

Vedtak om å unnlate eventuell hjerte-lunge-redning i en norsk kirurgisk avdeling

Sammendrag

Bakgrunn. Det er tidligere påpekt at det mangler klare retningslinjer for når man ikke skal sette i gang hjerte-lunge-redning (HLR minus) i norske sykehus. Statens helsetilsyn gav i 2001 ut et rundskriv med strenge krav til en prosedyre for HLR minus.

Materiale og metode. Journalen til pasienter utskrevet fra en kirurgisk avdeling i tiden 1.3.–31.5. 2001 med komplisert eller langtkommet kreft og/eller postoperativ liggetid på minimum ti dager ble gjennomlest for all informasjon om HLR minus og/eller hjertestans.

Resultater. 13 av 69 pasienter hadde notat om HLR minus i sin journal. For åtte av de 13 manglet journalnotat eller det var ukorrekt signert. Tre av de andre fem pasientene var selv med på diskusjonen, i to tilfeller var de pårørende med. Hjerte-lunge-redning ble ikke startet hos noen av de 14 pasientene som fikk hjertestans. De seks av disse som ikke hadde et vedtak om HLR minus, hadde alle langtkommet, inoperabel kreft eller alvorlig kronisk hjerte-lunge-svikt. Det var ikke tegn til at vedtaket affiserte annen behandling eller pleie.

Fortolkning. Avdelingen hadde en klar prosedyre for HLR minus, men den ble fulgt i mindre enn halvparten av tilfellene.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Interessekonflikter: Ingen

> Se også side 3179

Petter Andreas Steen

p.a.steen@ioks.uio.no
Kirurgisk divisjon
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Joakim Dye

Universitetet i Oslo

Odd Mjåland*

Kirurgisk divisjon
Ullevål universitetssykehus

* Nåværende adresse:
Sykehuset i Vestfold
3116 Tønsberg

I 1994 hadde bare fem av 14 undersøkte avdelinger i Oslo skriftlige prosedyrer for vedtak om unnlattelse av hjerte-lunge-redning ved hjertestans (HLR minus) (1). I 2000 kom det internasjonale retningslinjer for slike prosedyrer (2), og Storbritannia innførte meget strenge regler (3), blant annet på bakgrunn av en 67-årig kreftpasient som fant en HLR minus-ordre i sine papirer, selv om sønnen to ganger hadde hindret at HLR minus ble skrevet i journalen mot pasientens uttrykte vilje.

I februar 2001 utgav Statens helsetilsyn et rundskriv om problemstillingen (4) som fikk mye medieoppmerksomhet. Vi har studert praksis i en avdeling med skriftlige retningslinjer for HLR minus (e-ramme 1) i en periode ikke lenge etter denne utsendelsen. Retningslinjene var etablert tidligere og var dermed ikke helt i samsvar med Helsetilsynets rundskriv.

Materiale og metode

Pasienter utskrevet fra en kirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus i perioden 1.3.–31.5. 2001, med komplisert og/eller langtkommet kreftsykdom og/eller postoperativ liggetid på mer enn ti dager ble inkludert. Fra pasientjournalene ble følgende registrert: diagnoser, liggetid, hjertestans eller dødsfall i avdelingen, forsøk på hjerte-lunge-redning, om pasienten hadde «åpen retur» til avdelingen, sosialt nettverk/besøk, diskusjon om HLR minus og i tilfelle hvem som deltok i diskusjonen, vedtak, revurderinger, begrunnelse, dokumentasjon og signatur. Det ble også registrert om det knyttet til vedtaket om HLR minus var andre tiltak enn hjerte-lunge-redning man lot være å igangsette.

Resultater

71 pasienter tilfredsstilte inklusjonskriteriene. For 69 av disse var hele pasientjournalen tilgjengelig og ble inkludert i analysen.

HLR minus

13 av 69 pasienter fikk bestemmelsen HLR minus under oppholdet. Det var stor variasjon i dokumentasjonen (tab 1). Hos fem av 13 pasienter var avdelingens skriftlige retningslinjer fulgt. Hos sju pasienter manglet et notat med begrunnelse for vedtaket. Hos to pasienter var vedtaket ikke påført kurven. Ett av disse var kun notert i sykepleierappen uten signatur, begrunnelse eller notat om hvem som hadde vært med på diskusjonen. Ytterligere ett vedtak var usignert, og ett var kun signert av assistentlege uten journalnotat.

