

## COVID-19 krisen skærper behovet for at være 'Klar til samtalen' om til- eller fravalg af øget behandling

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har sammen med de sundhedsprofessionelles organisationer gennemført projektet 'Klar til samtalen', som sætter fokus på, at vi som sundhedsprofessionelle skal være gode til at tage samtalerne med de ældste og de mest syge om, hvilket behandlingsniveau, der er relevant for den enkelte.

Det er en af anbefalingerne fra projektet, at der i kommuner og på sygehuse opbygges kompetencer til systematisk at tage sådanne samtaler, og at samtalerne i hvert enkelt tilfælde tager udgangspunkt i sygdommens alvorlighed, graden af individuel skrøbelighed og patientens egne ønsker.

Anbefalingerne fra projektet kan sammen med knap 100 konkrete eksempler fra kommuner og sygehuse på god praksis tilgås på projektets hjemmeside [www.patientsikkerhed.dk/klartilsamtalen](http://www.patientsikkerhed.dk/klartilsamtalen).

COVID-19 epidemien er i DK endnu i tidligt stadie. Med det forventede gennemslag vil der blive mange alvorligt syge, og situationen vil øge behovet for kloge beslutninger, når sygdommen bliver mere og mere alvorlig og tilsvarende potentielt mere behandlingskrævende - og i sidste ende måske intensiv terapi.

Som ved alle andre sygdomme må beslutning om optrapning af behandlingen tages under hensyn til mindst disse tre forhold:

- den kliniske vurdering af patienten i forhold til aktuel sygdom - COVID-19, og øvrige sygdomme
- muligheder for restitution efter intensiv behandling - vurdering af patientens skrøbelighed
- patientens egne værdier og ønsker.

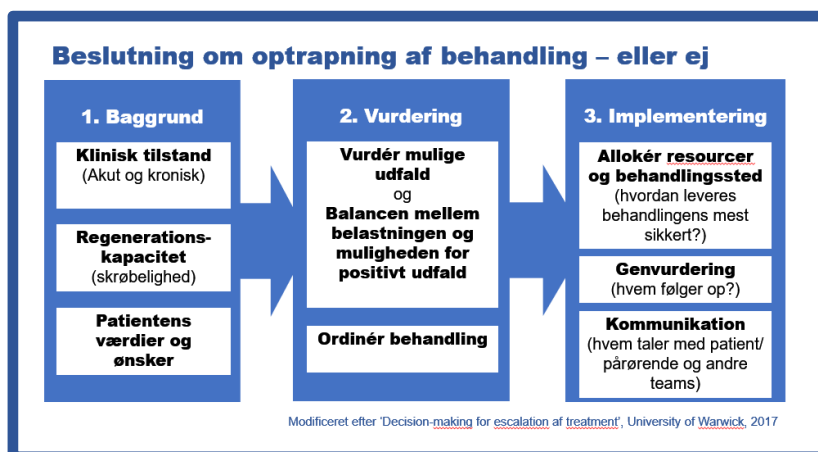
Derudover vil behandlingstilbuddet naturligvis i sidste ende også afhænge af behandlingskapaciteten.

I DK er der endnu ikke foreslået et værktøj til sådanne prioriteringer, men vi mener, det er vigtigt, at der - helst fra centralt hold - foreslås retningslinjer for, hvordan sådanne beslutninger tages. Hermed vil de blive så ens som muligt på tværs af regioner, sygehuse og kommuner.

Her foreslås nogle helt overordnede generelle principper blandt andet under skelen til den netop udgivne NICE guideline '[COVID-19 rapid guideline: critical care](#)'.

Et udgangspunkt for sådanne kunne være dette simple skema, som baserer sig på et tilsvarende fra Warwick Universitet, 2017 (og som NICE også henviser til).

Centralt er, at de tre ovennævnte faktorer undersøges forud for beslutningen:



## Klinisk vurdering og behandlingsprincipper

Med hensyn til det kliniske følges Sundhedsstyrelsens anvisninger: [Retningslinjer for håndtering af COVID-19](#) - suppleret med de faglige selskabers (Dansk Selskab for Infektionsmedicin har nedsat en arbejdsgruppe vedrørende COVID-19, som i samarbejde med Dansk Lungemedicinsk Selskab og Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM) arbejder på fælles retningslinjer vedrørende håndtering og behandling af patienter med COVID-19: [Løbende opdatering af retningslinjen her](#)).

