

Stillingtagen til behandlingsniveau i 2 praksis i Nordjylland

-

Et journalstudie af afdøde patienter fra 2022 og 2023



Frederik Larsen & Niels Dam-Hansen

Vejleder: Morten Bondo Christensen

FT62

Indholdsfortegnelse

Side 2.....	Indledning
Side 4.....	Metode
Side 5.....	Resultater
Side 9.....	Diskussion
Side 10.....	Konklusion

Indledning

Der er gennem de seneste år kommet mere fokus på forebyggelse af unødvendige indlæggelser. For vores ældste og skrøbeligste patienter kan mange indlæggelser i den sidste tid undgås ved, at man får taget stilling til, om det tjener patienten bedst at modtage behandling i vante rammer frem for at rive dem ud af disse og ind på hospitalet, hvor de ofte gennemgår talrige grundige undersøgelser og modtager behandling mhp. helbredelse. I mere ekstreme tilfælde medfører manglende stillingtagen til behandlingsniveau, at patienter forsøges genoplivet, hvor det måske både er imod deres eget ønske og imod hvad, der på et velfunderet grundlag vil tjene patienten bedst. Ifølge straffelovens §253 er alle forpligtet til at forsøge at redde en tilsyneladende livløs, hvis ikke der er truffet beslutning fra lægelig side om, at det ikke skal ske. Dette er hverdagen for personale på bosteder, plejehjem og i hjemmeplejen.

Vi fandt det interessant at undersøge, om de 2 praksis, vi hver især er ansat i, havde journalført, om der var taget stilling til behandlingsniveau for de afdøde patienter fra 2022 og 2023. Vi ønskede ligeledes at afdække, om dét, at den ene praksis var fast tilknyttet et plejehjem, ville øge sandsynligheden for, at der var taget stilling til behandlingsniveau. Undervejs i arbejdet blev vi også opmærksomme på andre interessante vinkler. Hvor var behandlingsniveauet indført i journalen? Hvor lang tid inden døden indtrådte, var der taget stilling til det? Hvem tog initiativ til at få det journalført?

Baggrunden for vores nysgerrighed er dels vores fælles erfaring fra arbejdet i en akutmodtagelse, hvor vi har taget imod patienter, som vi skønnede havde været bedre tjent med at blive i vante rammer til mindre intensiv behandling. Dels fylder den samfundsmæssige debat om aktiv dødshjælp og fravalg af genoplivning ved hjertestop en del i tiden.

D. 12/12-2023 vedtog Folketinget et lovforslag, som gav borgere over 60 år ret til at registrere, hvorvidt de ønsker genoplivning eller ej i tilfælde af hjertestop. Det træder i kraft inden udgangen af 2024. På hjemmesiden "fagligsenior.dk" er der lavet en afstemning omkring den nye lov, og indtil videre er 85% enige om, at det er en god ide.

Registreringen kan foregå både digitalt og i papirform. Meningen er, at det skal være let tilgængelig for de relevante faggrupper, så som sygehuspersonale og egen læge. Hvorvidt det automatisk fremvises i patientens sygehusjournal er stadigvæk uklart, ligeledes er det ikke tydeligt, om det er muligt for primærsektorens plejepersonale at se borgerens valg. Det skal dog siges, at som det står nu, er det ikke muligt for andre civile, hvilket inkluderer hjerteløbere, at se, om en borger har fravalgt genoplivning ved hjertestop.

Tidligere har det været sådan, at alle over 18 år må fravælge genoplivning i tilfælde af hjertestop, ligesom patienter har ret til at fravælge behandling i det hele taget. Dog har dette kun været gældende i den aktuelle sygdomssituation. Dette vil sige, at der fx for hver indlæggelse skal registreres/vurderes

på ny, hvorvidt patienten har et ønske, eller der er indikation for genoplivning ved hjertestop. Endvidere har det været et krav, at patienten altid skulle vurderes af en behandlingsansvarlig læge med henblik på, om patienten på det pågældende tidspunkt er habil og dermed forstår konsekvensen af sin beslutning. Den nye lov medfører dermed markant øget autonomi ift borgerens beslutning om at fravælge genoplivning ved hjertestop, da de nu selv kan registrere det som en fast og varig beslutning.

