

Att avstå hjärt-lungräddning – svartvitt beslut i en gråzon

RISKPROFILER OCH PREDIKTIONSMODELLER SAKNAS

För några veckor sedan släppte Svenska hjärt-lungräddningsregistret sin årsrapport [1], som visar att överlevnaden efter hjärtstopp i Sverige har ökat markant de senaste 10 åren. I dagsläget överlever 11 procent av de patienter som drabbas av ett prehospitalt hjärtstopp och 35 procent av dem som drabbas av ett hospitalt hjärtstopp.

Siffran 35 procent är bland de högsta i Europa [2], men tål att problematiseras. Årligen drabbas cirka 2500 patienter av hjärtstopp inom svenska sjukhusväggar. Det sker bevisat av vårdpersonal, som omedelbart larmar, startar hjärt-lungräddning (HLR) och kopplar upp hjärtstartaren, i 85 procent av fallen inom 3 minuter [1]. Det är helt fantastiska siffror, men trots det överlever bara en av tre. Detta är extra anmärkningsvärt givet det faktum att endast en av tio som dör på sjukhus genomgår HLR [3, 4], det vill säga majoriteten av dem som dör på sjukhus har ett medicinsk-etiskt beslut om att inte starta HLR, ett så kallat »Ej HLR«-beslut.

Vi har bågge haft uppdrag som HLR-ansvarig läkare för Karolinska universitetssjukhuset och länge brottats med dessa perspektiv. För några år sedan hade Karolinska universitetssjukhuset ungefär 150 hjärtstopp per år men 6 000 etiska beslut om livsuppehållande behandling, och ma-



Therese Djärv, professor, överläkare, akutsjukvård och internmedicin, Karolinska universitetssjukhuset; Karolinska institutet, Stockholm
● Therese.djarv@ki.se



Eva Piscator, postdoktor, överläkare, akutsjukvård och internmedicin, Capio St Görans sjukhus; Karolinska institutet, Stockholm

ajoriteten av dem inkluderade ett beslut om »Ej HLR«. Vår tolkning av ovanstående är att gruppen som genomgår HLR på sjukhus är kraftigt selekterad, och trots att återupplivningsförsöken startar omedelbart med utbildad personal i en kvalificerad miljö överlever ändå endast en av tre.

Samråd saknas ofta

»Ej HLR«-beslut fattas utifrån en medicinsk värdering av risker och nytta med behandlingen i samstämmighet med patientens vilja och värderingar. Svensk lagstiftning medför krav på dokumentation i journalen

om »Ej HLR«-beslut avseende samråd med patienten och, när det inte är möjligt, med anhöriga samt med en legitimerad kollega. Detta sker i dag i en klar minoritet av besluten [5, 6]. Ett »Ej HLR«-beslut kan fattas på tre grunder: patienten vill inte ha behandling med HLR, behandling med HLR ter sig utsiktslös då ett hjärtstopp är en del i en förväntad och naturlig död eller HLR är ej till gagn. Aveende skälet »ej till gagn« så innebär det att nyttan av behandlingen medför överlevnad, men komplikationerna eller konsekvenserna av behandlingen passar inte med hela patientens livssituation [7, 8]. Ett »Ej HLR«-beslut baserat på att patienten inte vill ha HLR är ovanligt, men patienter accepterar eller instämmer ofta i ett medicinskt beslut om att avstå HLR [5].

Anledningen till att samråd med patienten saknas är delvis att patienten vid tidpunkten för beslutet ofta befinner sig i ett konfusoriskt, medvetandepåverkat eller akut stressande tillstånd som gör att samråd blir ogenomförbart [5, 9]. Dessvärre har kliniker svårt att korrekt gissa patienternas preferenser rörande HLR [10]. Det är således angeläget av flera anledningar att efterhöra patientens inställning när det är möjligt.

