

Etiske spørsmål ved resuscitering

Saving one individual makes it all worthwhile.
Saving many is an infinite privilege. *NRR*

AV KRISTIAN LEXOW, LEDER, NORSK RESUSCITASJONSRÅD.

DET HANDLER OM Å BEKJEMPE FOR TIDLIG DØD

Resuscitering handler om å bekjempe for tidlig (prematuro) død. Når et hjerte stopper å slå, kan dette være den naturlige slutten på livet. Men alt for ofte representerer plutselig hjertestans et elektrisk ulykkestilfelle i et hjerte og i en organisme som kan leve godt i ennå mange år hvis bare korrekt hjelp settes inn tidlig nok.

En beslutning om å starte eller ikke starte et resusciteringsforsøk må ofte tas i løpet av sekunder, og uten inngående kjennskap verken til pasienten eller bakgrunnen for sirkulasjonsstansen. Derfor er det viktig at vi som helsepersonell på forhånd har tenkt gjennom de viktigste etiske utfordringene slike situasjoner setter oss i. Her drøftes noen av disse utfordringene. Slike etiske problemstillinger har ikke alltid et fasitsvar. Derfor er det desto viktigere at helsepersonell har et høyt refleksjonsnivå og tilstrekkelig ydmykhet i forhold til disse ofte vanskelige spørsmålene som handler om verdighet, liv og død for våre pasienter.

Modern resuscitation has made a medical impact by saving individuals whose lives would otherwise have been cut short before their "time to come".
Is this worth the effort?¹

PASIENTAUTONOMI

I "Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende" fra Helsedirektoratet² er det tatt hensyn til at både opinionen og norsk lov tenderer å vektlegge pasientautonomi i større grad enn tidligere, forutsatt at pasienten er samtykkekompetent:

"En samtykkekompetent pasient har som hovedregel rett til å samtykke til, eller

nekte, faglig indisert livsforlengende behandling. Pasientens selvbestemmelse og medbestemmelse forutsetter god kommunikasjon. God informasjon og kommunikasjon med pasient/pårørende er viktig for å forebygge usikkerhet og uenighet.”

Norsk helselovgivning gir altså pasienter en utstrakt grad av autonomi og en hovedregel er at det er pasientene selv som bestemmer om de vil ha behandling eller ikke.

Det betyr at et uttalt ønske fra en ”samtykkekompetent” pasient om ikke å gjenopplives i de aller fleste tilfellene må respekteres.

Forskning viser at pasienter ikke sjelden endrer mening om en selvvalgt ”Do not Resuscitate” ordre. Dette bør mane til forsiktighet hos helsepersonell i forhold til å være for kategoriske om hva pasienten egentlig mener, spesielt hvis det er gått noe tid mellom det uttalte ønsket og den aktuelle situasjonen.

ER PASIENTENS BESLUTNING TATT PÅ RETT GRUNNLAG?

Legfolk kan ikke forventes å vite hva et resusciteringsforsøk innebærer av muligheter og risikoer for varig og alvorlig hypoksisk hjerneskade. Mange tror fortsatt at et primært vellykket resusciteringsforsøk oftest vil ende med langvarig lidelse og behov for pleie. Derfor er det viktig at helsepersonell gir pasienten og/eller de pårørende realistiske forestillinger om hva et eventuelt resusciteringsforsøk kan føre til, slik at resuscitering ikke holdes tilbake på grunn av for dårlig innsikt om prognosen. Ansvarlig lege bør også samrå seg med annet berørt pleiepersonell før en beslutning om å avstå fra gjenopplivingsforsøk blir tatt.

Når en pasient gir uttrykk for ønske om ikke å ville utsettes for et resusciteringsforsøk i tilfelle plutselig sirkulasjonsstans, må vi som helsepersonell forsikre oss om at pasienten ikke tar en slik beslutning på sviktende faktagrunnlag. Blant fagfolk, og i enda større grad blant legfolk, er det fortsatt mange som tror at det er stor fare for å overleve med varig og stor hjerneskade og dermed



Illustrasjonsfoto: © Laerdal

bli pleietrengende etter primært vellykket gjenoppliving. Som helsepersonell skal vi ikke legge skjul på at noen faktisk blir det, og at dette også kan sies å være "prisen vi må betale" for de som kommer tilbake til en verdig tilværelse hvor de klarer seg selv etterpå. Spesielt etter innføring av moderne post-resusciteringsbehandling med bl.a. terapeutisk hypotermi, er forekomsten av varig og alvorlig hjerneskade hos de som overlever resusciteringsforsøk redusert til nær det halve av slik det var før, fra 10-7 % til 5-7 %, kanskje ennå lavere.