Tidligere har den behandlingsansvarlige læge skullet journalføre patientens beslutning om fravalg af genoplivning ved hjertestop. Ved journalføring af ovenstående står der i sundhedsstyrelsens "Vejledning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg (nr. 9934 af 29/10/2019)" at beslutningen skal " fremgå tydeligt og være placeret et lettilgængeligt sted i journalen". Endvidere lægges der op til, at det noteres, hvorvidt det er efter borgerens ønske, eller om det er på baggrund af lægelig vurdering. Dette er dog ikke beskrevet som et krav. I forhold til hvordan det bør dokumenteres, står der i vejledningen, at "Forkortelser/koder om beslutningen kan alene anvendes som supplement til det egentlige journalnotat om beslutningen.". Det vurderes at være, så det er let at søge informationen frem. Dog erfares det, at forskellige læger har forskellige måder at journalføre fravalget af genoplivning ved hjertestop. Ofte har individuelle læger nogle bestemte fraser eller forkortelser, som de ofte bruger, men der er ikke i loven et krav om, at det journalføres med en helt specifik frase. Dette kan af åbenlyse årsager gøre det vanskeligt at fremsøge dokumentation for ovenstående beslutning, hvis man ikke er bekendt med hvilke fraser, man skal søge på. Dette oplevede vi også i vores klinikker, da vi skulle fremsøge, hvorvidt der var taget beslutning om genoplivning ved hjertestop. Vi søgte initialt på hhv. "behandlingsniveau" og "genoplivning", hvorved langt de fleste registreringer kom frem. Dog oplevede vi, at i solopraksisen var der 10% af journalføringerne, som var noteret med "ingen HLR ved hjertestop", og derfor ikke kom frem ved den initiale søgning. I Hjørring blev forkortelsen IGVH (ingen genoplivning ved hjertestop) anvendt i korrespondancer med hjemmeplejen.

Metode

Lægeklinikken Vendia i Hjørring er en 4-mands kompagniskabspraksis med omkring 6500 patienter tilmeldt. Lægerne i klinikken har siden starten af 2022 været plejehjemslæger for beboerne på plejehjemmet "Svanelundsbakken" i Hjørring.

Lægerne i Pandrup var indtil for nylig en solopraksis med omkring 2200 patienter tilknyttet. Dog skal der tilføjes, at der, grundet beliggenheden, i sommerhalvåret er markant flere kontakter i form af turister.

Ved skriftlig henvendelse til Sundhedsdatastyrelsen rekvirerede vi lister fra Dødsårsagsregistret for begge lægehuse indeholdende samtlige afdøde patienter tilmeldt de to praksis fra årene 2022 og 2023. Årsagen til, at vi medtog begge år, var med ønsket om en større kohorte, og vi forventede ingen forskel mellem antallet af registreringer de to år. På denne baggrund er data poolede.

Begge lægehuse anvendte samme journalsystem, XMO fra CompoGroup Medical, og vores registreringsteknik var systematisk gennemgang af patienternes journaler som følger:

- Forelå der en note i patientens stamkort omhandlende behandlingsniveau?
- Forelå der et flydenotat øverst i patientens kronologiske journal omhandlende behandlingsniveau?
- Var behandlingsniveau overhovedet omtalt i patientens journal? Der anvendtes følgende teknik til fremsøgning: fritekstsøgning på enten "genopliv" eller "behandlingsn". Ved at anvende disse forkortede ordstammer kom flere mulige endelser med. Ved dobbeltklik på F10 fremkom en oversigt over samtlige journalnotater med søgeordet indeholdt i kronologisk rækkefølge for let overblik. Patienterne blev inkluderet, såfremt der ud af de fremsøgte notater kunne læses, at der var taget stilling til, om de skulle indlægges igen fremadrettet, om de skulle forsøges genoplivet, om de skulle i respirator etc.
- Som en bonusinformation noterede vi os hvor lang tid før døden indtrådte, at stillingtagen til behandlingsniveau var journalført og hvem, der havde taget initiativ til at journalføre det.

På listen over afdøde patienter tilknyttet klinikken i Hjørring udgik 5 patienter (Hjr11, Hjr28 og Hjr68-70). 4 af dem døde efter 1. januar 2024 og 1 patient havde skiftet læge, inden hun døde. Herved opstod en liste på i alt 65 patienter, hvis journaler blev undersøgt nærmere efter ovenstående systematiske metode. Det resulterede i nedenstående tabel 1.

I klinikken i Pandrup udgik 1 patient (Pan41), der døde efter 1. januar 2024. Hermed opstod en liste på 40 patienter, hvis journaler blev undersøgt nærmere efter ovenstående systematiske metode. Det resulterede i nedenstående tabel 2.