Svårt att skatta chans till överlevnad

Vad gäller den medicinska värderingen har det visat sig svårt för läkare att skatta utfall av ett hjärtstoppsscenario: giss-

ningarna kan sprida sig mellan 1 och 95 procents chans att överleva för samma patient [11-13]. Variabilitet i medicinsk-etiska beslut hos intensivvårdsläkare är delvis kopplad till läkarens personlighet, värderingar och egenskaper [14]. Ett annat alternativ är att skatta utfallet med prediktionsmodeller; dock har en nylig systematisk översiktsartikel konstaterat att det i dagsläget inte finns något predik-

»Utmaningen ... är att vi på förhand omöjligen kan veta om ett hjärtstopp kommer att ske, vilken typ av hjärtstopp som i så fall sker och hur dess utfall blir.«

tionsverktyg som håller för klinisk praxis [15]. Problemen med de existerande prediktionsverktygen är delvis att de inte är externvaliderade, men framför allt har de inte tillräckligt hög specificitet, det vill säga förmåga att fånga gruppen som har liten chans (ofta definitionsmässigt 1 procent [7]) till överlevnad. Svenska data avslöjar att det finns både förvånande goda och förvånande dåliga utfall; exempelvis har 90-åringar 41 procents överlevnad vid defibrillerbart hjärtstopp [16] medan en patient som får hjärtstopp efter aspiration på en vårdavdelning har mindre än 8 procent 30-dagarsöverlevnad [17]. I dagsläget finns heller inga etablerade riskprofiler för att drabbas av hjärtstopp. Utmaningen vi kliniker står inför är att vi omöjligen på förhand kan veta om ett hjärtstopp kommer att ske, vilken typ av hjärtstopp som i så fall sker och hur dess utfall blir.

Till vilket liv räddar vi patienten?

Frageställningen när diskussion om ett »Ej HLR«-beslut kommer upp i kliniken är ofta »Till vilket liv räddar vi patienten?«. Enligt Svenska hjärt-lungräddningsre-

HUVUDBUDSKAP

- Det saknas riskprofiler för att skatta vem som kan drabbas av hjärtstopp samt prediktionsmodeller för vilka som överlever.
- Patienter som får ett »Ej HLR«-beslut är sällan i skick att samråda vid tidpunkten för beslutet, varför fler samrådstillfällen bör sökas.
- »Ej HLR«-beslut ska fattas i samråd med en legitimerad kollega, helst en erfaren läkare, och på jourtid endast om det är nödvändigt.

Foto: Mostphotos



Slutligen anger svensk lagstiftning att man ska samråda med en legitimerad kollega i denna dimmiga kliniska gråzon. Låt oss göra detta i 100 procent av besluten framöver, skriver Therese Djärv och Eva Piscator.

gistrets årsrapport skrivs 90 procent hem med »god« neurologisk funktion [1]. I linje med internationella riktlinjer [18] skattas god neurologisk funktion som CPC (cerebral performance category) 1-2, medan 3-5 klassas som dålig. I årsrapporten har Karolinska universitetssjukhuset bland de högsta siffrorna avseende överlevnad, men bland de lägsta när det gäller god neurologisk funktion. När man lägger samman den höga överlevnaden med det dåliga neurologiska utfallet är det lätt att fundera över om vi försöker rädda för många eller för aggressivt på bekostnad av patienternas neurologiska funktion.

Neurologisk funktion som utfallsmått

Nyligen har konceptet »skörhet«, eller »frailty« [19] på engelska, visats vara starkt kopplat till överlevnad efter hjärtstopp [20, 21]. Om en patient klassas som skör kan överlevnaden vara så låg som 1,8 procent [22], det vill säga väldigt nära den gräns på 1 procent som föreslagits som rimlig att acceptera som utsiktslös [7]. Vi studerade nyligen sambandet mellan skörhet och utfall efter hospitalt hjärtstopp på Karolinska universitetssjukhuset. Vi fann att 28 procent av överlevarna var sköra, men av de sköra som överlevde till 30 dagar levde 20 procent till 3 år efter hjärtstopp, trots en medianålder på 79 år. Bland de sköra hade endast 58 procent god neurologisk funktion vid utskrivning från sjukhuset, jämfört med 86 procent hos icke sköra. Vid jämförelse av den neurologiska funktionen vid ankomst till sjukhuset och vid utskrivning fann vi dock att 87 procent hade oförändrad funktion. Detta fynd utmanar dagens etablerade utfallsmått, neurologisk funktion vid utskrivning, för studier av hospitala hjärtstopp. Den kliniska frågan om vi räddat patienterna till ett värdigt liv kvarstår dock. Inte ens det faktum att vi såg att sköra hade lite sämre självskattad livskvalitet samt rapporterade

mer symtom på depression än icke sköra [23] besvarar frågan. Det är i slutändan endast patienten som kan värdera sin livskvalitet och till vilket pris livet kan vara värt att försöka rädda.