De som ikke overlever sykehusoppholdet etter et primært vellykket gjenopplivingsforsøk, dør relativt raskt, vanligvis i løpet av få dager. Dvs. at "vegetative", alvorlig hjerneskadde pasienter etter primært vellykket gjenoppliving forekommer, men er relativt sjelden³. Men fordi det nettopp er overleverne med alvorlig hypoksisk hjerneskade som blir liggende på våre helseinstitusjoner, kan det lett oppstå myter om at tallet er stort og på den måten bidra til unødig skepsis mot å forsøke gjenoppliving.

I gjennomsnitt ligger en hjertestanspasient 3,4 dager i en intensivseng, og de aller fleste



Illustrasjonsfoto: © Laerdal

som blir utskrevet i live reiser rett hjem i etterkant. Ifølge en norsk studie var de totale kostnadene pr. levende pasient på 300.000 kroner. Gjennomsnittlig levde en pasient som hadde overlevd hjertestans og ble utskrevet med intakte nevrologiske funksjoner nesten like lenge som andre og koster helsevesenet ca 50.000 kroner pr. leveår, noe som ikke er mye dyrere enn sammenlignbare behandlinger².

LIVSTESTAMENT

Det er ikke uvanlig at pasienter har satt opp et "livstestament", et dokument som uttrykker pasientens egne ønsker mot slutten av livet. Et slikt ønske må være satt opp mens pasienten er "samtykkekompetent", dvs. mentalt i stand til å ta viktige avgjørelser om seg selv, sitt liv og sin død. Formuleringene i et livstestament bør også være så entydige som mulig. Det er bl.a. viktig at et ønske om å unngå uverdige, langvarig eller håpløs intensivbehandling i en slutt-tilstand av multiorgansvikt med en ikke-reversibel tilgrunnliggende sykdom ikke er det samme som at pasienten ikke ønsker resuscitering, herunder defibrillering i tilfelle plutselig og uventet ventrikkelflimmer av kardial årsak.

Både ved akutt og kronisk sykdom kan det finnes grunn og anledning til å ta opp spørsmålet med pasienten og/eller pårørende om HLR bør startes. Når dette er en aktuell problemstilling, bør pasienten om mulig gis anledning til å delta i en samtale om dette. Hvis pasienten ikke er samtykkekompetent, f.eks. på grunn av sterk sedering, bevisstløshet eller respiratorbehandling, bør samtaler om dette spørsmålet føres med de pårørende for å få innblikk i hva som kan være pasientens eget ønske. Helsepersonell kan likevel ikke uten videre alltid gå ut fra at pårørendes ønsker nødvendigvis er sammenfallende med pasientens antatte ("presumptive") ønske. Betydningen av taktfullhet og evne til å tilpasse samtalen til pasientens og de pårørendes reaksjoner kan ikke betones nok.

Helsepersonell som samtaler med pasienter om livstestament eller om hvor langt man skal gå i medisinske (intensiv-) behandling ved innleggelse på et sykehus eller på et sykehjem, og som deretter skal journalføre et slikt standpunkt, må forsikre seg både om at pasienten har forstått forskjellen på

medisinsk intensivbehandling og et kortvarig resusciteringsforsøk. Pasienten må dessuten også opplyses om og forstå at faren er relativt liten for at et primært vellykket resusciteringsforsøk etter plutselig hjertestans skal resultere i en langvarig og belastende pleiesituasjon. Hvis en samtykkekompetent pasient likevel fortsatt ikke ønsker å bli utsatt for et resusciteringsforsøk, må dette respekteres.

DOKUMENTASJON AV FORHÅNDS- AVGJØRELSE OM Å AVSTÅ FRA LIVSFORLENGENDE BEHANDLING

En avgjørelse om å avstå fra livsforlengende behandling eller å avstå fra et resusciteringsforsøk bør refereres med enhetlig og entydig terminologi, f. eks. "HLR minus". 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 pleiansvar.

Uttrykket "HLR-minus" betyr at pasienten ikke skal ha basal HLR, defibrillering eller akuttmedikamenter ved plutselig hjertestans, men sier ingenting om annen lindrende eller generell behandling som intravenøs væske eller antibiotika. En avgjørelse om også å avstå fra annen behandling enn HLR, skal anføres for seg. Slike beslutninger må lett kunne finnes i pasientjournalen, være datert og ha ansvarlig leges signatur. Ansvarlig lege bør hyppig eller evt. daglig ta stilling til beslutningens gyldighet, og datere og signere en eventuell beslutningsendring.