Resultater

Tabel 1 Hjørring

	Taget stilling		Alder	Antal dage før død	Hvor	Hvem
	Ja	Nej				
Hjr1	1		48	61	Journal	Team for lindrende behandling
Hjr2	1		85	209	Journal	Egen læge
Hjr3	1		83	16	Journal	Egen læge
Hjr4		1	71			
Hjr5		1	87			
Hjr6		1	56			
Hjr7	1		76	41	Journal	Lungemedicinsk afd.
Hjr8		1	40			
Hjr9		1	74			
Hjr10		1	77			
Hjr12	1		79	165	Journal	Hjemmesygeplejerske
Hjr13	1		75	361	Journal	Hjemmesygeplejerske
Hjr14	1		78	108	Journal	Plejhjem
Hjr15	1		93	25	Journal	Egen læge
Hjr16	1		85	293	Journal	Egen læge
Hjr17		1	61			
Hjr18	1		72	2	Journal	Egen læge
Hjr19	1		91	1401	Journal	Plejhjem
Hjr20	1		82	156	Journal	Egen læge
Hjr21	1		93	11	Journal	Skadestue
Hjr22		1	69			
Hjr23	1		92	107	Journal	Plejhjem
Hjr24	1		69	114	Journal	Bosted
Hjr25	1		62	16	Journal	Onkologisk afd.
Hjr26		1	72			
Hjr27	1		84	405	Journal	Plejhjem
Hjr29	1		73	8	Journal	Team for lindrende behandling
Hjr30	1		94	213	Flydenotat	Plejhjem
Hjr31	1		87	1	Journal	Plejhjem
Hjr32		1	77			
Hjr33	1		86	523	Stamkort	Egen læge
Hjr34	1		81	36	Flydenotat	Ældre medicinsk afd.
Hjr35	1		96	614	Flydenotat	Plejhjem
Hjr36	1		81	7	journal	Skadestue
Hjr37	1		88	412	Journal	Egen læge
Hjr38	1		87	301	Journal	Egen læge
Hjr39	1		96	414	Journal	Plejhjem
Hjr40	1		84	2432	Journal	Bosted
Hjr41	1		95	319	Journal	Plejhjem
Hjr42	1		90	3	Journal	Plejhjem
Hjr43	1		90	132	Flydenotat	Plejhjem

Hjr44	1		73	28	Journal	Egen læge
Hjr45	1		79	146	Flydenotat	Egen læge
Hjr46	1		93	334	Flydenotat	Plejhjem
Hjr47	1		83	50	Journal	Plejhjem
Hjr48	1		89	3020	Flydenotat	Plejhjem
Hjr49		1	93			
Hjr50	1		91	2169	Flydenotat	Egen læge
Hjr51		1	78			
Hjr52	1		82	67	Journal	Team for lindrende behandling
Hjr53	1		81	161	Flydenotat	Bosted
Hjr54	1		69	9	Journal	Bosted
Hjr55		1	83			
Hjr56	1		85	42	Flydenotat	Egen læge
Hjr57	1		70	362	Flydenotat	Egen læge
Hjr58	1		78	8	Journal	Team for lindrende behandling
Hjr59		1	85			
Hjr60	1		77	439	Flydenotat	Plejhjem
Hjr61	1		70	271	Journal	Egen læge
Hjr62	1		86	336	Journal	Plejhjem
Hjr63	1		2	308	Journal	Pædiatrisk ambulatorium
Hjr64	1		90	669	Flydenotat	Egen læge
Hjr65		1	78			
Hjr66		1	80			
Hjr67	1		92	220	Journal	Lægevagten
Antal	49	16				
	75,4	24,6				

Tabel 1 Hjørring-klinikkens patienter fordelt mellem ”med behandlingsniveau” og ”uden behandlingsniveau”, alder ved tidspunkt for død, journalføringstidspunkt angivet i antal dage før død, hvor behandlingsniveauet var journalført og slutteligt hvem der tog initiativ til at få behandlingsniveauet journalført.

