



# Hjerte-lunge-redning - skal, skal ikke?

REDAKSJONELT

AABAKKEN L

ENGER E

## Et spørsmål om jus, etikk og kvalitetssikring

Den medisinske og tekniske utvikling bringer leger oftere enn før i konflikt mellom det vi *kan* gjøre og det vi *bør* gjøre. Ofte er det lettere å bestemme seg for å handle enn ikke å gjøre det. Et godt eksempel er iverksetting av hjerte-lunge-redning når respirasjons- og sirkulasjonssvikt oppstår hos kritisk syke pasienter i sykehus. Defibrillering, brystkompresjon og respiratorbehandling kan stabilisere pasientens situasjon for en kortere eller lengre periode. Men ofte vil effekten være forbigående og medføre forlengelse av dødsprosessen, noe som virker meningsløst for pasient, pårørende og personell.

Til veiledning i slike vanskelige situasjoner har man mange steder innført “redning minus” (R÷)-bestemmelsen. Før man treffer en avgjørelse er det viktig med grundig forhåndsvurdering, og man må ha dokumentasjonsrutiner. Forskjellige sider ved temaet drøftes av Søvik & Næss i dette nummer av Tidsskriftet (1). Forfatterne har kartlagt forekomst og utforming av skriftlige retningslinjer for R÷-ordre ved seks somatiske sykehus i Oslo. Hovedkonklusjonen bekrefter tidligere norske undersøkelser (2-4). R÷-bestemmelsen brukes av mange, men den brukes ikke overalt, og nedtegnede retningslinjer mangler ofte.

### JUS OG ETIKK

Et sentralt problem som Søvik & Næss omtaler, er hvorvidt pasienten selv, og eventuelt de pårørende, skal trekkes inn i beslutningen. Legelovens §25 angir bl.a.: “Han (legen) skal gi hver pasient de opplysninger han bør ha om sin helsetilstand og behandling. Så vidt mulig skal legen la pasienten selv medvirke ved behandlingen.” Legelovens §26 behandler forholdet til pårørende. Her heter det bl.a.: “I den utstrekning forholdene tillater det skal en lege gi pasientens pårørende opplysning om hans tilstand og sykdom og om behandlingen.” I Ethiske regler for leger I. Alminnelige bestemmelser, §5 heter det bl.a.: “Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett.”

Både juridiske lover og etiske bestemmelser understreker altså at man i utgangspunktet må respektere pasientens selvbestemmelsesrett. Det må selvsagt også gjelde på det aktuelle område, noe Søvik & Næss fremhever. Men alminnelig erfaring tilsier at man ved beslutningen om R÷ ofte ikke informerer godt nok eller tar pasienten med i prosessen i tilstrekkelig grad. Så er da beslutningen også spesielt vanskelig og ømfintlig. Det dreier seg jo om pasienter hvor kritisk sykdom og medikamentpåvirkning ofte har influert på

beslutningsevnen. I en situasjon som alt er sterkt belastende for pasient og pårørende kan det være fristende å finne unnskyldninger for ikke å oppfylle informasjonskravet. Dette reflekteres også i at R÷ ikke alltid journalføres eller at det eventuelt nedtegnes som kryptiske symboler. Vi deler fullt ut Søvik & Næss' anbefalinger om åpenhet, samtidig som unntak må aksepteres. Det er ofte naturlig å informere de pårørende og høre deres syn. Men de pårørende må aldri få innflytelse på selve beslutningen.

Vi mener R÷-bestemmelsen alltid skal dokumenteres i journal, med angivelse av hva den innebærer og hvem som er ansvarlig for beslutningen. En differensiert beskrivelse av hva som skal og ikke skal iverksettes er langt bedre enn en ikke nærmere beskrevet R÷ i kurven. Det er viktig at pasient, pårørende og personell ikke feilaktig tror at bestemmelsen også omfatter annen ordinær medisinsk behandling.

#### KVALITETSSIKRING

Ni av 14 avdelinger i Søvik & Næss' undersøkelse hadde ingen skriftlige retningslinjer for håndtering av R÷-begrepet, og for noens vedkommende var dette en bevisst unnlattelse. Problemene som knytter seg til bestemmelsens innhold og konsekvenser reduserer selvsagt ikke behovet for skriftlige retningslinjer. Man kan snarere si tvert imot. I forskriften Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten fremsettes krav om etablering av internkontrollsystemer og dokumentasjon som ledd i kvalitetssikring (5). Systemene forutsettes etablert overalt i norsk helsevesen innen år 2000.

Etter vår mening er utarbeiding av skriftlige retningslinjer for anvendelse av R÷-begrepet et godt eksempel på en slik formalisert kvalitetssikring. Det vil bidra til trygghet for pasient, pårørende og personell. Skriftlige retningslinjer for R÷-begrepet ved det enkelte sykehus vil være et verktøy for enhetlig oppfatning og praksis. Søvik & Næss mener at beslutningen om R÷ bør tas etter tverrfaglig diskusjon. Det er vi enig i. Men samtidig er det viktig å dokumentere hvem som er ansvarlig for den endelige beslutning. Etter vår mening bør det være den høyeste medisinsk-faglige ansvarlige, dvs. seksjons- eller avdelingsoverlege. Også dette er et ledd i kvalitetssikringsprosessen.

*Lars Aabakken*

---

#### LITTERATUR:

1. Søvik O, Næss A-C. Forekomst og utforming av skriftlige retningslinjer for R÷-ordre. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117: 4206-9.
2. Kornstad S, Enger E. Indikasjon for resuscitering. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 74-7.
3. Aabakken L, Sandstad O, Enger E. Bruk av R÷-begrepet ved en medisinsk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112:1693-5.
4. Sandstad O, Aabakken L, Enger E. Bestemmelse om å avstå fra hjerte-lunge-redning ved norske sykehus. Tidsskr NorLægeforen 1992; 112: 1690-2.
5. Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Forskrift IK-2482. Oslo: Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, 1995.

---

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no