Om man bortser från de patienter som inte vill ha HLR och de patienter där döden är nära förestående är det svårt att på gruppnivå argumentera emot att patienter på sjukhus om möjligt ska räddas till det liv de hade vid inskrivning, om de skulle drabbas av ett hjärtstopp under sjukhusvistelsen. Detta utmanar ställningstagandet

»Det enkla svaret ... är att vi oftare bör prata med patienten ..., inte enbart när det svartvita beslutet är nära förestående.

det till »Ej HLR« för gruppen som får det av skälet att »HLR ej är till gagn«.

Det enkla svaret på problemen beskrivna i föregående stycken är att vi oftare bör prata med patienten om hur hen ser på sitt liv när så är möjligt, inte enbart när det svartvita beslutet är nära förestående. En lärorik patienthistoria är följande: ett halvår efter sitt hospitala hjärtstopp blev patienten genom Svenska hjärt-lungräddningsregistrets försorg uppringd om sina livskvalitetsenkäter. Han rapporterade hyfsad livskvalitet, inga tecken på vare sig ångest eller depression, men på frågan om det finns något annat han vill framföra svarade han: »Allt är bra som det är, men jag var sjuk innan jag åkte till sjukhuset och jag blir inte friskare. Jag minns

inget av hjärtstoppet så det verkar vara ett bra sätt att dö på. Kan ni skriva in i min journal att låta bli HLR nästa gång, för nu väntar jag bara på döden - även om livet i sig är bra, så är jag klar.« Alla fall är inte så enkla som detta, men här är det lätt att veta att ett »Ej HLR«-beslut är rätt.

Det är nästan aldrig bråttom

I denna kliniska gråzon utan risk- eller prediktionsmodeller är vi kliniker i dag utlämnade till ett kvalificerat gissande, men det gör inte att vi ska eller kan undvika att fatta dessa medicinska beslut. En modern HLR-utbildning för läkare bör innefatta dessa kunskaper om prognostiska faktorer för chans till överlevnad, diskussion kring komplexiteten i besluten samt regelverket kring etiska beslut för att underlätta den kliniska vardagen. Blir man som jour tillfrågad om att fatta ett »Ej HLR«-beslut skulle vi dock i dagsläget föreslå att man funderar över om det verkligen måste fattas i denna stund, eller om det med fördel kan förläggas till morgondagens rond. Det är sällan eller nästan aldrig bråttom [24] att fatta dessa beslut. Om en akut situation ändå skulle uppstå är rådet att göra det man kan där och då. Denna inställning medför möjligen att några fler patienter tas till Iva, men med fördelen att några som kanske skulle ha diskvalificerats från att återgå till sitt vanliga liv faktiskt kan göra det. För övriga kan ett välgrundat beslut om att avbryta den livsuppehållande (Iva-)vården fattas i ett lugnare läge och i samråd med flera kliniska specialiteter, något svenska Iva-läkare framhållit som ett förbättringsområde [25].

Slutligen anger svensk lagstiftning att man ska samråda med en legitimerad kollega i denna dimmiga kliniska gråzon. Låt oss göra detta i 100 procent av besluten framöver. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Therese Djärv är ordförande i Svenska rådet för hjärt-lungräddning.