Hjertestans

14 av 69 pasienter fikk hjertestans. Det ble ikke igangsatt hjerte-lunge-redning hos noen av dem, selv om bare åtte hadde dokumentert vedtak om HLR minus. Fem av 13 med HLR minus ble således utskrevet i live. Hos seks pasienter uten HLR minus-vedtak ble hjerte-lunge-redning ikke startet. En pasient med kronisk respirasjonssvikt og liggetid på to måneder fikk hjertestans på et tidspunkt hvor eneste mulige behandling, maksimal inotropi, hadde vært forsøkt i lang tid. De fem andre pasientene hadde alle langtkommet kreft. For en var det enighet mellom behandler-team og pårørende om ikke å igangsette ytterligere behandling. Hos tre pasienter med inoperabel kreft ble sykdommen oppfattet å være i terminal fase. En pasient med demens viste ikke tegn til postoperativ progresjon og ønsket å være i fred i sengen.

Andre behandlingstiltak hos HLR minus-pasienter

Det var ikke tegn til at andre behandlingstiltak ikke ble igangsatt fordi HLR minus var vedtatt. En pasient nektet selv enhver videre behandling. Hos en pasient ble en pneumoni

! Hovedbudskap

- For åtte av 13 pasienter med vedtak om HLR minus manglet journalnotat/signatur
- Seks pasienter som ikke hadde vedtak om HLR minus fikk hjertestans. Det ble likevel ikke startet hjerte-lunge-redning hos noen av disse
- Fem pasienter med HLR minus ble utskrevet i live

Tabell 1 Dokumentasjon av HLR minus-vedtak i pasientenes papirer

Pasient	Dokumentasjon	Signert på	Signert av	Revurdering	Begrunnelse	Med på diskusjonen
1	Journalnotat, kurve, pasientopplysningsark	Kurve	Overlege	Nei	Nei	Ikke oppgitt
2	Journalnotat, kurve, pasientopplysningsark	Kurve	Overlege	Nei	Journalnotat	Pasient
3	Journalnotat, kurve, pasientopplysningsark	Kurve	Overlege	Ja	Journalnotat	Pasient
4	Journalnotat, kurve, pasientopplysningsark	Kurve	Overlege	Nei	Journalnotat	Pasient og pårørende
5	Journalnotat, kurve, pasientopplysningsark	Kurve	Overlege	Ja	Journalnotat	Vurdert terminal av overlege
6	Journalnotat, kurve, pasientopplysningsark	Kurve	Ass.lege	Nei	Nei	Ikke oppgitt
7	Journalnotat, observasjonsskjema	Observasjons-skjema	Overlege	Ja	Journalnotat	Leger fra tre avdelinger
8	Kurve	Kurve	Overlege	Nei	Nei	Ikke oppgitt
9	Kurve	Kurve	Overlege	Nei	Nei	Ikke oppgitt
10	Journalnotat, kurve	Kurve	Overlege	Nei	Journalnotat	Pårørende
11	Kurve, sykepleierrapport	Kurve	Overlege	Nei	Nei	Ikke oppgitt
12	Kurve, sykepleierrapport, pasientopplysningsark	Ikke signert	–	Nei	Nei	Ikke oppgitt
13	Sykepleierrapport	Ikke signert	–	Nei	Nei	Ikke oppgitt

ikke behandlet etter samråd med pasient og familie. Hos en pasient med HLR minus og vedtak om ikke å iverksette respiratorbehandling, førte respirasjonsstans til maskebag-ventilasjon som raskt ble avsluttet.

Diskusjon

Bestemmelser om eventuelt å avstå fra hjerte-lunge-redning må foretas i løpet av sekunder. Tilkalt personell mangler ofte bakgrunnskunnskaper om pasienten, og forhåndsvedtak er derfor et viktig hjelpemiddel. Rundskrivet fra Statens helsetilsyn (4) kan tolkes slik at helsepersonell har plikt til å starte hjerte-lunge-redning hvis slik forhåndsbestemmelse ikke finnes. Samtidig skal helsepersonell alltid bedømme den konkrete situasjon de er i. Hvis de finner at hjerte-lunge-redning med de tilgjengelige ressurser er nytteløst, kan de avstå (4). Dessverre er det få sikre kriterier for dette utover dødsstivhet, dødsflekker eller sjokk hvor de vitale funksjoner gradvis forverres til tross for maksimal behandling (2).