Tabel 2 Pandrup

	Taget stilling		Alder	Antal dage før død	Hvor	Hvem
	Ja	nej				
Pan1		1	75		Journal	
Pan2		1	77		Journal	
Pan3		1	70		Journal	
Pan4		1	88		Journal	
Pan5		1	53		Journal	
Pan6	1		92	46	Journal	Egen Læge
Pan7	1		91	550	Journal	Egen Læge
Pan8	1		63	20	Journal	Egen Læge
Pan9	1		80	646	Journal	Epikrise fra sygehus
Pan10	1		90	19	Journal	Egen Læge

Pan11	1		76	934	Journal	Egen Læge
Pan12	1		83	5		Egen Læge
Pan13	1		65		Journal	epikrise fra sygehus
Pan14	1		81	138	Journal	Plejhjem
Pan15	1		92	667	Journal	Plejhjem
Pan16	1		86	3	Journal	Egen Læge
Pan17		1	81		Journal	
Pan18	1		84	123	Journal	Egen Læge
Pan19	1		91	370	Journal	Plejhjem
Pan20	1		89	316	Journal	Egen Læge
Pan21	1		88	17	Journal	Egen Læge
Pan22	1		84	6	Journal	Egen Læge
Pan23	1		94	25	Journal	Egen Læge
Pan24	1		70	126	Journal	Team for lindrende behandling
Pan25	1		79	679	Journal	Egen Læge
Pan26	1		99	202	Journal	Egen Læge
Pan27	1		94	1511	Flydenotat	Egen Læge
Pan28	1		85	467	Journal	Egen Læge
Pan 29	1		81	59		Plejhjem
Pan30	1		90	27	Journal	Egen Læge
Pan31	1		81	184	Journal	Team for lindrende behandling
Pan32	1		91	2	Journal	Egen Læge
Pan33		1	76		Journal	epikrise fra sygehus
Pan34	1		66		Journal	epikrise fra sygehus
Pan35	1		93		Journal	Plejhjem
Pan36	1		87		Journal	Plejhjem
Pan37	1		83		Journal	Plejhjem
Pan38	1		85		Journal	Plejhjem
Pan39	1		81		Journal	Plejhjem
Pan40	1		92		Journal	Egen Læge
Antal	33	7				
%	82,5	17,5				

Tabel 2 Pandrup-klinikkens patienter fordelt mellem ”med behandlingsniveau” og ”uden behandlingsniveau”, alder ved tidspunkt for død, journalføringstidspunkt angivet i antal dage før død, hvor behandlingsniveauet var journalført og slutteligt hvem der tog initiativ til at få behandlingsniveauet journalført.

For patienterne i Hjørring gjaldt det, at ud af de 75,4%, der havde et journalført behandlingsniveau, fordeltes placering af dette i journalsystemet som det fremgår af tabel 3:

Tabel 3 Hjørring

Procentvis fordeling af hvor behandlingsniveauet var noteret, Hjørring	
Stamkort	2%
Flydenotat	26%
Journal	72%

Tabel 3 Fordelingen af placering af det journalførte behandlingsniveau for Hjørring-klinikkens patienter. Enten i patientens stamkort, i et flydenotat eller et tilfældigt sted i journalen

For patienterne i Pandrup gjaldt det, at ud af de 82,5%, der havde et journalført behandlingsniveau, fordeltes placering af dette i journalsystemet som det fremgår af tabel 4:

Tabel 4 Pandrup

Procentvis fordeling af hvor behandlingsniveauet var noteret, Pandrup	
Stamkort	0%
Flydenotat	2,5%
Journal	97,5%

Tabel 4 Fordelingen af placering af det journalførte behandlingsniveau for Pandrup-klinikkens patienter. Enten i patientens stamkort, i et flydenotat eller et tilfældigt sted i journalen.

Tabel 5 Hjørring:

Procentvis fordeling af initiativtagere, Hjørring	
Initiativtager	Andel afdøde m. stillingtagen
Egen læge	32%
Plejhjem/bosted	40%
Hjemmepleje	4%
Team for lindrende behandling	8%
Øvrige sygehusafdelinger	12%
Lægevagt	4%

Tabel 5 Fordelingen af hvem der ifølge journalmaterialet tog initiativet til at tage stilling til behandlingsniveau for Hjørring-klinikkens patienter.

Tabel 6 Pandrup

Procentvis fordeling af initiativtagere, Pandrup	
Initiativtager	Andel afdøde m. stillingtagen
Egen læge	54%
Plejhjem/bosted	27%
Team for lindrende behandling	6%
Øvrige sygehusafdelinger	13%

Tabel 6 Fordelingen af hvem der ifølge journalmaterialet tog initiativet til at tage stilling til behandlingsniveau for Pandrup-klinikkens patienter.

