

YTTRANDE

Johan Brännmark, ordförande Etiska rådet

Johan Öberg, sekreterare Etiska rådet

etiskaradet@skane.se

Yttrande: Mobillarm till volontärer vid hjärtstopp

Etiska rådet har ombetts inkomma med synpunkter kring frågan om Region Skåne bör införa ett system med mobillarm till hjärtlungräddningsutbildade volontärer vid hjärtstopp utanför sjukhus. Ett sådant system skulle bygga på att volontärer via GPS kan bli identifierade av larmcentralen utifrån om de är i närheten av en nödställd, få relevanta uppgifter via sin mobiltelefon och sedan välja att ta sig an uppgiften, antingen med hjälp av medhavd eller upplockad defibrillator. Rådet har i sin diskussion av frågan utgått från en litteraturöversikt framtagen av HTA Syd (2022-07-01).

För möjligheterna till överlevnad vid hjärtstopp är responstiden central. Samhället som helhet har under flera år arbetat med att förbättra möjligheterna till att snabbare kunna ge HLR utanför sjukhus, framför allt genom utplacering av defibrillatorer och att ge HLR-utbildning till möjliga livräddare. Att införa ett system med mobillarm till volontärer skulle vara ytterligare ett steg i linje med denna utveckling och har också redan genomförts i ett antal regioner (i dagsläget: Blekinge, Halland, Kronoberg, Jönköping, Kalmar, Sörmland, Västmanland, Västra Götaland, Östergötland, Stockholm och Norrbotten). Samtidigt ser rådet åtminstone tre typer av skäl som etiskt komplicerar situationen när det kommer till huruvida detta ytterligare steg bör tas.

Till att börja med, även om det redan idag är möjligt att HLR med defibrillator ges av frivilliga innan ambulanspersonal är på plats skulle ett system med mobillarm innebära att en grupp av volontärer skulle befinna sig ett tydligt steg närmare den roll som normalt skulle innehas av en medicinskt utbildad arbetstagare. Volontären kommer kontinuerligt att behöva befinna sig i något som liknar ett tillstånd av beredskap och skulle också komma att, när behov uppstår, agera på uppdrag från larmcentralen snarare än spontant genom att bara råka befinna sig i en situation där någon fått hjärtstopp. Dessutom torde ett system med mobillarm för volontärer i mycket större utsträckning öppna för insatser inte bara i offentliga miljöer utan även i hemmiljöer. Detta innebär

kanske inte några betydande risker, men är inte nödvändigtvis heller riskfritt. Hälso- och sjukvårdspersonal (som ambulans- och hemvårdspersonal) utsätts ibland för hot och hinder under utryckning, och volontären skulle förmodligen behöva göra den initiala insatsen helt ensam (till skillnad från vad som är fallet vid ambulansutryckning). Här väcks alltså en fråga om hur regionens ansvar för volontären skulle se ut. Rådet har inte möjlighet att reda ut de juridiska dimensionerna av frågan, men det är något som behöver klarläggas. Givet att ett antal regioner redan infört system med mobillarm bör dock den kunskapen redan finnas, även med avseende på svensk lagstiftning. Det finns emellertid även etiska dimensioner av frågan. Hjärtstopp som situation är krävande och det är långt ifrån säkert att en insats lyckas. Är det här då en typ av uppgift som i utökad utsträckning bör läggas på volontärer? Vad händer om något går fel, till exempel om volontären defibrillerar någon som inte har hjärtstopp? Om inte annat skulle ett system med volontärer behöva utformas med tillgång till debriefing och möjlighet till stöd för att bearbeta svåra upplevelser för de som behöver det. Frågan om eventuella risker vid till exempel insatser i hemmiljö är dock annorlunda, så till vida att den inte går att komma åt med aldrig så väl utformade system för uppföljning.

