefonkommunikation.

### Når der skal gives dårlige beskeder til PÅRØRENDE over TELEFONEN

#### Forbered

Saml facts

Sæt dig et sted, hvor du kan tale uforstyrret

Husk – du er ikke alene: Du taler på vegne af patientens team



#### Indled samtalen

Når du ringer den pårørende op

- Vær sikker på, at de er et trygt sted og kan tale uforstyrret:
  - *"Er det OK at tale nu?"*

Angiv rammen for samtalen

- Hvorfor ringer du?
- Hvor lang tid har du?
  - *"Jeg har god tid nu..." eller*
  - *"Jeg har ca. 10 min til vores samtale. Hvis det viser sig, at vi får brug for mere tid, kan jeg ringe op igen på et senere tidspunkt"*

Start med at bede den pårørende opsummere dennes oplevelse af patientens situation og udvikling

- Det hjælper til at forberede jer på den besked, du skal give
- Det giver dig mulighed for at bygge videre på den pårørendes forståelse

#### Uddyb

Fortæl dit budskab

- Tal langsomt og i let forståeligt sprog, der ikke kan misforstås
- *"Jeg er ked af, at jeg må bekræfte din frygt for, at det går den forkerte vej"*

Vis medfølelse

- *"Det må være meget svært at få denne besked – særligt over telefonen"*

Giv plads til reaktion

- *"Jeg kan høre, at du er [ked af det] [vred] [stille]. Det er også en frygtelig situation"*

Vis omsorg og accept af den pårørendes reaktion:

- *"Jeg kan godt forstå, at du er meget frustreret lige nu, det er en svær situation"*

#### Afrund

Giv fortrøstning

- Fortæl hvordan patienten har/havde det, hvad I gør/gjorde for at passe på ham/hende, om patienten er ved bevidsthed og at I er/var ved patientens side

Undersøg, hvad den pårørende har forstået – og bekræft/justér dette

Vis medfølelse, fx

- *"jeg er rigtig ked af, at jeg har måttet give dig denne besked" og giv fortrøstning, fx*  
*"han/hun sover meget fredfyldt nu"*

Giv tid til afrunding:

- *"Før jeg afslutter – har du andre spørgsmål om [patient/afdeling]?"*

#### Efterfølgende

Lav notater fra samtalen, som kan hjælpe den næste kollega, der skal tale med den pårørende

- Fx ved at nedskrive de ord, du brugte

Mærk efter: Er du selv OK? Er der noget, du har brug for?

- Tag evt. en kort pause eller tal med en kollega

## Forslag til kommunikation med akut syge Covid 19 patienter og deres pårørende

– herunder om behandlingsniveau og ønsker for fremtiden

- Og når der skal gives dårlige beskeder til pårørende over telefonen

Udarbejdet af Stine Novrup Clemmensen  
(Klinik for Blodsygdomme, RH) og  
Katrina Pitt Winther  
(projektchef, Enhed for Patientinddragelse, RH)

Kontakt: [stine.novrup.clemmensen.02@regionh.dk](mailto:stine.novrup.clemmensen.02@regionh.dk)

Der kan henvises til psykologisk krisehjælp  
[birgit.rasmussen@regionh.dk](mailto:birgit.rasmussen@regionh.dk), 29 65 97 21

Patienter og pårørende kan selv kontakte  
Præsterne direkte på tlf. 3545 5533  
Imam Ahmed Polat på tlf. 20530341

## Samtaler om Liv og Behandling

*"Vi håber på det bedste,  
men forbereder os på det værste" strategien*

### 1. Indled samtalen

Sæt rammen: Informer gerne om hvor lang tid, du har til rådighed.

- *"Jeg vil gerne tale med dig om din sygdom. Vi ved at du er smittet med den virus der kaldes "coronavirus" og vi er bekymrede for at du kan blive meget syg af den. Hvad tænker du om det?"*

Spørg ind til patientens og de pårørendes forståelse af forløbet indtil nu.

Når den pårørende ikke kan være hos patienten, så gør mere ud af at beskrive virkeligheden hos patienten, gerne meget konkret.

