

# Etiske spørsmål ved start og avslutning av AHLR



Norsk Resuscitasjonsråd

## Artikkelserie med tema fra Norsk grunnkurs i AHLR

I en artikkelserie i "gamle" Akuttjournalen startet NRR en presentasjon av ulike praktiske, kliniske, etiske og juridiske problemstillinger som omtales i det nye "Norsk grunnkurs i AHLR". Der det er naturlig, vil vi også ta med ulikt bakgrunnsmateriale for å belyse de aktuelle problemstillingene ytterligere. Den første artikkelen omhandlet problemstillingen om pårørende bør være tilstede ved resusciteringsforsøk (NRR. Bør pårørende være tilstede ved resusciteringsforsøk. Akuttjournalen 2007; 15: 183-4). I det siste nummer av den "gamle" Akuttjournalen før jul tok vi opp utfordringene med håndtering av dødsfall etter et mislykket resusciteringsforsøk (NRR. Når du ikke lykkes. Akuttjournalen 2007; 15: 248-52). Vi fortsetter artikkelserien i dette første nummeret av Scandinavian Update Magazine og tar her opp de utfordrende etiske problemstillingene som møter helsepersonell ved start og avslutning av AHLR.

### NÅR BØR DU AVSTÅ FRA AHLR OG BRUK AV DEFIBRILLATOR?

Med få unntak er det svært vanskelig eller umulig å bedømme om en pasient vil ha store eller små sjanser til å overleve før du starter behandlingen. Generelt gjelder det at jo lenger hjertet har stått stille, desto mindre er sjansen til å redde pasienten.

Noen ganger kan det være svært vanskelig å anvende generelle retningslinjer i konkrete situasjoner. Ofte kjenner man verken pasientens tilstand før hjertet stoppet eller hvor lenge hjertet har stått stille. Hos alvorlig syke eller sterkt svekkede mennesker i livets slutfase bør ansvarlig lege ta stilling til spørsmålet om resusciteringsforsøk er etisk forsvarlig, og helst i god tid før en akutsituasjon oppstår. I slike tilfeller må legen kjenne pasienten svært godt og vite at fortsatt avansert behandling vil påføre pasienten unødige lidelser og i verste fall kun forlenge dødsprosessen.

### NÅR BØR DU STARTE FORSØK PÅ RESUSCITERING?

Objektivt sett er det svært vanskelig, og mange vil også si det er etisk uforsvarlig, å lage en eksakt oversikt over de medisinske tilstander som gir grunn til ikke å forsøke resuscitering. En bør imidlertid vurdere å avstå fra forsøk på livreddende behandling av pasienter med langtkommen kreftsykdom

(spredning av kreften), pasienter med store hjerneblødninger eller hjerneinfarkter, og pasienter med terminal organsvikt og alvorlig demens. AHLR med defibrillering bør heller ikke startes hvis en lege som kjenner pasienten, mener han kan forutsi med stor sannsynlighet at HLR ikke kommer til å lykkes.

