
Unødvendig hjertedød - en utfordring!

REDAKSJONELT

LEXOW K

Hvert år rammes minst 12000 mennesker i Norge av hjerteinfarkt, statistikken er usikker. Kanskje så mange som 45% dør i forbindelse med infarkt, to av tre dødsfall skjer prehospitalt og faren for hjertestans er størst blant de yngste (1). Man har antatt at minst 5000 pasienter dør før de får hjelp (2).

I Sverige har man opprettet et nasjonalt register for prehospital hjertestans med utgangspunkt i den internasjonalt anerkjente "Utstein-modellen". I perioden 1990-98 overlevde bare 6,8% ved hjertestans av kardial årsak (3). Selv om undersøkelser i Oslo, Østfold og Trondheim viser at 11-13% overlever hvis hjerte-lunge-redning startes (K. Sunde, P.G.Weydahl, E. Skogvoll, personlige meddelelser) og en liten undersøkelse fra Stavanger antyder en overlevelse på 31% (egne upubliserte data), er det liten grunn til å tro at Norge ellers har bedre resultater enn Sverige. Et norsk register for prehospital hjertestans vil kunne gi grunnlag for en nasjonal plan for bedret overlevelse.

Ved hjerteinfarkt er faren for ventrikkelflimmer størst de første timene etter symptomdebut. For å redusere dødeligheten må publikum raskt kontakte helsevesenet. På side 2 i telefonkatalogen tilrår Statens helsetilsyn, Legeforeningen og Norsk Resuscitasjonsråd publikum å ringe 113 "ved sterke smerter midt i brystet i mer enn 5 minutter". Nyere forskning tyder på at ensidig fokusering på brystmerter kan føre til at mange ikke kontakter helsevesenet tidlig nok. I en undersøkelse kom 41% av pasientene til sykehus først etter seks timer (4). Leger har et stort ansvar for å formidle betydningen av rask kontakt med helsevesenet ved mistenkelige symptomer, samtidig som vi må unngå å spre unødig engstelse.

Over 90% av alle med plutselig hjertestans har ventrikkelflimmer i starten, og myokardskaden behøver ikke være stor. Langtidsoverlevelsen etter vellykket resuscitering er nesten like god som for pasienter som bare har hatt hjerteinfarkt (5). Majoriteten av dem som overlever får ingen eller bare små cerebrale funksjonsforstyrrelser, 10-15% får alvorlig hjerneskade og faren for årelang bevisstløshet er mindre enn 5% (2).

Sjansen til å overleve ved hjertestans faller med 10% hvert minutt hvis ingenting gjøres (6). Hjerter-lunge-redning mer enn dobler sjansen til å overleve (3, 7) og "kjøper tid" til defibrillatoren ankommer. Den viktigste enkeltfaktor for overlevelse er tidlig defibrillering.

Det er enighet om at alle bør beherske basal hjerter-lunge-redning, men rådende lovgivning definerer defibrillering som medisinsk behandling og dermed forbeholdt utført av helsepersonell. Ny teknologi med selvforklarende, sikre og billigere defibrillatorer synes å fremskynde en utvikling som åpner for bruk av slike apparater utenfor helsevesenet. Vil vi om ti år se på defibrillering som en naturlig del av vanlig førstehjelp? American Heart Association har allerede lagt opplæring i defibrillering inn i sine førstehjelpskurs. Norsk Resuscitasjonsråd er i ferd med å utarbeide ettilsvarende førstehjelpskurs med defibrillering for ikke-helsepersonell. I en revidert utgave av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp vil man i tillegg til telefonveiledet hjerter-lunge-redning også tilby telefonveiledet defibrillering.

Vi kan forvente økende kunnskaper og ferdigheter i hjerter-lunge-redning og økt utbredelse av defibrillatorer både blant våre samarbeidspartnere i helsevesenet og ellers i samfunnet. Leger må derfor beherske dette bedre enn i dag (8). I NOU 1998: 9 "Hvis det haster..." foreslås det at samarbeidet mellom ambulansetjenesten og kommunehelsetjenesten formaliseres gjennom etablering av lokale akuttmedisinske team. Legeforeningen har tatt konsekvensen av behovet for styrking av norske legers kompetanse og utarbeidet et legekurs i avansert hjerter-lunge-redning. Primærlegene må ikke bli det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden.

Med etablerte retningslinjer for prehospital basal og avansert hjerter-lunge-redning, er det naturlig å etterlyse retningslinjer for den påfølgende intensivbehandlingen ved våre sykehus (9). Vi vet lite om hvorvidt disse pasientene får en optimal oppfølging etter innleggelsen. Fremtidige undersøkelser vil kunne avsløre om det er store forskjeller i behandlingsrutiner og overlevelse fra sted til sted slik preliminnære data kan tyde på. Der er mange utfordringer og muligheter til å oppnå kanskje dramatisk mye bedre resultater ved hjertestans. Norske leger bør i alle fall beherske de anbefalte retningslinjene for hjerter-lunge-redning som presenteres i dette nummer av Tidsskriftet (10, 11).

Kristian Lexow

LITTERATUR

1. Norris RM. Fatality outside hospital from acute coronary events in three British health districts, 1994-5. *BMJ* 1998; 316: 1065-70.
2. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster..., Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.
3. Föreningen Ledningsansvariga inom svensk ambulanssjukvård, Svenska cardiologiföreningens arbetsgrupp för hjärt-lungräddning. Nationellt register för hjärtstopp utanför sjukhus. Årsrapport 1998. Göteborg: HLR-exp., Sahlgrenska sjukhuset, 1998.
4. Reikvam Å. Pasientkarakteristika og mortalitet ved akutt hjerteinfarkt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 1668-70.

5. Hjärtattack - akut eller hotande hjärtinfarkt. Konsensusutlåtande. Läkartidningen 1995; 92: 2329-35.
 6. Larsen M, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom A. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med 1993; 22: 1652-8.
 7. Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE, Billi PE, Seidel J et al. Advanced Life Support Committee and Emergency Cardiac Care Committee of the American Heart Association: improving survival from sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept. Circulation 1991; 83: 1832-47.
 8. Bjørshol CA. Ferdigheter i basal hjerte-lunge-redning. En undersøkelse blant helse- og redningspersonell utenfor sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 508-11.
 9. Wik L. "Brannslukking" ved hjerte-lunge-redning. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 1852-3.
 10. Hapnes SA, Steen PA for Europeisk Resuscitasjonsråd. Retningslinjer for basal hjerte-lunge-redning av voksne pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 119: 814-7.
 11. Steen PA, Hapnes SA for Europeisk Resuscitasjonsråd. Retningslinjer for avansert hjerte-lunge-redning av voksne pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 818-21.
-

Publisert: 28. februar 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.