Der er groft sagt 3 niveauer af sygdommen COVID-19:

**Mild sygdom**, som de fleste klare derhjemme uden (yderligere) professionel hjælp.

**Alvorlig sygdom**, hvor der er behov for ilt- og eventuelt væskebehandling professionel pleje.

**Kritisk sygdom**, hvor der er behov for intensiv terapi og organstøtte i form af især respiratorbehandling.

Det almindelige er, at næsten alle bliver raske efter mild sygdom, men at enkelte glider over i alvorlig sygdom. Her bliver de fleste også raske med den nødvendige behandling, men enkelte glider over i kritisk sygdom, hvor der er noget større dødelighed.

På alle niveauer af sygdommen er alvorligheden større, jo ældre og jo mere forhåndssyg man er.

## Vurdering af skrøbelighed og dermed mulighed for restitution

Vi har ikke i DK et alment anerkendt værktøj til at vurdere en patients skrøbelighed, men man kunne skele til det engelske '[Clinical Frailty Scale](#)' (CFS - fra NHS Specialised Clinical Frailty Network), som er indsat nederst.

NICE vurderer, at personer med en CFS score på 5 eller derover vil have tvivlsomt udbytte af intensiv behandling.

Måske kan der ikke skabes enighed om at bruge det engelske værktøj, men så man vi finde et andet - alder i sig selv er ikke acceptabelt som kriterium.

NICE drøfter ikke den mindre intensive behandling, der skal anvendes ved alvorlig sygdom, men det formentlig udbredt enighed om, at de fleste bør tilbydes ilt- og væskebehandling på tilpas indikation, hvorimod egentlig intensiv terapi må forbeholdes færre.

Det er altid en lægelig beslutning, om en bestemt behandling skal tilbydes en patient.

En patient kan aldrig kræve en bestemt behandling (fx respiratorbehandling), men kan med hjemmel i selvbestemmelsesretten altid sige nej tak til den tilbudte behandling.

## Patientens værdier og ønsker

Med udgangspunkt i projekt Klar til samtalen er det klart, at en del patienter og ældre borgere ønsker at fraskrive sig bestemte typer behandling, og det er ikke uventet, at flere har sådanne fravalgsønsker jo ældre og jo mere syge, de er.

Systematisk forespurgt ønsker fx de fleste plejehjemsbeboere således ikke genoplivningsforsøg ved hjertestop, og mange vil helst heller ikke længere indlægges på sygehus - heller ikke selv om det med en vis

sandsynlighed ville kunne forlænge deres liv. Og på samme måde siger en del af de mest syge kræft-, lunge- og hjertepatienter nej tak til fx mere kemoterapi, indlæggelse på intensivafsnit og genoplivningsforsøg ved hjertestop - og ønsker i stedet palliativ behandling.

Forelagt behandlingsmulighederne i forbindelse med COVID-19 sygdom er det i forlængelse heraf meget sandsynligt, at de fleste habile plejehjemsbeboere på forhånd vil fravælge intensiv terapi og i hvert fald respiratorbehandling, hvis de skulle blive tilbudt det.

Det er etisk korrekt, at borgerne bliver spurgt om værdier og ønsker i denne forbindelse, for hvis de på et oplyst grundlag ikke ønsker behandlingen, skal de ikke tilbydes den.

I forbindelse med sådanne samtaler er det på den anden side vigtigt, at læger ikke lader spørgsmål om intensiv terapi stå åbent, hvis man lægeligt ikke mener, borgeren har et reelt valg.

Gode eksempler på værktøjer til systematiske samtaler med ældre svækkede borgere og patienter med livstruende akut og kronisk sygdom findes på [www.patientsikkerhed.dk/klartilsamtalen](http://www.patientsikkerhed.dk/klartilsamtalen) - væsentligst er ledelsesmæssige beslutninger om at få det sat i værk.

### **Hvem skal foretage den konkrete vurdering af den enkelte patient?**

I sidste ende er det den behandlingsansvarlige læge på intensiv afsnittet, der skal afgøre, om den enkelte patient skal modtages til intensiv terapi, når andre henviser patienten.

Mange beslutninger kan imidlertid tages forud herfor, idet især beslutninger om at afstå fra intensiv terapi kan foregå på alle niveauer i behandlingssystemet - og således fx hos nogle borgere i hjemmet, på plejecentret eller i egen læges konsultation. Ligesom der kan tages gode beslutninger i COVID-19 vurderingsklinikker (eller andre typer fremskudte hospitalsfunktioner), i Akutafdelingerne og andre steder på sygehusene.

Første udkast/25. marts 2020/Ove Gaardboe/Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Bilag: Clinical Frailty Scale - NHS Specialised Clinical Frailty Network

## Clinical Frailty Scale



**1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



**2 Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



**3 Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



**4 Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



**5 Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



**6 Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



**7 Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



**8 Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



**9 Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy <6 months, who are not otherwise evidently frail.

### Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.