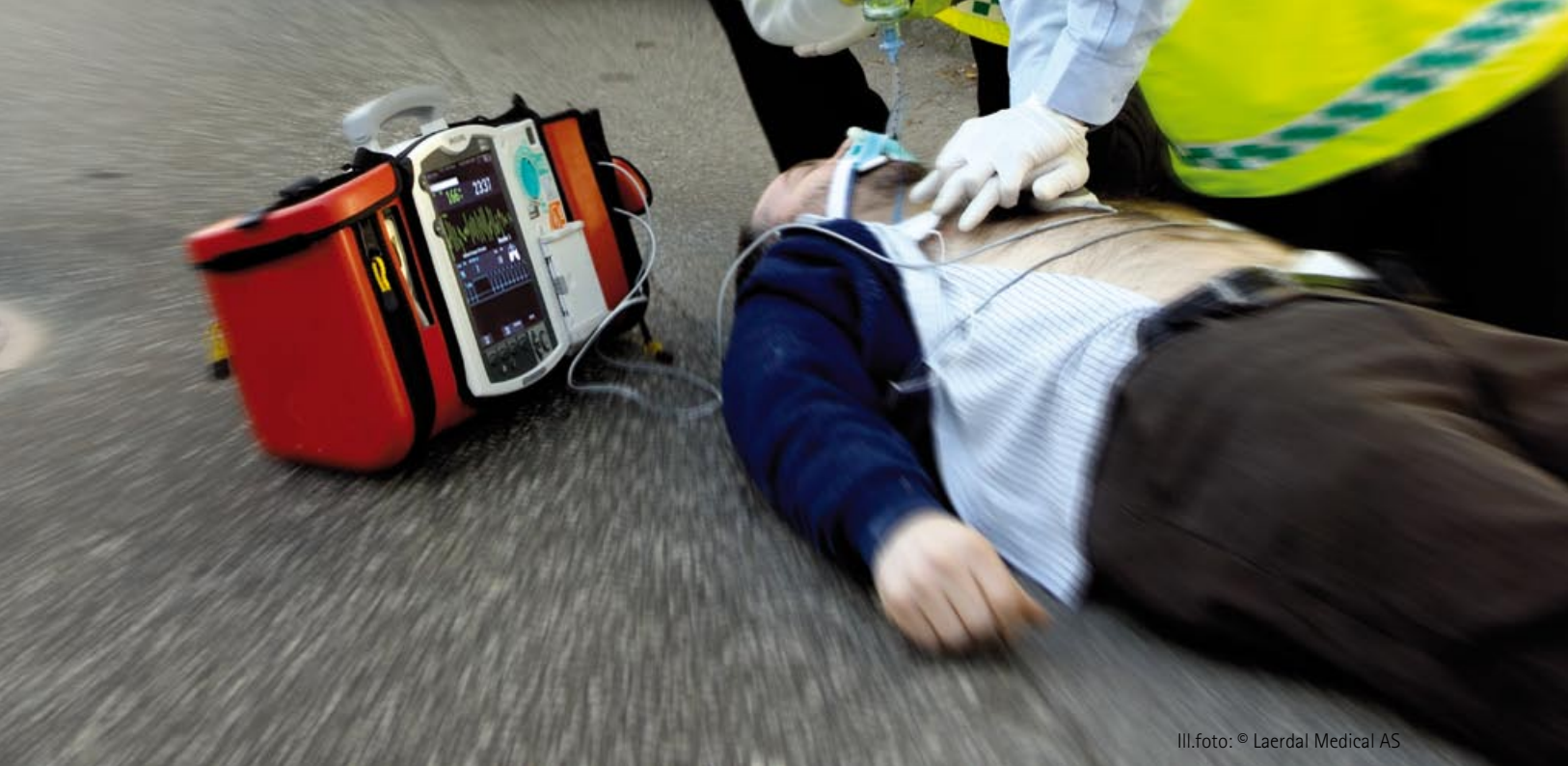
Ansvarlig lege bør som hovedregel stille seg følgende sentrale spørsmål: Hva behandler jeg pasienten tilbake til? Spørsmålet om hvordan man som lege ville handlet hvis pasienten var en kjær som sto en selv nær, kan også bidra til å gi etiske holdepunkter for hva som kan være rett.

Høy alder alene og kronisk pleie- eller omsorgsbehov bør ikke frata ellers vitale eller mennesker muligheten til å bli vellykket resuscitert. Ved plutselig hertestans utenfor sykehus er en lege som kjenner pasienten godt, oftest ikke raskt nok tilgjengelig til å bistå med slike vurderinger. I fravær av slik lege bør terskelen for å starte AHLR med defibrillering være lavere.

### HVOR LENGE BØR DU FORTSETTE MED AHLR?

#### - så lenge pasienten har VF/VT

Dette er tegn på at hjertets energireserver ennå ikke er oppbrukt. Effektiv HLR kan gi så god koronarsirkulasjon at hjertet kan defibrilleres vellykket og komme i gang igjen, selv om det har gått mange minutter etter at pasienten fikk



Ill.foto: © Laerdal Medical AS

hjerTESTANS. Det finnes mange eksempler på at pasienter er reddet etter mer enn 30 minutter med god HLR.

#### **- så lenge gjenopplivningsforsøket kan tenkes å lykkes**

I noen situasjoner kan det være tilrådelig å fortsette lenger enn ellers. Hvis pasienten er hypoterm, vil hjernen tåle mye lengre tid med sterkt nedsatt eller opphevet sirkulasjon. Resusciteringsforsøk kan lykkes selv etter flere timer med HLR, og bør pågå kontinuerlig under transport til sykehus som har mulighet for oppvarming (hjerne-lunge-maskin). Også hos pasienter som er truffet av lyn, og som har fått stans pga strømskott, kan langvarig resusciteringsforsøk noen ganger føre fram. Det samme gjelder for hjerTESTANS ved noen former for forgiftninger. Ved bruk av mekanisk brystkompresjon, vil kanskje grensene for hvor lenge man bør holde på med et resusciteringsforsøk også flyttes, spesielt hvis det viser seg at mekanisk brystkompresjon kan være en "bro" mens pasienten transporteres til kausal behandling, f.eks. akutt PCI, eller til hjerne-lunge-maskin ved hypotermi.