I denne undersøkelsen ble det ikke foretatt hjerte-lunge-redning hos seks pasienter uten HLR minus-ordre. I en britisk undersøkelse var det bare 11,5 % av 1 023 pasienter som døde i sykehus i løpet av ett år som manglet HLR minus-vedtak (5). Dette betyr ikke nødvendigvis at personalet ved vår avdeling hyppig unnlater å utføre indisert behandling. I de aktuelle tilfellene finner vi det rimelig at hjerte-lunge-redning ikke ble startet. Hos én pasient ville hjerte-lunge-redning sannsynligvis vært nytteløst (vedkommende hadde kronisk respirasjonssvikt og langvarig maksimal inotrop behandling). Hos én pasient med demens og langt kommet kreft har vi ikke nok opplysninger om pårørende-kontakt til å vurdere eventuelt HLR minus-vedtak. De fire andre med langt kommet kreft var i terminal fase, og hos disse burde man kunne ha gjort vedtak om HLR minus.

Det kan være flere grunner til at dette ikke ble gjort. Undersøkelsen ble foretatt kort tid etter offentliggjøringen av rundskrivet fra Statens helsetilsyn (4). Der fremgår det at en

pasient kan nekte å ta imot behandling hvis det bare er en forlengelse av en pågående dødsprosess. Hvis pasienten ikke kan uttrykke et behandlingsønske, kan HLR minus bare vedtas hvis pasienten er døende, pårørende uttrykker tilsvarende ønsker og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at pasienten ikke ønsker å motta livsforlengende behandling og at pasientens og pårørendes ønske åpenbart bør respekteres (4). Vurderingene skal nedtegnes i et journalnotat (4).

Å diskutere HLR minus med pasienter kan synes vanskelig, og selv i USA, hvor det oppmuntres til det, var det gjort hos bare 40 % av 9 000 alvorlig syke pasienter (6). Kravet om at pasienten skal være døende, begrenser pasientens autonomi mer enn de internasjonale (2), de britiske (3) og de amerikanske (2) retningslinjene for HLR minus. Vi tror uttrykket svært kort forventet levetid brukt i den undersøkte avdelings retningslinjer (e-ramme 1) er bedre. Det er i den forbindelse interessant at fem pasienter med HLR minus ble utskrevet i live, og således neppe kunne karakteriseres som døende. Formuleringen døende kan tolkes svært restriktivt og medføre at HLR minus sjelden vil bli benyttet, og at hjerte-lunge-redning startes i situasjoner hvor pasienten burde få lov til å dø i fred. Undersøkelser har vist at eldre, kronisk syke pasienter er positive til en slik diskusjon og har klare meninger, uten tegn til senfølger 18 måneder etter diskusjonen (7). Det er positivt at der hvor det var dokumentasjon i vår studie, var pasienten selv med i diskusjonen i halvparten av tilfellene og pårørende i en tredel.

Pasienter frykter ofte smerter og å bli oppgitt mer enn de frykter døden, og legen må presisere at HLR minus ikke påvirker resten av behandlingen og omsorgen (2). Det var i denne studien ikke tegn til at vedtaket om HLR minus hadde en slik negativ «smitteeffekt». Hos tre av pasientene er det notater om ny vurdering av HLR minus-vedtaket. Dette er viktig fordi et menneske kan for-

andre sin vurdering av livskvalitet og ønske om å leve ganske raskt under en sykdoms-prosess. Dette ser ut til å skje hyppigst hos pasienter som initialt velger HLR minus (6). Avdelingens egne retningslinjer ble i stor grad ikke fulgt. Det manglet journalnotat hos over halvparten, og flere av HLR minus-ordrene var ukorrekt signert. Dette finner vi betenkelig.

e-ramme 1 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

- Søvik O, Næss AC. Forekomst og utforming av skriftlige retningslinjer for R+-ordre. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 4206–9.
- International guidelines 2000 for CPR and ECC. Part 2: Ethical aspects of CPR and ECC. Resuscitation 2000; 46: 17–27.
- Resuscitation policy. HSC 2000/028. London: Department of Health, 2000.
- Forhåndsvurdering ved unnløstelse av å gi hjerte-/lunge-redning. IK1–2002. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001.
- Hodgetts TJ, Kenward G, Vlackonikolis I, Payne S, Castle N, Crouch R et al. Incidence, location and reasons for avoidable in-hospital cardiac arrest in a district general hospital. Resuscitation 2002; 54: 115–23.
- A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). JAMA 1995; 274: 1591–8.
- Kellogg FR, Crain M, Corwin J, Brickner PW. Life-sustaining interventions in frail elderly persons. Talking about choices. Arch Intern Med 1992; 152: 2317–20.