

Sahlgrenska  
Universitets  
sjukhuset  
– medicinsk  
etiska riktlinjer  
för hjärt-lung  
räddning  
(HLR)

# Medicinsk etik

Länge var det den medicinska kunskapen som satte gränsen för behandling – man gjorde allt man kunde.

I takt med den medicinska kunskapsutvecklingen har insikten om att den rent medicinska frågeställningen – *vad kan vi göra* – också behöver kompletteras med en etisk frågeställning – *vad bör vi göra av allt det som vi kan göra* – vuxit sig starkare. Det medicinska beslutsfattandet byggt på medicinska fakta och etiska överväganden ställs på sin yttersta spets inför tillstånd hos patienter, där det bokstavligt talat är frågan om liv eller död.

## Hjärt-lungräddning/HLR

Hjärt-lungräddning är en allmänt etablerad och potentiellt livräddande

behandlingsmetod vid hjärtstopp. Utfallet av ett hjärtstopp som behandlas beror bland annat på patientens underliggande sjukdom/ar, orsaken till hjärtstoppet (kammarrflimmer, kammartackycardi, asystoli eller pulslös elektrisk aktivitet) samt tiden det tar från hjärtstoppet till påbörjandet av HLR.

Det är av särskild vikt att tiden till första defibrillering minimeras då möjligheten till överlevnad försämraras med cirka 10 procent för varje minuts fördröjning. Överlevnadssiffrorna, definierat som andel av patienter utskrivna från sjukhuset, brukar i stora material ligga kring 15 procent. Genom en mångårig satsning på utbildning i HLR har Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) visat att dessa siffror kan förbättras påtagligt.

## Läkarens svåra ställningstagande

Även om det finns mycket kunskap om de prognostiska faktorer som är

av betydelse för överlevnadsresultaten vid HLR, kan det vara svårt att på förhand avgöra om åtgärden är till gagn för den enskilda patienten. Det gäller framför allt när patienten har en hög biologisk ålder, kort förväntad överlevnad och/eller är drabbad av en svår kronisk sjukdom som påtagligt försämrar livskvaliteten.

För att fatta ett adekvat beslut i frågan om HLR ska utföras eller ej måste den prognostiska bedömningen av överlevnadschanser vägas mot återupplivningsförsökets negativa effekter och kompletteras med etiska överväganden. Priset för en ”framgångsrik återupplivning” och ett fortsatt liv kan bli en oacceptabelt låg livskvalitet till följd av hjärnskada eller funktionsförsämring i andra organ. Patienten fråntas också rätten till en värdig eller åtminstone fridfull död om ett återupplivningsförsök är omotiverat. Överlever patienten initialt riskerar hon/han dessutom få avsluta sitt liv på en intensivvårdsenhet efter att ha erhållit en tids ”meningslös” och kostsam vård.

## Patientens autonomi

I *Hälso- och sjukvårdslagen* finns krav på att ”. . . Vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten . . .” I den av *Svenska läkarförbundet* utgivna foldern angående patientens rättigheter står skrivet ”. . . Du har rätt till information så att du själv kan fatta beslut och vara medveten om följderna av beslutet. Om du vill kan du avstå från information . . .”.

Trots lagtext och råd om att respektera patienten självbestämmande (autonomi) fattas i regel förhandsbeslut om HLR av läkaren utan att patientens inställning till åtgärden efterfrågats. Det finns därmed en risk att HLR kan komma att utföras mot patientens vilja. Studier har visat att en majoritet av patienterna välkomnar möjligheten att få delta i samtal inför beslut som rör HLR. Läkarnas rädsla för att åsamka patienterna onödigt psykologiskt lidande genom att ta upp frågan har visat sig vara överdriven.

## Bakgrunden till riktlinjerna för Hjärt-lungräddning (HLR)

Riktlinjer för hur och när ett förhandsbeslut om att avstå från HLR bör fattas samt för hur detta beslut bör dokumenteras har saknats och efterfrågats. Behovet av sådana riktlinjer aktualiserades ytterligare i och med att en ny rutin för hjärtstoppbehandling på SU infördes, vilken innebär att vårdpersonal självständigt ska kunna utföra defibrillering med hjälp av halvautomatiska defibrillatorer på vårdavdelningarna. Det ansågs angeläget att inte bara förbättra möjligheterna att överleva ett hjärtstopp på SU utan också att försöka minimera antalet omotiverade återupplivningsförsök. I samråd med Etiskt Forum utarbetades ett preliminärt förslag till riktlinjer, som sedan sändes ut på remiss till samtliga verksamhetsområden. Efter diverse justeringar har riktlinjerna för HLR i sin helhet accepterats av sjukhusledningen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Vi är väl medvetna om att det är svårt att applicera allmänna riktlinjer på enskilda patientfall. Vår förhoppning är dock att detta dokument kan bli ett incitament till en ökad etisk reflektion över och dialog kring HLR och samtidigt vara ett stöd när beslut ska fattas i frågan; HLR eller ej?

*Anders Ågård, specialistläkare  
Vice ordförande Etiskt Forum*

*Daniel Brattgård, sjukhuspräst  
Ordförande Etiskt Forum*

*Lars Ekström, överläkare kardiologi*

*Eva Haglind, chefläkare SU*

# Grundläggande ideologi – HLR

Utgångspunkten för hjärt-lungräddning är att

- patienter som drabbas av hjärtstopp skall ges optimal hjärt-lungräddning (HLR)

Med optimal hjärt-lungräddning avses att behandlingen av hjärtstopp utförs enligt de rekommendationer som Svenska Cardiologföreningen utarbetat i samarbete med Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård.