#### **- så lenge det er etisk forsvarlig å fortsette**

Noen ganger vil det være rett å avslutte et påbegynt gjenopplivningsforsøk relativt raskt som f.eks. hvis det kommer fram at pasienten har en alvorlig sykdom i terminalstadiet. Ved

ikke-bevitnet hjerTESTANS med asystole eller PEA som første registrerte hjerterytmene er sjansen til å overleve så dårlig at det også kan være rett å avslutte et gjenopplivningsforsøk relativt raskt hvis det ikke finnes tegn til liv eller overgang til VF etter få minutter. Det samme gjelder for sirkulasjonsstans ved store traumer. Vurdering av hvor lenge det er etisk forsvarlig å fortsette et gjenopplivningsforsøk må gjøres i hvert enkelt tilfelle med utgangspunkt i vel funderet kunnskap om prognostiske faktorer, godt klinisk skjønn og med respekt for pasienten i fokus. Hvis pasienten viser tegn til liv, (bevegelse, hoste, normal pust eller følbart puls) går du ut av resusciteringsalgoritmen og starter post-resusciteringsbehandling.

#### **NÅR BØR DU AVSLUTTE FORSØK PÅ RESUSCITERING?**

Dette spørsmålet er også vanskelig å besvare eksakt og allmenngyldig. Noen ganger vil det være rett å avslutte et påbegynt gjenopplivningsforsøk relativt raskt som f.eks. hvis det kommer fram at pasienten har en alvorlig sykdom i terminalstadiet.

Ved ikke-bevitnet hjerTESTANS med asystole eller PEA som første registrerte hjerterytmene er sjansen til å overleve så dårlig at det også kan være rett å avslutte et gjenopplivningsforsøk relativt raskt, hvis det ikke er noen tegn til liv eller overgang til VF etter få minutter.

Vurderingen av hvor lenge det er etisk forsvarlig å fortsette et gjenopplivningsforsøk, må gjøres i hvert enkelt tilfelle med utgangspunkt i reell kunnskap om prognostiske faktorer, kunnskap om patofysiologi ved hjerTESTANS, om pasienten har respondert på noe av behandlingen, godt klinisk skjønn og ikke minst med fokus på respekt for pasienten.

De internasjonale retningslinjene fra 2005 sier at AHLR ikke bør avsluttes så lenge pasienten ennå har VF. Det er også akseptert at AHLR kan avsluttes etter 20 minutter med vedvarende asystole, med mindre pasienten er nedkjølt (hypoterm) eller andre potensielt reversible årsaker har ført til hjerTESTANS.

Hvis pasienten er hypoterm eller hjerTESTANS skyldes strømskott, lynnedslag eller forgiftningstilstander, bør langvarig AHLR alltid vurderes.

Prognosen ved traumatisk sirkulasjonsstans er derimot så dårlig at det er forsvarlig å avslutte et resusciteringsforsøk ganske raskt, og i alle fall hvis flere pasienter raskt trenger kvalifisert medisinsk hjelp ved en ulykke.

Mange vil gi AHLR lenger hvis pasienten er et barn. Dette er sjelden medisinsk begrunnet, for prognosen ved hjerTESTANS hos barn er oftest dessverre dårligere enn hos voksne med hjerTESTANS.

Mekanisk brystkompresjon vil kanskje i noen tilfeller kunne gi god nok sirkulasjonen til at organdonasjon fra pasienter med hjertestans kan bli teknisk mulig. Dette diskuteres i enkelte europeiske land pga. mangel på egnede organer til pasienter som trenger det for å berge livet. Spørsmålet om å holde hjertestanspasienter kunstig i live bare for å sikre mulige organer til donasjon, er kontroversielt og problemstillingen er p.t. ikke aktuell i Norge.

Avgjørelsen om å avslutte et resusciteringsforsøk hviler på teamlederen, men etter konsultasjon og helst konsensus med resten av behandlingsteamet.

## DOKUMENTASJON AV FORHÅNDS- AVGJØRELSE OM Å AVSTÅ FRA HLR

Slik forhåndsavgjørelse bør refereres med enhetlig og entydig terminologi, f. eks. "AHLR -". Uklare anførsler, f.eks. at pasienten kan defibrilleres én gang uten at det skal startes HLR, er uheldige og skaper usikkerhet hos personell med tilsyns- eller pleieansvar for pasienten. Uttrykket "AHLR -" betyr at pasienten ikke

skal ha basal HLR, defibrillering, adrenalin eller atropin ved plutselig hjertestans, men sier ingenting om annen generell behandling som væske- eller antibiotikabehandling. En avgjørelse om også å avstå fra annen behandling enn AHLR, skal anføres for seg. Slike beslutninger må kunne finnes lett i pasientens journal, være datert og ha ansvarlig leges signatur. Ansvarlig lege skal daglig ta stilling til beslutningens gyldighet, og datere og signere en eventuell beslutningsendring.