Diskussion

Ved at sammenligne to ret forskellige klinikker er vi blevet glædeligt overrasket over, at der for mere end 75% af patienterne var taget stilling til behandlingsniveau og genoplivning forud for dødens indtræden. Set i lyset af, at en del patienter formentlig er døde enten under indlæggelse eller uforventet, ville det alt andet lige være urealistisk at opnå 100% journalført behandlingsniveau i primærsektorens journal. Dog er der ingen tvivl om, at det ville være en god ide, at evt stillingtagen til genoplivning noteres så det fremgår tydeligt og er placeret et lettilgængeligt sted i journalen. Hvorvidt det noteres i et flydenotat eller på stamkortet er egentligt underordnet, så længe det er standardiseret så eventuelle vikarer, uddannelseslæger eller kollegaer, der ikke har den samme kendskab til patienten, let kan fremsøge informationen. Det bliver især vigtigt i takt med, at der opstår større og større klinikker. Det er selvfølgelig mindre problematisk i en solopraksis hvor man har kendskab til samtlige patienter, som tilfældet har været i Pandrup indtil for nyligt.

Der står i loven, at forkortelser og koder om beslutningen alene kan anvendes som supplement til det egentlige journalnotat om beslutningen. Dette var også lettere mangelfuldt i begge klinikker, men som ift placering i journalen, er det måske mindre relevant i en solopraksis. For en enkelt patient tilmeldt klinikken i Hjørring kunne det ses, at der trods journalnotat fra stamafdelingen, hvor han blev fulgt, var noteret, at han i tilfælde af hjertestop ikke skulle genoplives, alligevel blev forsøgt genoplivet. Dog mislykkedes forsøget, og han blev erklæret død. Episoden fandt sted i hjemmet, og årsagen til at der blev tilkaldt ambulance, er os ubekendt. Det er usikkert, om tydeligere journalføring havde gjort en forskel i dette tilfælde. Men at få det italesat rettidigt kunne muligvis have forhindret genoplivningsforsøget.

Stillingtagen til behandlingsniveau er efter vores vurdering et godt redskab til at sikre en værdig afslutning på livet. Med baggrund i resultaterne af dette studie kan vi bakke op om Etisk Råds og Lægeforeningens tilkendegivelser om ikke at støtte indførelsen af aktiv dødshjælp i Danmark. Der er taget stilling i langt de fleste tilfælde, og i forlængelse af dette sikkert også lagt en behandlingsplan.

Det er vores håb, at der med indførelsen af det nye centrale register, hvor borgere selv har mulighed for at tilkendegive deres ønsker i forhold til genoplivning, vil ske endnu færre u hensigtsmæssige genoplivningsforsøg med dårlige resultater til følge. I forhold til udeladelse af indlæggelse på hospital og at undlade intensiv behandling af potentielt reversible årsagen hos stærkt svækkede og multisyge borgere, så har vi fortsat som læger en central rolle i forhold til at få taget stilling og sikre dokumentationen heraf, så lægekollegaer, der ikke nødvendigvis kender borgeren så godt, ikke i forsøg på at gøre det bedste, indlægger patienten. Det vil efter vores overbevisning medvirke til at nedbringe belastningen af sekundærsektoren og bidrage til at sikre en mere værdig død.

Konklusion

Projektet har vist, at der i Pandrup i flere tilfælde (82,5%) end i Hjørring (75,4%) var taget stilling til behandlingsniveau for de afdøde patienter tilknyttet praksis mellem 1. januar 2022 og 31. december 2023. Det viste sig, at selvom lægehuset i Hjørring er fast tilknyttet som plejehjemslæger, så havde de ikke flest patienter med fastsat behandlingsniveau. Projektet har endvidere vist, at det i begge praksis halter en del med at behandlingsniveauet skal være angivet tydeligt og let tilgængeligt i journalen. I Hjørring var behandlingsniveauet kun angivet i stamkortet i 2% af tilfældene, i flydenotater i 26% af tilfældene og resten lå tilfældigt fordelt i brødteksten i journalen. I Pandrup var der ikke angivet behandlingsniveau i stamkortet i nogen tilfælde, i flydenotater i 2,5% af tilfældene og i journalen i 97,5% af tilfældene.

Det viste sig også, at det i flere tilfælde i Pandrup end i Hjørring var lægen selv, der havde taget stilling til behandlingsniveauet. I Hjørring var det i de fleste tilfælde på plejehjems/bosteders initiativ, at der blev taget stilling til behandlingsniveau.

Samlet mener vi, at begge praksis har et højt niveau af registreringer af behandlingsniveau for deres patienter, selvom der fortsat er mulighed for forbedring.