En annan komplicerande faktor är att system med mobillarm inte är en isolerad fråga utan också behöver ses inom ramen för en bredare diskussion kring hur prehospital akutsjukvård bäst bör organiseras och struktureras. Ett system med mobillarm för volontärer skulle kunna fungera kompletterande till utlarmning av ambulans och räddningstjänst, men en farhåga här kan vara att den typen av kompletterande system på längre sikt istället börjar fylla en ersättande funktion: att delar av hälso- och sjukvårdens befintliga uppdrag istället gradvis alltmer läggs ut på allmänheten att ta hand om. Även om kostnadseffektiviteten hos ett system med mobillarm fortfarande kan behöva belysas ytterligare, torde det vara rimligt att anta att det är betydligt billigare att förlita sig på volontärer än på anställd och legitimerad sjukvårdspersonal för att ge prehospital akutsjukvård. I en sjukvård som alltid är under kostnadspress skulle det följaktligen kunna vara frestande att gradvis ta fler och fler steg i riktning mot att förlita sig på volontärer för att utföra uppgifter som fram tills dess utförts av anställda. (En del volontärer kan naturligtvis vara vårdpersonal i grunden, men då förskjuts ändå arbetsuppgifter från ordinarie arbetstid eller jour till fritid.) Detta skulle kunna bli fråga om det som brukar kallas för ett *sluttande plan*, där en serie av likartade åtgärder, som på kort sikt ser bra ut, tillsammans leder till en mer problematisk situation än den man startade i. Den här typen av risker är alltid svårbedömda och det finns ingen automatik i att man tar ett steg och sedan därefter ett antal till. Men samtidigt tas också ofta olika ytterligare steg i olika riktningar just med hänvisning till steg man redan tagit. Det är fullt möjligt att hamna fel genom att ta en serie steg som vart för sig inte är

avgörande för att hamna där – en gradvis urholkning. Här behöver man rimligen arbeta utifrån en långsiktig och välöversvägd idé om hur prehospital akutsjukvård bör se ut.

Slutligen, även om ett system med volontärer är centralt organiserat är det på förhand långt ifrån givet att ett system baserat på frivillighet får en jämn täckning över regionen. Hur kommer volontärerna att vara fördelade över olika delar av Skåne och var kommer det att bli störst skillnad på responstiderna? I kunskapsunderlaget som tagits fram av HTA Syd framgår att responstiderna för ambulans i Region Skåne varierar mellan olika kommuner. Det finns alltså redan i dagsläget skillnader mellan olika delar av regionen. Skulle ett system med mobillarm leda till att sådana skillnader accentuerades ytterligare eller skulle systemet kunna utformas så att dessa skillnader tvärtom reducerades? Fullständig jämlikhet i tillgång till vård (eller i det här fallet: prehospital akutsjukvård) är så klart i praktiken en omöjlighet, men rättvis tillgång till vård är fortfarande ett viktigt värde och ett mål att sträva mot. Utifrån kunskapsunderlaget förefaller det rimligt att tro att införandet av ett system med mobillarm skulle kunna rädda ytterligare liv, men det är också viktigt att se till jämlikhets/rättvise-aspekten på de vinster som kan göras. Den här typen av frågor är så klart svåra att besvara på förhand, men eftersom system med mobillarm införts i flera regioner kommer det förhoppningsvis att vara möjligt att dra lärdom av erfarenheterna där.

Rådet ser inte någon av dessa punkter som avgörande skäl mot att införa ett system med mobillarm för volontärer. Även om det finns vissa möjliga problem med ett sådant system är det fortfarande fullt möjligt att problemen med att inte ha ett sådant system skulle vara ännu större. Det bör också påpekas att en del av de aspekter som lyfts fram här, framför allt gällande ansvarsdimensionen, borde kunna hanteras genom den mer exakta utformningen av ett sådant system ifall man väljer att införa det även i Region Skåne. Utifrån det rådande kunskapsläget ser dock rådet för närvarande inte skäl nog att direkt förordna ett införande av system med mobillarm i regionen, men däremot starka skäl för att följa upp erfarenheterna av den typen av system i andra regioner, och då även med avseende på om det finns skillnader i de mer exakta sätten på vilka dessa system utformats och vad dessa skillnader inneburit i praktiken.