Når det ikke foreligger skriftlig forhåndsavgjørelse i slike tilfeller må ansvarlig lege ut fra tilgjengelige opplysninger bedømme om AHLR skal startes. Ved tvil kan det ofte være bedre å starte, og så heller avslutte tidlig hvis man får fram opplysninger om terminal sykdom. Pleiepersonell er i prinsippet pliktige til å starte HLR med mindre annet er uttrykkelig bestemt og dokumentert i pasientens journal.

## BØR PASIENT OG PÅRØRENDE DELTA I AVGJØRELSEN OM AHLR?

Både ved akutt og kronisk sykdom kan det finnes grunn og anledning til å ta opp

spørsmålet om AHLR bør startes. Når det er mulig, skal pasienten gis anledning til å delta i diskusjonen. Hvis pasienten ikke er beslutningsdyktig, f.eks. på grunn av sterk sedering, bevisstløshet eller respiratorbehandling ("ikke samtykkekompetent"), bør samtale om dette spørsmålet føres med de pårørende for å få innblikk i hva som kan være pasientens eget ønske. Betydningen av taktfullhet og evne til å tilpasse samtalen til pasientens og de pårørendes reaksjoner kan ikke betones nok.

Legfolk kan ikke forventes å vite hva et resusciteringsforsøk innebærer, og de vil kanskje tro at dette oftest vil ende med langvarig pleie og lidelse. Det er viktig at legen gir pasienten og/eller de pårørende realistiske forestillinger om et eventuelt resusciteringsforsøk, slik at tilbud om AHLR ikke blir avslått på grunn av for dårlig innsikt. Ansvarlig lege bør også samrå seg med annet berørt pleiepersonell før en beslutning om å avstå fra AHLR blir tatt. ■

## Hjertestartere er førstehjelpsutstyr

Sosial- og helsedirektoratet i Norge utga 13.02.08 et nytt rundskriv om "IS-5/2007: Krav til bruk av defibrillatorer (hjertestartere)". Dette rundskrivet erstatter tidligere rundskriv IK3/99 og brev fra SHdir av 01.03.07 om "Krav til bruk av defibrillatorer".

Det nye rundskrivet slår uttrykkelig fast at det i dag ikke foreligger grunnlag for krav om legedelegering for bruk av halvautomatiske defibrillator (hjertestarter). Dette gjelder både i- og utenfor helsevesenet.

### Krav om opplæring

Virksomheter både i- og utenfor helsetjenesten som anskaffer hjertestarter pålegges likevel rutiner for kontroll og vedlikehold av en anskaffet defibrillator samt rutiner for opplæring i bruk. NRR viser i den forbindelsen til "Norsk grunnkurs i bruk av halvautomatisk hjertestarter" som er et brukerkurs kvalitetssikret både av NRR og Norsk Førstehjelpsråd. Videre viser vi til Resuscitasjonsrådets gjeldende krav til DHLR-utøvere og DHLR instruktører på [www.nrr.org](http://www.nrr.org). Nytt, kortere kvalitetssikret DHLR-kurs planlegges utarbeidet.

### Nødrett og hjelpeplikt

I en nødsituasjon kan helsepersonell gå ut over sin kompetanse for å forsøke å redde en pasients liv hvis bedre kvalifisert hjelp ikke er tilgjengelig. Rundskrivet viser i den sammenhengen til straffelovens § 387 som pålegger enhver plikt til etter evne å hjelpe den som er i øyensynlig og overhengende livsfare hvis dette kan gjøres uten særlig fare eller oppofrelse for ham selv eller andre. Bestemmelsen kan, etter omstendighetene også innebære at enhver skal yte nødvendig hjelp til en person med hjertestans.

### Krav om opplæring versus nødrett

NRR forstår kravet om opplæring og bruk ved nødrett slik at det for planlagt beredskap med hjertestarter, så vel innenfor som utenfor helsevesenet, kreves opplæring av det personellet som er tiltenkt å bruke hjertestarteren. Men dette er ikke til hinder for at enhver i en nødsituasjon etter beste evne kan og bør forsøke å redde liv til en pasient som har falt om med plutselig hjertestans både med hjerte-lungeredning og ved å bruke en hjertestarter - hvis en slik er tilgjengelig.

### Bruk av hjertestarter er å anse som førstehjelp

Med dette rundskrivet som bl.a. definitivt slår fast at bruk av halvautomatisk defibrillator (hjertestarter) ikke krever legedelegering, anser NRR at hjertestarter (halvautomatisk defibrillator) nå er å anse som førstehjelpsutstyr og at bruk av hjertestarter er å anse som en del av førstehjelpen på lik linje med hjerte-lungeredning. En naturlig konsekvens av dette er en anbefaling om at ordinær førstehjelpsberedskap - både i helsetjenesten og ellers i samfunnet - alltid bør omfatte beredskap så vel for basal hjerte-lungeredning som for bruk av hjertestarter.