

---

## 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 eriverksetting av hjerte-lunge-redning når respirasjons- og sirkulasjonssvikt oppstår hos kritisk syke pasienter isykehus. Defibrillering, brystkompresjon og respiratorbehandling kan stabilisere pasientens situasjon for en kortereeller lengre periode. Men ofte vil effekten være forbigående og medføre forlengelse av dødsprosessen, noe som virkermeningssløst for pasient, pårørende og personell.

Til veiledning i slike vanskelige situasjoner har man mange steder innført "redning minus" (R÷)-bestemmelsen. Førman treffer en avgjørelse er det viktig med grundig forhåndsvurdering, og man må ha dokumentasjonsrutiner. Forskjelligesider ved temaet drøftes av Søvnik & Næss i dette nummer av Tidsskriftet (1). Forfatterne har kartlagt forekomst ogutforming av skriftlige retningslinjer for R÷-ordre ved seks somatiske sykehus i Oslo. Hovedkonklusjonen bekreftertidligere norske undersøkelser (2-4). R÷-bestemmelsen brukes av mange, men den brukes ikke overalt, og nedtegnederetningslinjer mangler ofte.

JUS OG ETIKK

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

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 alminneligerfaring tilsier at man ved beslutningen om R÷ ofte ikke informerer godt nok eller tar pasienten med i prosessen itilstrekkelig grad. Så er da beslutningen også spesielt vanskelig og ømfintlig. Det dreier seg jo om pasienter hvorkritisk sykdom og medikamentpåvirkning ofte har influert på beslutningsevnen. I en situasjon som alt er sterktbelastende for pasient og pårørende kan det være fristende å finne unnskyldninger for ikke å oppfylleinformasjonskravet. Dette reflekteres også i at R÷ ikke alltid journalføres eller at det eventuelt nedtegnes somkryptiske 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 selvebeslutningen.

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

#### KVALITETSSIKRING

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

Etter vår mening er utarbeiding av skriftlige retningslinjer for anvendelse av R÷-begrepet et godt eksempel på enslik formalisert kvalitetssikring. Det vil bidra til trygghet for pasient, pårørende og personell. Skriftligeretningslinjer 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 ådokumentere hvem som er ansvarlig for den endelige beslutning. Etter vår mening bør det være den høyestemedisinsk-faglige ansvarlige, dvs. seksjons- eller avdelingsoverlege. Også dette er et ledd ikvalitetssikringsprosessen.

*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 Nor Lægeforen 1992; 112: 1690-2.
5. Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Forskrift IK-2482. Oslo: Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, 1995.

---

Publisert: 30. november 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.