- *"Din far har ilt i næsen, det meste af tiden sover han fredeligt".*

### 2. Del din egen forståelse af sygdommen

- Husk først at få patientens accept heraf

Brug fx:

- *"Jeg ville ønske",* der udtrykker overensstemmelse med patienternes håb.
- *"Jeg er bekymret for",* der tillader at være ærlig samtidig med, at der udvises omsorg for patienten/de pårørende.
- *"Jeg ville ønske, at jeg kunne være mere positiv, så vi ikke behøvede at tale om dette her".*
- *"Jeg håber at vi er i stand til at stabilisere sygdommen, men vi er nødt til at forberede os på, hvad vi gør, hvis det ikke går, som vi ønsker. Jeg frygter, at din tilstand kunne forværres meget hurtigt og jeg tænker, at vi står overfor nogle svære beslutninger. Er du parat til at tale om det nu?"*

Vær opmærksom på, hvor meget patienten ønsker at vide.

### Ved samtale om prognose:

- Ønsker patienten et tidsestimater så angiv prognose som interval. Giv plads til prognostisk usikkerhed. Ingen patienter ønsker en "udløbsdato"
- Fornemmer du, at patienten er for overvældet til denne samtale eller ikke ønsker den, så tilbyd, at vi træffer beslutninger og fortæller at vi gør det, så godt vi overhovedet kan.

### Udtryk dig simpelt og direkte

- *"Jeg ville ønske, at jeg kunne give et mere optimistisk svar, men jeg er bekymret for, at der kun er få timer til få dage tilbage"*

### Understøt håb

- *"Vi har stadig lov til at håbe på det bedste"*

### Spørg ind til patientens og de pårørendes frygt, bekymringer, tvivl, mål, håb

- *"Hvad frygter du mest lige nu"*
- *"Hvad giver dig håb og styrke"*

### 3. Del plan og anbefalinger

Ved samtale om behandlingsniveau hos patienten, hvor intensiv behandling er lægefagligt indiceret, fx

- *"Jeg håber virkelig, at vi kan få dig igennem denne akutte situation. Hvis ikke behandlingen virker, og du bliver dårligere, kan der komme flere overvejelser om, hvilke behandlinger der vil være muligt at tilbyde dig. Vil det være ok med dig, at vi taler om det nu?"*
- *Har du gjort dig tanker om, hvad du er villig til at gå igennem for muligheden for at leve længere (fx respiratorbehandling, behandling på intensivafdeling?)*

Ønsker patienten at kende prognosen ved intensiv behandling må vi give vores bedste bud på dette, fx

- *"Jeg håber, at respiratorbehandling vil kunne bedre din vejrtrækning, men der er en risiko for, at det ikke lykkes. Jeg er bange for at begge udfald er lige mulige".*

### Ved samtale om behandlingsniveau hos patienten, hvor intensiv behandling ikke er lægefagligt indiceret (behandlingen skønnes udsigtsløs):

Tilbyd IKKE genoplivning eller respiratorbehandling, hvis det lægefagligt ikke er indiceret (konferer med intensivlæge eller bagvagt, hvis du er i tvivl).

Informér patienten om, at han/hun ikke er kandidat til hjerte-lunge redning og/eller intensiv behandling, fordi, det vil være udsigtsløst. Bed dem om at bekræfte, at de har forstået din beslutning. Sig fx

- *"Jeg håber virkelig, at vi kan få dig igennem denne akutte situation. Hvis ikke behandlingen virker, og du bliver dårligere, så vil vi ikke bruge maskiner til at holde dig i live, såsom en respirator, og vi vil ikke genoplive dig, hvis dit hjerte stopper. Fordi vi ved, at når kroppen er så svækket af alvorlig sygdom (cancer, svær hjertesygdom, lungesygdom, nyresygdom, neurologisk sygdom) vil det ikke have effekt".*

Sig IKKE: "Vi giver dig kun lindrende behandling" og sig ALDRIG "Nu er der ikke mere at gøre".

### Der er altid noget at gøre - om ikke andet så at trøste/lindre!

Understreg, den pleje som fortsætter

- *"Jeg vil gerne være sikker på, at du ved, at vi vil blive ved med at behandle dine symptomer og lindre dit ubehag.*
- *Vi vil fortsat gøre alt, hvad der står i vores magt for at støtte dig og din familie igennem denne akutte sygdom".*

### Giv plads til tavshed

### 4. Spørg ind til patientens/de pårørendes reaktion

- *"Hvordan er det for dig at høre mig sige det her?"*
- *"Jeg kan høre, at du er [ked af det] [vred] [stille]. Det er også en frygtelig situation.*

- Om kommunikation i tilfælde af rationering.

