

Å vedta at en pasient ikke skal gjenopplives ved hjertestans er et spørsmål om prognose. Antakelser om pasientpreferanser er svært usikre og bør ikke brukes

Hvem skal få dø i fred?

For et par tiår siden var det vanlig å skrive «NTBR» på kurvearket til pasienter der det ikke skulle startes hjerte-lunge-redning. Forkortelsen sto for «Not to be resuscitated», og begrunnelsen for å bruke en såpass mystisk kode var åpenbart at pasient og pårørende ikke skulle forstå betydningen. Nå er holdningene endret, og i Helsetilsynets rundskriv fra 2002 åpnes det strengt tatt bare for å gjøre vedtak om at gjenoppliving ikke skal gjennomføres ved hjertestans (HLR minus) der pasient og/eller pårørende er eksplisitt informert og har uttrykt ønske om det (1). Dette er heller ikke uproblematisk. Få vil i dag forsvare tidligere tiders paternalistiske hemmelighetskremmeri, men den motsatte ytterlighet trenger ikke være bedre. Knut Erik Tranøy har påpekt at pasientinformasjon, som behandlingstiltak, har både ønskede effekter og uønskede bivirkninger (2). Det er ikke i enhver situasjon i pasientens interesse å få all tilgjengelig informasjon servert ukritisk og usortert. Dette ser ut til å være glemt i den bølge av byråkratisk rettsliggjøring som for tiden overstrømmer helsevesenet til fortrensel for det gode profesjonsetiske skjønn. Rundskrivet om HLR minus (1) er et tankevekkende eksempel på dette.

I mange tilfeller er det utvilsomt klokt å gjøre en forhåndsvurdering av hvorvidt hjerte-lunge-redning bør unnlatas. Like utvilsomt er slike forhåndsvurderinger ofte kompliserte så vel emosjonelt som etisk. Desto viktigere er det å tenke ryddig om disse vurderingene, slik Christer Mjåset og medarbeidere gjør i sin artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (3). De fant at 9 % av pasientene i en akutt slagenhet var omfattet av et HLR minus-vedtak, og ikke overraskende ble det hos drøyt halvparten av disse også foretatt andre behandlingstiltak. Det er likevel vanskelig å vite om 9 % er en «riktig» andel, eller om det er for mange eller for få. Selv om rutine i slagenheten ved Akershus universitetssykehus åpenbart er gjennomtenkte, er det ikke mulig å vite om det var flere pasienter som burde fått vedtak om HLR minus, eller om det – mer alvorlig – ble fattet et slikt vedtak om pasienter som ikke burde fått det. Det å sette kritisk søkelys på egen praksis slik Mjåset og medarbeidere har gjort, bærer nok i seg selv bud om en mer enn middels god bevissthet om problemstillingene i den aktuelle avdelingen. Sannsynligvis har andre avdelinger en mer lemfeldig omgang med bruken av HLR minus.

Det er viktig å fremholde at prognostiske vurderinger står helt sentralt ved forhåndsvurdering av unnlatelse av hjerte-lunge-redning. To essensielle spørsmål er enkle å formulere, men ofte vanskeligere å besvare: «Hva er det naturlige sykdomsforløpet hos denne pasienten?» og «Hvordan kan sykdomsforløpet påvirkes gjennom hjerte-lunge-redning?». De fleste vil være enig om at det er riktig å avstå fra hjerte-lunge-redning der den åpenbart ikke vil kunne lykkes, og der pasienten uansett er inne i en irreversibel dødsprosess. Avgjørelsen må altså bygge på grundige medisinske vurderinger. Pasientens syn skal vektlegges, og de pårørende skal høres først og fremst som en kilde til kunnskap om hva pasienten ville gitt uttrykk for dersom han eller hun hadde vært i stand til det. Men det er en forpliktelse – og ofte en byrde – som må påhvile legene å vurdere hvorvidt et forsøk på hjerte-lunge-redning vil være hensiktsløst. De pårørende må få slippe å sitte med følelsen av å ha ansvaret for den beslutningen som fattes.

Man bør være varsom med å la denne vurderingen påvirkes av antakelser om kvaliteten av et eventuelt videre liv for pasienten. Tallrike

undersøkelser viser at leger har lav treffsikkerhet i sin vurdering av hvorvidt pasienter synes et liv med sykdom og handikap er verdt å leve, og svært ofte undervurderer vi pasienters livsvilje (4). I en tankevekkende irsk studie er det funnet at eldres holdninger til hjerte-lunge-redning er endret dramatisk i positiv retning parallelt med bedringen av levekår i det irske samfunnet (5). Dette illustrerer hvor komplekse mekanismer som ligger bak folks holdninger til slike spørsmål. Vi bør derfor legge stor vekt på egne vurderinger der vi har solid kompetanse, nemlig om prognosen med tanke på overlevelse, og langt mindre vekt på vurderingene der vi er amatører, nemlig når det gjelder antakelser om pasientens preferanser.

Det er også grunn til å minne om at alder i seg selv er et dårlig kriterium for å vurdere prognosen ved hjerte-lunge redning (6). Naturligvis vil forekomsten av negative prognostiske faktorer øke med alderen. Men korrigert for slike, har alderen svært liten betydning for prognosen. Selv opp i høy alder er det derfor meningsfullt å yte hjerte-lunge-redning f.eks. ved livstruende arytmier i forløpet av et akutt hjerteinfarkt.

Demens anføres ofte som en grunn til ikke å starte hjerte-lunge-redning. En alvorlig, langtkommet demens er en dødelig og ikke kurerbar sykdom med kort livsprognose, og da vil hjerte-lunge-redning ofte ikke være riktig. Men demensdiagnosen stilles i våre dager ofte i et mye tidligere stadium av sykdommen enn hva som var vanlig for bare noen år siden. Mange pasienter får sin demensdiagnose i en tidlig sykdomsfase da de fremdeles har mange år foran seg med bare lett påvirket helse og funksjonsnivå. Selv om en pasient har fått journalført f.eks. diagnosen Alzheimers sykdom, må man være varsom med å slå bombastisk fast at vedkommende «er dement», og trekke forhastede slutninger om prognosen.

HLR minus er et godt virkemiddel for å sikre en fredelig død uten hensiktsløse behandlingstiltak – i de tilfellene der dette er et riktig valg. En grundig medisinsk vurdering av hvert enkelt tilfelle er den beste garanti mot at dette virkemidlet blir anvendt i utrengsmål.

Torgeir Bruun Wyller
t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller [f. 1960] er dr.med., professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og avdelingsoverlege ved Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Forhåndsvurdering ved unnlatelse av å gi hjerte-/lunge-redning og journalføring av disse. Rundskriv IK-1/2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2002. www.helsetilsynet.no/upload/regelverk/rundskriv/2002/rundskriv_ik_1_2002.pdf [24.9.2008].
2. Tranøy KE. Medisinsk etikk i vår tid. Bergen: Sigma Forlag, 1994.
3. Mjåset C, Gulbrandsen P, Rønning OM et al. Før og etter HLR minus-vedtak i en slagenhet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2819–22.
4. Wyller TB. Bruk av livskvalitetsbegrepet i medisinsk forskning – til gagn eller uagn? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4247–51.
5. Cotter PE, Simon M, Quinn C et al. Changing attitudes to cardiopulmonary resuscitation in older people: a 15 year follow up study. Abstrakt. J Nutr Health Aging 2008; 12: 575.
6. Naess AC, Steen PA. Long term survival and costs per life year gained after out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 2004; 60: 57–64.