

18. august 2022

Til Sundhedsministeriet

Høringsvar vedrørende lovforslag om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop.

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) er noget overrasket over at vi ikke er selvstændig høringspart vedr. lovforslag om fravalg af genoplivningsforsøg ved hjertestop. Stillingtagen til genoplivning ved hjertestop har overordentlig stor relevans for akutmedicinerne i akutmodtagelserne i det daglige kliniske arbejde, hvorfor vi svarer som medlem af LVS. Vi anmoder om fremover af blive direkte høringspart indenfor anliggender på akutområdet.

DASEM anerkender behovet for og retten til - som beskrevet i den politiske aftale "Det gode ældreliv" - at habile aldersvækkede borgere skal have mulighed for at fravælge genoplivning ved hjertestop. Alt for mange genoplivningsforsøg igangsættes på et etisk tvivlsomt grundlag, der desværre ofte fører til uopsættelig skade for patienten. Men hjertestop kan finde sted i flere forskellige sammenhænge, og kan ved tilstedeværelse af kompetent sundhedspersonale indimellem korrigeres ganske hurtigt, uden at patienten nødvendigvis får mén eller forringet livskvalitet heraf.

En del relevante kommentarer fra de inviterede interessenters perspektiv er allerede omtalt i DEFACTUMS foranalyse juni 2021. DASEM har yderligere følgende kommentarer til lovforslaget:

Gælder fravalg af genoplivning alle situationer med klinisk hjertestop?

Udfordringen med hjertestop, er at man i situationen ikke kan have en samtale med patienten om eventuelle bedste behandlingstilbud. Normalt ved hjertestop situationer, vurderes mange faktorer, såsom tid med hjertestop, tidspunkt for opstart af hjerte-lunge redning, tid til eventuelle første stød med hjertestarter, patientens tidligere sygdomshistorik, funktionsniveau og meget andet. Fravalget af genoplivning uden disse vurderinger, kan betyde at aldersvækkede, men dog raske patienter, ikke bliver behandlet for en fuldt reversibel tilstand, med store chancer for et godt outcome uden mén.

Eksempler på klinisk hjertestop der kan håndteres med simple indgreb med god prognose kan være:

- Overtryk i lungehulen ved sammenklappet lunge hos traumepatienten. Her er årsagen genoprettelig ved et simpelt indgreb (aflastning af overtrykket) og prognosen god hvis behandlet rettidigt.
- Rask 60-årig med lungebetændelse, der får intravenøs penicillinbehandling og udvikler allergisk shock. Tilstanden vil dog kunne genoprettes uden følgevirkning med hurtig indgift af adrenalin.
- Den nedkølede patient, hvor grænsen mellem hjertestop og svagt kredsløb med bevidstløshed kan være svær at bedømme klinisk, men hvor prognosen er god ved genopvarmning.
- En patient under overvågning af sundhedspersonale får pludselig hjerteflimmer i nærheden af en hjertestarter, der ved et enkelt stød kan genoprette hjertets funktion indenfor få minutter, uden eftervirkninger og uden tab af livskvalitet

Hvor går grænsen for fravalg af genoplivning ved hjertestop, hvor sigtet er at forhindre uetiske genoplivningsforsøg der i værste fald efterlader patienten i en tilstand af forringet livskvalitet, og til hjertestop, der ved hurtig indgriben kan behandles uden eftervirkninger og god prognose?

Lægger lovforslaget op til at der fravælges alle typer af hjertestop? Og hvis der er undtagelser - hvordan skelner sundhedspersonalet? Kan man differentiere sit genoplivningsønske i den centrale database?

Er borgerens fravalg af genoplivning ud fra et tilstrækkeligt oplyst grundlag, og fravælger borgeren aktivt tilstande med hjertestop, hvor genoplivning kræver simple indgreb og har god prognose uden forringelse af livskvalitet?

DASEM anerkender at det i en given situation med hjertestop kan være endog meget svært at differentiere, hvornår genoplivning hos den alderssvækkede bidrager til det gode ældre liv, og hvornår det ikke gør. Men for DASEM er det afgørende at den alderssvækkede borger der fravælger genoplivning ved hjertestop, gør det ud fra et oplyst grundlag.

Som DASEM læser lovforslaget, skal borgeren selv have mulighed for at tilgå valg eller fravalg, uden yderligere lægefaglig rådgivning om konsekvenserne. Noget som ellers er helt essentielt i behandlingsforløb, og vurdering af eventuelle risici, i alle andre henseender.

Psykiatrien:

Det er en meget væsentlig mangel, at man ikke med lovforslaget har forholdt sig til, hvordan midlertidig inhabilitet (pga. sindssygdom eller ligestillede tilstande) håndteres. Herunder hvordan det sikres, at borgeren er habil i forbindelse med tilkendegivelse og registrering af ønske om fravalg af genoplivningsforsøg. Som eksempel kan overvejes en situation hvor en patient med bipolar lidelse i enten en manisk eller depressiv fase lader registrere et ønske om fravalg – kan man sige, at patienten er fuldt habil på dette tidspunkt? Og hvem undersøger/sikrer habilitet på tidspunktet for registrering?

I et sådant tilfælde vil den foreslåede betænkingsperiode, 7 dages fristen, ikke nødvendigvis gøre en forskel.

Integrering mellem det centrale register og Sundheds IT

Et vigtigt forhold der ikke synes nærmere belyst er hvorledes man sikrer integration mellem det centrale register og sundheds IT, således at patientens seneste registrering er fuldstændig tidstro opdateret i alle systemer (inkl. tilbagekald af fravalg). Og hvad gør man som sundhedspersonale i situationer med IT-nedbrud?

Konklusivt har DASEM sympati med lovforslagets intentioner om at give den alderssvækkede borger ret til selvbestemmelse hvad angår fravalg af genoplivning ved hjertestop. Men vi finder også at der er et gråzone område der ikke nødvendigvis er indeholdt i borgerens aktive fravalg. Hvordan sikrer man at borgerens fravalg sker på et oplyst grundlag, og skal man kunne give et differentieret fravalg? Kan vi i sundhedsvæsenet sikre at borgerens ønske efterkommes, hvis hjertestoppet ikke konstateres af sundhedsprofessionelle? Hvordan informeres eksempelvis de mange hjerteløbere, der i stigende grad er første kontakt til hjertestop udenfor sygehusene og uden nærvær af det præhospitale beredskab? Der er mange spørgsmål der melder sig ved et aktivt fravalg af behandlingen af en tids sensitiv tilstand, uden sort/hvide årsager og outcome.

Med venlig hilsen

Henrik Ømark, MD, MPM
Formand for Dansk Selskab for Akutmedicin
Speciallæge i akutmedicin & thoraxkirurgi
Ledende overlæge i klinisk akutmedicin
FAM, Odense Universitetshospital
omark@dadlnet.dk
+45 29880610