Välutbildad vårdpersonal, välfungerande larmorganisation och snabb tillgång till adekvat utrustning är förutsättningar för optimal HLR. Målsättningen är att tiden till första defibrillering ska understiga tre minuter.

Det finns dock skäl att fatta ett *förhandsbeslut om att avstå från HLR*

- när patienten inte önskar behandling med HLR och/eller
- när läkaren inte bedömer HLR som medicinskt motiverat

Med ”förhandsbeslut att avstå från HLR” avses att man på förhand bestämmer att i händelse av hjärtstopp varken utföra basal eller avancerad HLR. Frågor som rör patientens övriga vård och omsorg innefattas inte.

# Medicinska riktlinjer för HLR

Patienten ska ges möjlighet att delta i diskussion inför ett beslut som rör HLR i händelse av hjärtstopp

Läkare bör ta upp frågan om patientens inställning till HLR då patienten är äldre och/eller lider av svår sjukdom, vilken negativt påverkar livskvaliteten och/eller medför kort förväntad överlevnad. Diskussioner med patienten i denna fråga kräver tid och bör ske i lugn miljö med ett språk som är rakt och enkelt. Den patient som så önskar, ska erhålla information om HLR-

proceduren, överlevnadschanser och de negativa effekter som kan uppstå. Patienten bör även informeras om alternativet att begränsa HLR till defibrillering vid ventrikulär arytmi.

Vikten av taktfullhet och förmåga att anpassa diskussionen till patientens reaktioner betonas. Det ska kontrolleras att patienten förstått informationen och innebörden av sitt eventuella beslut. På patientens begäran kan beslutet, om HLR ska utföras eller inte, överlåtas åt ansvarig läkare.

Den beslutskompetenta patientens inställning till HLR i händelse av hjärtstopp ska respekteras

Med beslutskompetens avses här att patienten förstår vad HLR innebär, kan väga dess risker och fördelar samt fatta ett beslut baserat på dessa överväganden. Det finns skäl att ta upp frågan om HLR vid mer än ett tillfälle för att säkerställa att patienten

tens inställning är förankrad och oförändrad.

I de fall då patienten *ej* önskar HLR, ska läkaren utesluta att denna önskan är ett uttryck för depression, krisreaktion eller annat behandlingsbart tillstånd.

När patienten inte är i stånd att framföra sin inställning till HLR, ska det undersökas om hon/han tidigare givit uttryck för en önskan i denna fråga. Om så inte är fallet, bör anhörigas uppfattning efterhöras och vägas in i beslutsfattandet.

Vårdpersonal har ingen skyldighet att tillmötesgå en patients eller anhörigs önskan om att HLR ska utföras när åtgärden bedömts som medicinskt omotiverad.

Patientansvarig läkare kan/bör i vissa fall fatta ett förhandsbeslut om att avstå från HLR utan att patientens inställning efterfrågas

Läkaren ska ha tillräcklig yrkeserfarenhet (legitimation) och kompetens samt god kunskap om patientens aktuella hälsotillstånd för att kunna stå som huvudansvarig för beslutet. Beslutet tas lämpligen efter samråd med kollegor och inblandad vårdpersonal.

Det anses *medicinskt motiverat att avstå från HLR* när

- döden bedöms nära förestående
- läkaren med stor sannolikhet kan förutsäga att HLR inte kommer att lyckas
- patienten är i ett persisterande vegetativt tillstånd och/eller är drabbad av irreversibel, svår hjärnskada

Det är *ej* möjligt att lista olika medicinska tillstånd, som motiverar ett förhandsbeslut om att avstå från HLR. Patienter med metastaserande

cancer, svåra slaganfall, terminal organsvikt och svår demens bör dock i mycket stor utsträckning bli föremål för ett sådant beslut.

Patientens egen värdering av livskvalitetsaspekter ska efterhöras när dessa är av betydelse för beslutet.

Ett förhandsbeslut om att avstå från HLR ska dokumenteras

Det ska i patientjournalen finnas uppgifter om datum och skäl för beslutet samt om vem/vilka som deltagit i beslutsfattandet. Det bör även framgå om patienten/anhöriga är informerade om beslutet. Beslut om att avstå från HLR införs även på annan särskilt angiven plats och formuleras "*Ej HLR*", efterföljt av datum och ansvarig läkares signatur.

Ansvarig läkare ska dagligen ta ställning till om patienten ska genomgå HLR vid hjärtstopp. Tidigare beslut ska omprövas om medicinska förhållanden eller patientens inställning ändras. I

de fall där det inte finns ett dokumenterat beslut om att man ska avstå från HLR, förutsätts patienten samtycka till att HLR utförs och att ansvarig läkare har bedömt åtgärden som indicerad.

HLR kan i vissa fall begränsas till defibrillering vid ventrikulär arytmi (VT/VF)

En förutsättning för denna begränsning eller gradering av HLR är att patientens hjärtrytm kontinuerligt övervakas. Defibrillering vid ventrikulär arytmi erbjuder patienten en rimlig chans till överlevnad och bevarad livskvalitet efter framgångsrik åtgärd.

Att däremot avstå från HLR vid asystoli eller pulslös elektrisk aktivitet kan vara försvarbart av prognostiska skäl samtidigt som de negativa effekterna av en mer utdragen HLR-procedur undviks.

Dokumentation sker på samma sätt som ovan och formuleras "*Def. vid VT/VF, ej HLR vid asystoli/PEA*".

Egna anteckningar



Produktion Informationsavdelningen Sahlgrenska Universitetssjukhuset