### Når der skal gives dårlige beskeder til PÅRØRENDE over TELEFONEN

#### Forbered

Saml facts

Sæt dig et sted, hvor du kan tale uforstyrret

Husk – du er ikke alene: Du taler på vegne af patientens team



#### Indled samtalen

Når du ringer den pårørende op

- Vær sikker på, at de er et trygt sted og kan tale uforstyrret:
  - "Er det OK at tale nu?"

Angiv rammen for samtalen

- Hvorfor ringer du?
- Hvor lang tid har du?
  - "Jeg har god tid nu.." eller
  - "Jeg har ca. 10 min til vores samtale. Hvis det viser sig, at vi får brug for mere tid, kan jeg ringe op igen på et senere tidspunkt"

Start med at bede den pårørende opsummere dennes oplevelse af patientens situation og udvikling

- Det hjælper til at forberede jer på den besked, du skal give
- Det giver dig mulighed for at bygge videre på den pårørendes forståelse

#### Uddyb

Fortæl dit budskab

Tal langsomt og i let forståeligt sprog, der ikke kan misforstås

- "Jeg er ked af, at jeg må bekræfte din frygt for, at det går den forkerte vej"

Vis medfølelse

- "Det må være meget svært at få denne besked – særligt over telefonen"

Giv plads til reaktion

- "Jeg kan høre, at du er [ked af det] [vred] [stille]. Det er også en frygtelig situation"

Vis omsorg og accept af den pårørendes reaktion:

- "Jeg kan godt forstå, at du er meget frustreret lige nu, det er en svær situation"

#### Afrund

Giv fortrøstning

- Fortæl hvordan patienten har/havde det, hvad I gør/gjorde for at passe på ham/hende, om patienten er ved bevidsthed og at I er/var ved patientens side

Undersøg, hvad den pårørende har forstået – og bekræft/justér dette

Vis medfølelse, fx

- "Jeg er rigtig ked af, at jeg har måttet give dig denne besked" og giv fortrøstning, fx  
"han/hun sover meget fredfyldt nu"

Giv tid til afrunding:

- "Før jeg afslutter – har du andre spørgsmål om [patient/afdøde]?"

#### Efterfølgende

Lav notater fra samtalen, som kan hjælpe den næste kollega, der skal tale med den pårørende

- Fx ved at nedskrive de ord, du brugte

Mærk efter: Er du selv OK? Er der noget, du har brug for?

- Tag evt. en kort pause eller tal med en kollega

### Forslag til kommunikation med akut syge Covid 19 patienter og deres pårørende i tilfælde af rationering af ressourcer

- Når patient og pårørende skal informeres om, at intensiv terapi ikke kan tilbydes grundet rationering af ressourcer

- Og når der skal gives dårlige beskeder til pårørende over telefonen

Udarbejdet af Stine Novrup Clemmensen  
(Klinik for Blodsygdomme, RH) og  
Katrina Pitt Winther

(projektchef, Enhed for Patientinddragelse, RH)

Kontakt: [stine.novrup.clemmensen.02@regionh.dk](mailto:stine.novrup.clemmensen.02@regionh.dk)

Der kan henvises til psykologisk krisehjælp  
[birgit.rasmussen@regionh.dk](mailto:birgit.rasmussen@regionh.dk), 29 65 97 21

Patienter og pårørende kan selv kontakte  
Præsterne direkte på tlf. 3545 5533  
Imam Ahmed Polat på tlf. 20530341



## Når patient og pårørende skal informeres om, at intensiv terapi ikke kan tilbydes grundet rationering af ressourcer

### 1. Indled samtalen

Spørg om patientens/den pårørendes accept.

Brug fx sætninger som:

- **"Jeg ville ønske"** Udtrykker overensstemmelse med patienternes/de pårørendes håb.
- **"Jeg er bekymret for"** Tillader at være ærlig samtidig med, at der udvises omsorg for patienten/de pårørende.