NÅR VI IKKE VET HVA PASIENTEN ØNSKER

Ved plutselig sirkulasjonsstans er det oftest ikke kjent for tilkalt helsepersonell om pasienten har gitt uttrykk for om de ønsker å bli utsatt for et gjenopplivingsforsøk. Ved sirkulasjonsstans er pasienten selvsagt heller ikke "samtykkekompetent". Det betyr at helsepersonell må handle ut fra andre kriterier, oftest antatt samtykke (presumert samtykke). Når vi starter et resusciteringsforsøk ut fra visjonen om å redde liv, tar vi utgangspunkt i at vi antar at pasienten mener livet er verd å leve og faktisk ønsker å bli utsatt for resusciteringsforsøket, men uten at vi kan vite dette sikkert på forhånd.



Illustrasjonsfoto: © Laerdal

Resuscitation implies a commitment on the side of life. To devote ones energies to the restoration of lives cut short before fulfillment, is to declare life as intrinsically valuable – that it is worth living.¹

Som helsepersonell er det ofte både fristende og nærliggende å trekke inn det svært usikre momentet om hvilken livskvalitet pasienten kan oppnå hvis han overlever. Men er det uten videre sikkert at vår vurdering av "livskvalitet" vil samsvare med pasientens egne vurderinger? Er det vi som helsepersonell eller pasienten selv som skal bedømme mulig livskvalitet etter et gjenopplivingsforsøk? Spørsmålet om helsepersonell skal bedømme dette i en akuttsituasjon bør i alle fall mane til

en viss ydmykhet, og vi som helsepersonell bør prinsipielt være svært varsomme med å opptre som "overdommere" over andre menneskers livskvalitet. Spørsmålet om hvordan man som helsepersonell 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.

RETEN TIL EN VERDIG DØD

Fortsatt opplever dessverre tilkalt resusciteringsteam på sykehus og ambulanspersonell i prehospital akuttsituasjoner ofte at tilstedeværende helsepersonell, enten det er på en sengepost eller et sykehjem, fortviler over at det ikke på forhånd er tatt stilling til og journalført om terminalt syke eller dypt demente pasienter skal resusciteres. Følgen er at personellet ofte føler seg presset til å starte et resusciteringsforsøk og å tilkalle hjelp. Uverdige situasjoner kan da lett oppstå, og døden blir et oppstyr med mange fremmede, istedenfor en verdig og fredelig avslutning på livet med pasientens nærmeste. Slike uverdige situasjoner kan unngås ved at ansvarlig lege, enten det er på et sykehus eller på et sykehjem, på en ansvarlig måte tar opp spørsmålet om livsforlengende behandling

med pasient eller pårørende når livet kanskje nærmer seg slutten.

NÅR BØR DU STARTE FORSØK PÅ RESUSCITERING?

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 akuttsituasjon oppstår. I slike tilfeller bør legen kjenne pasienten godt og vite at fortsatt avansert behandling vil påføre pasienten unødige lidelser og i verste fall kun forlenge dødsprosessen. Hvis det på dette grunnlaget foreligger klar, entydig og autoritativ dokumentasjon på at pasienten ikke skal resusciteres, må dette respekteres.

Ellers er det ofte svært vanskelig eller umulig for ambulanspersonell eller et resusciteringsteam som blir tilkalt i en akuttsituasjon, å raskt kunne avgjøre om en pasient vil ha store eller små sjanser til å overleve før resusciteringsforsøket starter. Generelt gjelder det at jo lenger hjertet har stått stille, desto mindre er sjansen til å redde pasienten, men opplysninger om dette er ofte ikke umiddelbart tilgjengelige.

Generelle retningslinjer er likevel ofte vanskelig å forholde seg til i konkrete situasjoner. Ofte kjenner teamet hverken pasientens tilstand før hjertet stoppet eller hvor lenge hjertet har stått stille. Derfor bør et tilkalt akutt- eller ambulanseteam som hovedregel starte et resusciteringsforsøk på vide indikasjoner, med mindre det er opplagt at pasienten faktisk er død.

Objektivt sett er det svært vanskelig, og mange vil også si det er etisk uforvarlig, å lage en eksakt oversikt over de medisinske tilstandene som gir grunn til ikke å forsøke resuscitering. En bør imidlertid alltid sterkt 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.

Høy alder alene og kronisk pleie- eller omsorgsbehov bør ikke frata ellers vitale mennesker muligheten til å bli vellykket resuscitert. Ved plutselig hjertestans utenfor sykehus er helsepersonell som kjenner pasienten godt, oftest ikke raskt nok tilgjengelig til å bistå med slike vurderinger. Derfor bør terskelen for å starte HLR/AHLR med defibrillering være lav. Hvis/ når det framkommer opplysninger om terminal sykdom, kan heller et påbegynt resusciteringsforsøk avsluttes.

