

Leger bør kartlegge holdninger til gjenoppliving hos pasienter med langt fremskreden sykdom. Beslutningen bør være tatt før akutsituasjonen inntreffer.

## Leger med grenser

Skal alvorlig syke pasienter med forventet kort resterende levetid gjenopplives? Spørsmålet blir fra tid til annen heftig debattert, ikke bare blant helsepersonell (1, 2).

Det er ikke hjerte-lunge-redningen i seg selv som er kontroversiell. Alle norske sykehus har akutteam som er klar til uttrykking ved alvorlige hendelser på sykehuset, og utenfor sykehus har vi etablert en god ambulansetjeneste. Selve behandlingen er lite ressurskrevende: noen få medikamenter og elektriske støt koster ikke mye. Hvorfor da bry seg om at tjenesten også brukes på pasienter som det senere viser seg at ikke hadde nytte av den? Svaret ligger i det som hender etter en «vellykket» gjenoppliving, det vil si etter etablert spontan egenrytme. Generelt vil man raskt søke å utrede om det foreligger alvorlig hjertesykdom som årsak til hjertestansen. Pasientene fraktes til invasiv kardiologisk utredning med koronarangiografi, ofte fulgt av intervensjon som trombolyse eller koronar stenting. Så ender pasientene på en intensivavdeling, som regel på respirator, nedkjølt og med sirkulasjonstøtte. Dette er ressurskrevende! Når hjerte-lunge-redning først er innledet, er det vanskelig å la være å gå resten av behandlingssløyfen. Derfor må vi kunne stille kritiske spørsmål om nytten står i relasjon til ressursbruken, ikke minst hos pasienter i terminal fase. Og da mener jeg nytte ikke bare i form av overlevelse, men også nytte for pasienten i form av et godt liv, med livskvalitet, kognitiv funksjon m.m.

I denne utgaven av Tidsskriftet har Kjørstad & Haugen undersøkt utfall etter hjerte-lunge-redning (HLR) til kreftpasienter i en palliativ fase (3). Forfatterne konkluderer med at slik behandling er nytteløs og at nasjonal veileder for begrensning av livsforlengende behandling synes for restriktiv i sin omtale av hjerte-lunge-redning som nytteløs behandling.

Vi har dessverre ikke mange data om langtidsresultat etter avansert livsforlengende behandling hos alvorlig kronisk syke. I en studie fra 2011 ble alle pasienter med avansert kreftsykdom som var innlagt i en intensivavdeling, fulgt til de døde (4). Median levetid var ca. fem uker, men mest interessant var den store forskjellen i undergruppene. Pasienter innlagt etter hjerte-lunge-redning var alle døde etter seks uker. Pasienter som ble respiratorbehandlet hadde også et dårlig resultat med en median levetid på ca. én uke, og under 10 % var i live etter ti uker.

I Norge har det vært mest oppmerksomhet rundt nytteløs overbehandling ved akuttinnleggelse fra sykehjem. I en studie fant man at de aller fleste av sykehjempasienter som døde innen 48 timer etter innleggelse, hadde fått livsforlengende behandling (5). Forfatterne konkluderte med mangelfull kommunikasjon og dårlig palliativ kompetanse både på sykehjem og sykehus som medvirkende faktorer.

Pasienter med alvorlig sykdom bør delta i en samtale om hva helsepersonell skal foreta seg hvis hjertet stanser. Denne samtalen må finne sted før akutsituasjonen inntreffer og må gjennomføres av en lege som kjenner vedkommende, enten dette er fastlegen, sykehjemslegen eller sykehuslege. Pasienter under palliativ behandling er en heterogen gruppe med variabel livskvalitet, så det er viktig at det tas individuelle hensyn. Å innlede slike samtaler kan være vanskelig, og metodene som brukes kan ha stor betydning for resultatet. Et generelt, åpent spørsmål om pasienten ønsker at «alt blir gjort» ved akutt forverring, inkludert hjertestans, vil ofte besvares bekreftende. Det foreligger mange studier som viser at en mer nyansert tilnærming

betyr noe for hva pasientene velger. Nylig ble det publisert en tankevekkende studie hos pasienter med maligne gliomer i avansert fase (6). Alle fikk tradisjonell informasjon med muntlig beskrivelse av alternativer (inklusive livsforlengende behandling). En gruppe ble i tillegg randomisert til å se en video som både viste hjerte-lunge-redning, hospitalisering og symptomlindring (bruk av hospice). I gruppen som fikk vanlig informasjon ønsket 26 % livsforlengende behandling og kun 22 % symptomlindring. Tallene var henholdsvis 0 % og 91 % i videogruppen. Liknende resultat har også vært vist i andre undersøkelser (7).

Selv om vi ikke kjenner pasientenes holdninger ved en akutt stans, er vi som leger også pålagt å gjøre en selvstendig vurdering av tiltak som hjerte-lunge-redning. Selv om tilbudet finnes og er umiddelbart tilgjengelig, skal det ikke alltid brukes. I nasjonal veileder for begrensning av livsforlengende behandling står det at vi som behandler leger plikter å forsikre oss om at «livsforlengende behandling kan ha en positiv virkning, og at virkningen oppveier de plagene som pasienten får som en følge av behandlingen eller sykdommen.» Det står også at ingen kan pålegge oss å gi livsforlengende behandling som er «hensiktsløs eller som ikke er faglig forsvarlig» (8).

Alle som behandler pasienter med langt kommet alvorlig kronisk sykdom bør engasjere seg for å hindre nytteløs behandling. Stiftelsen Verdighetscenteret har introdusert kjeden som hindrer nytteløs behandling (9). Den starter med de som til daglig har det medisinske ansvaret. Kjeden omfatter imidlertid også «tilfeldige» leger som blir varslet ved akutte hendelser, og de som eventuelt mottar pasientene i sykehuset. Begrepet «Just don't stand there, do something!» bør fylles med annet innhold enn det vi som akuttmedisinere er vant med.

**Hans Flaatten**  
hans.flaatten@kir.uib.no

Hans Flaatten (f. 1951) er spesialist i anesthesiologi, seksjonsoverlege ved Intensivavdelingen, Haukeland universitetssykehus og professor ved Universitetet i Bergen.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

### Litteratur

1. Hetland G. Vil stoppe gjenoppliving av gamle. VG 26.1.2007
2. Haug C. Retten til en god død. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 851.
3. Kjørstad OJ, Haugen DF. Hjerte-lunge-redning til kreftpasienter i palliativ fase. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 417–21.
4. Fu S, Hong DS, Naing A et al. Outcome analyses after the first admission to an intensive care unit in patients with advanced cancer referred to a phase I clinical trials program. J Clin Oncol 2011; 29: 3547–52.
5. von Hofacker S, Naalsund P, Iversen GS et al. Akutte innleggelse fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1721–4.
6. El-Jawahri A, Podgurski LM, Eichler AF et al. Use of video to facilitate end-of-life discussions with patients with cancer: a randomized controlled trial. J Clin Oncol 2010; 28: 305–10.
7. Volandes AE, Levin TT, Slovin S et al. Augmenting advance care planning in poor prognosis cancer with a video decision aid: a preintervention-postintervention study. Cancer 2012; 118: 4331–8.
8. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-veileder-for-beslutningsprosesser-for-begrensning-av-livsforlengende-behandling-hos-alvorlig-syke-og-doende/Sider/default.aspx [17.1.2013].
9. Verdighetscenteret. Forberedende samtaler og planlegging av omsorg ved livets slutt. www.verdighetscenteret.no/uploads/files/file\_000131.pdf [17.1.2013].