

Utplassering av hjertestartere kan gi falsk trygghet

Norge er kommet lenger enn de fleste land med å utplassere selvdiagnostiserende defibrillatorer, såkalte hjertestartere. Anestesileger påpeker at gode resultater avhenger av målrettede bruks- og opplæringsstrategier.

De første hjertestarterne ble innført i 1985 og er siden blitt videreutviklet. I sommer signaliserte daværende helseminister Tore Tønne at utplassering av hjertestartere burde være en prioritert oppgave.

God dekning

Ifølge direktør Tore Lærdal i Lærdal Medical i Stavanger, en av flere leverandører av hjertestartere, er over 100 000 apparater spredt på verdensbasis, og Norge ligger langt fremme.

– Det er gjort forsøk med utplassering på flyplasser der folk nærmest kan gripe til hjertestarteren som et brannslukningsapparat, og det ser ikke ut til å ha skapt noen problemer, sier Lærdal. Prisen på et apparat er 20 000–30 000 kroner, men forventes å falle.

– Ifølge den amerikanske kardiologforeningen er kostnad-nytte-analysene gunstige, dersom det finnes hjertestartere et sted der man kan forvente minst ett tilfelle av hjertestans per fem år, og der tidsavstanden til hjelp er mer enn fem minutter. Ifly må man regne annerledes, på grunn av de store alternativkostnadene ved å lande i tilfeller der diagnosen er usikker, sier Tore Lærdal.

Med ca. 20 utplasserte apparater har Kvinnerad kommune, som har 13 200 innbyggere, den beste dekning av hjertestartere i landet. Det sier Sigurd Bratteteit i Hjertervakten AS, en av flere forhandlere. Han opplyser at operatørene av hjertestarterne er opplært etter retningslinjer gitt av Norsk resusciteringsråd og i samarbeid med AMK-sentraler.



Utplassering av hendige hjertestartere krever både forhåndsoverveielser og oppfølgingsarbeid, sier Lars Wik. Foto T. Sundar

Overlege Ole-Jørgen Ohm ved Haukeland Sykehus har mottatt pasienter som har overlevd etter å ha blitt gjenopplivet ved større arbeidsplasser der det finnes hjertestartere. Han mener at utplassering er hensiktsmessig i store bedrifter, ved oljeboringsplattformer, på transatlantiske fly og større båtfartøyer. – Men det bør gjøres med en kritisk holdning, og folk må få nødvendig opplæring, så de ikke vegrer seg for å bruke utstyret, sier Ohm.

Behov for nasjonal plan

– Hjertestarterne er både teknisk sikre og enkle å bruke. Opplæringen er grundig prøvd ut på flypersonell, konstaterer anestesilege Lars Wik ved Norsk akuttmedisinsk kompetansesenter (NAKOS). Senteret er opprettet for å styrke akuttmedisinsk kompetanse i Norge, og holder til ved det medisinske og

anestesiologiske forskningsmiljøet ved Ullevål universitetssykehus.

Nå advarer han mot falsk trygghet, og slår kaldt vann i blodet på dem som tror at resultatene kommer av seg selv, bare man får utplassert et stort nok antall hjertestartere.

– Uten å kartlegge og definere behovet for slikt utstyr, kommer vi ingen vei, sier han. Han viser til at de fleste tilfellene av hjertestans skjer i hjemmet, der overlevelsen er tilnærmet lik null. Bare 30 % av stanstillfellene skjer i det offentlige rom. Den typiske pasienten er en mann eller kvinne rundt 65 år. I en typisk norsk kommune overlever bare 5 % av dem som får hjertestans. I Oslo er denne andelen på 7–8 %.

– Tiden er den viktigste enkeltfaktoren for overlevelse. Sannsynligheten for å overleve minsker med 10 % for hvert minutt som går, fra hjertestansen inntreffer og til man får gitt et sjokk. Ved å forkorte utrykningstiden og desentralisere tilgjengeligheten til hjertestartere, kan vi få bedre overlevelsestall i Norge. Men det er viktig å planlegge riktig, slik at utstyret settes ut der hvor folk flest bor og oppholder seg. Det er også viktig å få kontroll med hvor utstyret finnes og hvordan det blir brukt, sier Lars Wik.

Han oppfordrer myndighetene, fagmiljøene og brukermiljøer til å utvikle systemer for kvalitetskontroll, varsling, opplæring og sertifisering.

– Stortinget har bestemt at det i løpet av 2002 skal lages en plan for utplassering av hjertestartere. Samtidig bør det etableres en sentral prosjektkomite som skal samarbeide med AMK-sentralene, ambulansetjenesten og andre interessegrupper, for å redde flere liv, sier Lars Wik.

– Tom Sundar, Pål Gulbrandsen, Tidsskriftet tidsskriftet@legeforeningen.no

Primær defibrillering eller hjertekompresjon?

Norske forskningsresultater kaster nytt lys over retningslinjene for behandling av hjertestans utenfor sykehus.

Tidlig defibrillering er en avgjørende faktor for overlevelse etter hjertestans med ventrikkelflimmer eller pulsløs ventrikkeltakykardi (VF/VT). Reduksjon av responstiden, dvs. tiden fra hjertestans inntreffer til et defibrilleringssjokk kan bli gitt, har følgelig høyeste prioritet ved avansert hjerte-lunge-redning (1).

Nå blir retningslinjene utfordret av en norsk undersøkelse som viser at basal hjerte-lunge-redning bør gis før defibrillering ved visse tilfeller av hjertestans utenfor sykehus. Forskere ved Norsk akuttmedisinsk kompetansesenter har gjennomført en randomisert

undersøkelse av totalt 202 pasienter med VF/VT. Halvparten fikk hjertekompresjon før debrillering, mens den andre halvparten ble behandlet med primær defibrillering i henhold til retningslinjene.

Resultatene viste høyest overlevelse i gruppen som fikk basal hjertekompresjon i tre minutter før debrillering. 61 % av pasientene i denne gruppen fikk spontan sirkulasjon, sammenliknet med 48 % i gruppen som bare ble behandlet med sjokk. Når responstiden var over fem minutter, ble forskjellen mellom gruppene enda større (62 % versus 39 %).

– Vår konklusjon er at visse tilfeller av hjertestans utenfor sykehus, ikke skal primærbehandles med defibrilleringssjokk. I stedet skal det gis hjertekompresjon i tre mi-

nutter, etterfulgt av sjokk, sier Lars Wik, som er ansvarlig for undersøkelsen som ble gjennomført i Oslo i 1998–2001.

– Hvordan kan leger vite hvilke pasienter som skal ha primær defibrillering og hvilke som skal ha primær hjertekompresjon?

– Det er det neste spørsmålet forskningen må finne svar på, sier Wik, som understreker behovet for å dokumentere effekten av intervensjoner i akuttmedisinsk behandling.

– Tom Sundar, Tidsskriftet tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. Steen PA. Retningslinjer for avansert hjerte-lunge-redning av voksne pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 818–21.