Citera som: Läkartidningen. 2023;120:22142

REFERENSER

1. Svenska hjärt-lungräddningsregistret. Årsrapport 2021. <https://registercentrum.blob.core.windows.net/shlr/t/SHLR-rsrapport-med-data-fr-n-2021-B1x-0FocFGs.pdf>
2. Gräsner JT, Herlitz J, Tjelmeland IBM, et al. European Resuscitation Council guidelines 2021: epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*. 2021;161:61-79.
3. Aune S, Herlitz J, Bång A. Characteristics of patients who die in hospital with no attempt at resuscitation. *Resuscitation*. 2005;65(3):291-9.
4. Bertilsson E, Semark B, Schildmeijer K, et al. Usage of do-not-attempt-to-resuscitate orders in a Swedish community hospital - patient involvement, documentation and compliance. *BMC Med Ethics*. 2020;21(1):67.
5. Piscator E, Djärv T, Rakovic K, et al. Low adherence to legislation regarding do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation orders in a Swedish university hospital. *Resusc Plus*. 2021;6:100128.
6. Padoan S, Olofsson A, Dybkowska K, et al. Brister i beslut om att begränsa livsuppehållande behandling. *Läkartidningen*. 2020;117:FTSE.
7. Mentzelopoulos SD, Couper K, Van de Voorde P, et al. European Resuscitation Council guidelines 2021: ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*. 2021;161:408-32.
8. Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR). 2 uppl, version 2. Stockholm: Svenska läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, HLR-rådet; 2021.
9. Åkerman A, Borna C, Bleckert J, et al. Riktlinjer följdes dåligt vid beslut att avstå livsuppehållande behandling. *Läkartidningen*. 2021;118:20175.
10. Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, et al. Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. The Study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(S1):S187-93.
11. Ebell MH, Bergus GR, Warbasse L, et al. The inability of physicians to predict the outcome of in-hospital resuscitation. *J Gen Intern Med*. 1996;11(1):16-22.
12. Kidd AC, Honney K, Bowker LK, et al. Doctors are inconsistent in estimating survival after CPR and are not using such predictions consistently in determining DNACPR decisions. *Geriatrics (Basel)*. 2019;4(2):33.
13. Jones K, Garg M, Bali D, et al. The knowledge and perceptions of medical personnel relating to outcome after cardiac arrest. *Resuscitation*. 2006;69(2):235-9.
14. Nordenskjöld Syrous A, Malmgren J, Odenstedt Hergès H, et al. Reasons for physician-related variability in end-of-life decision-making in intensive care. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2021;65(8):1102-8.
15. Lauridsen KG, Djärv T, Breckwoldt J, et al. Education, Implementation and Team Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). Pre-arrest prediction of survival following in-hospital cardiac arrest: a systematic review of diagnostic test accuracy studies. *Resuscitation*. 2022;179:141-51.
16. Hirlekar G, Karlsson T, Aune S, et al. Survival and neurological outcome in the elderly after in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2017;118:101-6.
17. Albert M, Herlitz J, Rawshani A, et al. Cardiac arrest after pulmonary aspiration in hospitalised patients: a national observational study. *BMJ Open*. 2020;10(3):e032264.
18. Haywood K, Whitehead L, Nadkarni VM, et al; COSCA Collaborators. COSCA (core outcome set for cardiac arrest) in adults: an advisory statement from the International Liaison Committee on Resuscitation. *Resuscitation*. 2018;127:147-63.
19. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
20. Smith RJ, Reid DA, Santamaria JD. Frailty is associated with reduced prospect of discharge home after in-hospital cardiac arrest. *Int Med J*. 2019;49(8):978-85.
21. Mowbray FI, Manlongat D, Correia RH, et al. Prognostic association of frailty with post-arrest outcomes following cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*. 2021;167:242-50.
22. Wharton C, King E, MacDuff A. Frailty is associated with adverse outcome from in-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2019;143:208-11.
23. Jonsson H, Piscator E, Israelsson J, et al. Is frailty associated with long-term survival, neurological function and patient-reported outcomes after in-hospital cardiac arrest? - A Swedish cohort study. *Resuscitation*. 2022;179:233-42.
24. Piscator E, Göransson K, Forsberg S. Do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation (DNACPR) decisions in patients admitted through the emergency department in a Swedish University Hospital - an observational study of outcome, patient characteristics and changes in DNACPR decisions. *Resusc Plus*. 2022;9:100209.
25. Nordenskjöld Syrous A, Ågård A, Kock Redfors M, et al. Swedish intensivists' experiences and attitudes regarding end-of-life decisions. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2020;64(5):656-62.

SUMMARY

Let »Do-Not-Attempt-Cardiopulmonary Resuscitation« decisions be well grounded

Ethical decisions such as "Do-Not-Attempt - Cardiopulmonary Resuscitation" (DNACPR) are much more common than actual resuscitation attempts of an in-hospital cardiac arrest (IHCA). Currently, no risk profiles for who will suffer an IHCA exit, neither has any published prediction model for survival after IHCA been accurate enough for clinical implementation. Swedish law implies that we should consult patients and/or relatives and a licensed colleague when making these decisions, which currently is fulfilled in a minority of the patients. Frailty has emerged as a strong predictor of outcome after IHCA. However, a recent study performed by the authors has shown preserved neurological function in 87% of frail patients suffering IHCA. This challenges the concept of identifying what lies in the best interest of the patient. Let DNACPR decisions be well-grounded with thorough assessment of prognosis, balanced against the patients' values and in consultation with another licenced caregiver.