Medicine represents an imposition of human values on a random universe, an assertion that compassion, reason and decency constitute a higher ethic than chance.¹

HVOR LENGE BØR DU FORTSETTE ET RESUSCITERINGSFORSØK?

- 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 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 eller som har fått stans pga strømsjokk, 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 forskning viser at mekanisk brystkompresjon kan være en "bro" mens pasienten transporteres til kausal behandling, f.eks. akutt PCI, eller til hjerte-lunge-maskin ved hypotermi.

De internasjonale guidelines fra 2005 sier at AHLR ikke bør avsluttes så lenge pasienten 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 hjertestansen.

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.

- så lenge det er etisk forvarlig 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 i slike tilfeller 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 stumpe traumer. Ved penetrerende skader kan rask kirurgisk intervensjon på skadested eller sykehus noen ganger bringe disse pasientene tilbake til livet. Vurdering av hvor lenge det er etisk forvarlig å fortsette et gjenopplivningsforsøk må gjøres i hvert enkelt tilfelle med utgangspunkt i gode kunnskaper om prognostiske faktorer, godt klinisk skjønn og med fokus på respekt for pasienten.

Mekanisk brystkompresjon vil kanskje i noen tilfeller gi god nok sirkulasjonen til at organonasjon 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. Men på grunn av mangelen på organer til transplantasjon, må vi være forberedt på at denne problemstillingen også kan komme opp til diskusjon i de nordiske landene.

BØR PÅRØRENDE VÆRE TILSTEDE VED RESUSCITERINGSFORSØK?

Dette er et følsomt og vanskelig tema der praksis har endret seg gjennom de senere årene. I det oppdaterte "Norsk grunnkurs i AHLR" omtales problematikken slik:

Utenfor sykehus

Utenfor sykehus vil pårørende ofte allerede være tilstede og kanskje også være i gang med HLR når helsepersonell kommer til. Med mindre det er til direkte hinder for effektiv AHLR, bør helsepersonell respektere at de pårørende ofte velger å bli på stedet eller i rommet. De kan ofte gi nyttig informasjon om pasienten og noen ganger også være til praktisk hjelp. Hvis de pårørende velger å trekke seg tilbake til et annet rom, bør dette også respekteres.

På sykehus

For få år siden var det vanlig å be de pårørende fjerne seg og forlate et rom der resusciteringsforsøk pågikk. Det er flere grunner til at denne praksis er i ferd med å endres, bl.a.:

- det menneskelige behovet for å være nær sin kjære når livet kanskje ebber ut

- det kan være lettere å bli overbevist om at alt som kunne gjøres, virkelig blir forsøkt
- det kan være lettere å forholde seg til det vonde som skjer, ubehagelige fantasier er ofte verre enn virkeligheten.

Studier har vist at flertallet av pårørende som har fått være til stede ved resusciteringsforsøk av sine nærmeste, mener at de ville valgt det samme igjen. Mye tyder også på at disse blir mindre plaget med angst, depresjoner og vonde minner og at det blir lettere å forholde seg til sorg og savn.

En viktig forutsetning er at teamet opptrer profesjonelt og fremtrer trygge og målrettet. Dessuten må en erfaren og trygg person i teamet ha all sin oppmerksomhet rettet mot de pårørende som er tilstede i rommet, deres behov for empati, emosjonell støtte og kontinuerlig informasjon. Men valget om å være tilstede må gjøres av de pårørende selv, ingen må tvinges. I et flerkulturelt samfunn

er det også viktig å være forberedt på og å respektere emosjonelle reaksjonsmønstre som kan være vanlige i andre kulturer.

Hvis resusciteringsforsøket ikke fører fram, må teamlederen sette av tilstrekkelig tid til å gi realistisk og sannferdig informasjon. Ofte vil det være naturlig å be de pårørende forlate rommet midlertidig mens utstyr fjernes og det forberedes en verdig syning. ■

Science, art and humanism. Medicine is a mix of those three. Resuscitation should be based on science and practiced with reason and compassion.¹

Referanser

1. Safar P, Bircher NG. Cardiopulmonary cerebral Resuscitation. Basic and advanced cardiac and trauma life support. An Introduction to Resuscitation Medicine prepared for the World Federation of Societies of Anaesthesiologists. Third edition. WB Saunders Company Ltd in association with Laerdal Medical 1988. ISBN 0-7216-2156-2
2. Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnig av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende" (IS-1691) utgitt av Helsedirektoratet fra 2009
3. Anne-Cathrine Braarud Næss. Dagens Medisin 01/06, 13-01-2006.