*"Jeg vil gerne tale med dig om din/din fars sygdom. Jeg ville ønske, at jeg kunne være mere positiv, så vi ikke behøvede at tale om dette her, men desværre er jeg bekymret for at din/din fars sygdom forværres, og vi står overfor en svær beslutning. Er I parate til at tale om det nu?"*

Spørg ind til patientens og de pårørendes forståelse af forløbet indtil nu.

- *"Hvordan har I oplevet de sidste dage/timer?"*

Når den pårørende ikke kan være hos patienten, så gør mere ud af at beskrive virkeligheden hos patienten, gerne meget konkret

- *"Din far har ilt i næsen, det meste af tiden sover han fredeligt".*

### 2. Del din egen forståelse af sygdommen.

Vær opmærksom på, hvor meget patienten ønsker at vide.

- *"Jeg håber, at vi er i stand til at stabilisere sygdommen, men vi er nødt til at forberede os på, hvad vi gør, hvis det ikke går, som vi ønsker. Jeg frygter, at din tilstand kunne forværres meget hurtigt."*

- *"Vi vil gøre alt, hvad der står i vores magt for at støtte dig og din familie i hele forløbet".*

### A. Ved samtale om prognose

Ønsker patienten et tidsestimat så angiv prognose som interval. Giv plads til prognostisk usikkerhed. Ingen patienter ønsker en "udløbsdato".

Fornemmer du, at patienten er for overvældet til denne samtale eller ikke ønsker den, så tilbyd, at vi træffer beslutninger og vi gør det, så godt vi overhovedet kan.

Udtryk dig simpelt og direkte:

- *"Jeg ville ønske, at jeg kunne give et mere optimistisk svar, men jeg er bekymret for, at der kun er få timer til få dage tilbage"*

Ønsker patienten at kende prognosen ved intensiv behandling må vi give vores bedste bud på dette:

- *"Jeg håber, at respiratorbehandling vil kunne bedre din vejrtrækning, men der er en risiko for, at det ikke lykkes. Jeg er bange for at begge udfald er lige mulige".*

Giv plads til tavshed.

Understøt håb: *"Vi har stadig lov at håbe på det bedste".*

Sig IKKE: *"Nu er der ikke mere at gøre".*

**Der er altid noget at gøre om ikke andet så at trøste/lindre!**

### B. Ved samtale om behandlingsniveau hos patienten, hvor overflytning til intensiv afdeling ikke er muligt grundet ressourcemangel

- *"Vi står i en utroligt svær situation grundet covid-19 pandemien, som gør, at vi handler efter særlige retningslinjer. Derfor kan vi desværre ikke tilbyde dig en respirator, selvom du skulle få brug for det. Vi vil stadig være her for dig og din familie og gøre alt, hvad vi kan for at lindre dine symptomer".*

Understreg, den pleje som fortsætter

- *"Jeg vil gerne være sikker på, at du ved, at vi vil blive ved med at behandle dine symptomer og lindre dit ubehag. Vi vil fortsat give dig ilt for at hjælpe vejrtrækningen. Vi vil stadig være her for dig og din familie og gøre alt hvad vi kan for at lindre dine symptomer".*

### C. Hos patienten i respirator, hvor vi grundet ressourcemangel er nødt til at afbryde behandlingen

- *"Jeg kommer for at give jer en svær besked. Lige nu er jeres far i respirator. Desværre er hans tilstand lige nu så alvorlig, at sandsynligheden for, at han bliver rask, er meget lille. Vi har derfor besluttet, at vi vil tage ham ud af respiratoren."*
- *"Vi vil gøre alt hvad vi kan for at give ham en fredelig død uden angst og lidelse. Vi vil hele tiden være her for jer".*

### 3. Spørg ind til patientens og de pårørendes reaktion (frygt, bekymringer, tvivl, mål, håb)

**Udtryk din empati.**

- *"Hvordan er det for dig at høre mig sige det her?"*
- *"Hvad frygter du mest lige nu"*
- *"Hvad giver dig håb og styrke"*
- *"Jeg ville ønske det kunne være anderledes, jeg kan slet ikke forestille mig hvor ondt det må gøre at høre mig sige det her"*
- *"Jeg kan høre, at du er [ked af det] [vred] [stille]. Det er også en frygtelig situation."*

**Giv plads til pårørendes vrede/frustration. Og overvej evt. at tilbyde second opinion**