



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M sum@sum.dk  
W sum.dk

## Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg

Dato: 23-02-2017  
Enhed: SPOLD  
Sagsbeh.: SUMTK  
Sagsnr.: 1700949  
Dok. nr.: 292072

Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg har den 27. januar 2017 stillet følgende spørgsmål nr. 434 (Alm. del) til sundhedsministeren, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Julie Skovsby (S).

Spørgsmål nr. 434:

”Ministeren bedes redegøre for muligheden for - ud fra et lægefagligt perspektiv - at genoplive en patient med hjertestop alt efter om det er følgende, der ankommer til patienten: en ambulance, akutbil, en hjemmesygeplejerskers vagtbil, der er udstyret med hjertestarter og ilt, eller en cykeltaxa med en hjertestarter?”

Svar:

Mit ministerium har til brug for besvarelsen af spørgsmålet indhentet bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som oplyser følgende:

”Sundhedsstyrelsen forstår spørgsmålet som et ønske om en lægefaglig beskrivelse af muligheden for, at en patient kan blive genoplivet efter pludseligt, uventet hjertestop uden for hospitalet, i forhold til hvilken behandling patienten modtager her.

### *Generelt om hjertestop udenfor hospitalet*

Generelt findes det relevant at bemærke, at omkring 4.000 danskere årligt rammes af hjertestop uden for hospitalet, og at den samlede overlevelse i 2014 var ca. 13 %. Næsten tre ud af fire af disse hjertestop sker i private hjem. Overlevelsen efter hjertestop i hjemmet er ca. 7 % mod ca. 24 % ved hjertestop uden for hjemmet.

For den enkelte patient gælder det, at muligheden for genoplivning i høj grad afhænger af, hvad årsagen til hjertestoppet er. I knap 20 % af tilfældene er der tale om en rytmeforstyrrelse i hjertet, som kan behandles med elektrisk stød fra en hjertestarter; dvs. et hjertestop med såkaldt stødbar rytme. Hos disse patienter er det helt afgørende, at der så hurtigt som muligt bruges hjertestarter, og her er især den fysiske afstand til hjertestarteren og tilstedeværelsen af personer, som træder til, faktorer, som øger muligheden for overlevelse. Således var 30 dages overlevelsen blandt patienter med stødbar rytme i 2014 knap 46 % og næsten 4 gange så høj som i 2001.

I de resterende ca. 80 % af tilfældene er der tale om hjertestop, som hjertestarteren ikke kan afhjælpe. Blandt patienter med ikke-stødbar rytme var overlevelsen ca. 2 % i 2001 og ca. 5 % i 2014. Til trods for at der er en stor procentuel forbedring, viser tallene, at der fortsat er en dårlig prognose for hjertestop med ikke-stødbar rytme. Disse patienter har brug for tidlig hjertelungeredning (hjertermassage og kunstigt ånde-rætt), som hurtigt skal efterfølges af en mere avanceret hjertestopbehandling, med bl.a. intravenøs medicin.

Hjertestop kan også være en følge af andre livstruende tilstande, som f.eks. fastsiddende fremmelegeme i luftrøret, eller livstruende blødning, og der kan være situati-

oner, som af omgivelserne opfattes og alarmeres som hjertestop, men hvor patientens hjerte fungerer, og der er tale om en anden akut alvorlig tilstand, som f.eks. bevidstløshed på grund af forgiftning eller svær astma. I sådanne tilfælde er patientens mulighed for overlevelse afhængig af en hurtig og kompetent helhedsvurdering, efterfulgt af målrettet behandling.

#### *Faktorer af betydning for genoplivning*

De væsentlige elementer for at overleve hjertestop ved genoplivning er af Dansk Råd for Genoplivning opsummeret i overlevelseskædens fire sammenhængende led:

- 1) Tidlig erkendelse og hurtig alarmering
- 2) Tidlig hjertelungeredning (hjertemassage og kunstigt åndedræt)
- 3) Tidlig defibrillering ved stødbar hjerterytme (brug af hjertestarter/AED)
- 4) Avanceret efterbehandling (f.eks. intravenøs medicin, rør i luftvejene)

De fleste personer, som får hjertestop, får varige skader eller dør, hvis ikke de får hjælp inden for ca. 10 minutter. Efter ca. 6 minutter kan hjernen begynde at tage skade og for hvert minut, der går uden genoplivning, falder chancen for at overleve med ca. 10 %. Hvis en person med hjertestop bliver genoplivet inden for få minutter, øges chancen for at overleve markant. Efter generelle oplysningskampagner for lægmand og indførelse af førstehjælpskursus i forbindelse med erhvervelse af kørekort, træder vidner i dag til med genoplivning i 66 % af alle tilfælde af hjertestop uden for hospital (tal fra 2014). Det er en tredobling i forhold til 2001, hvor 19 % trådte til. Hvis ingen træder til ved et hjertestop, overlever 1 ud af 30. Når et vidne træder til ved hjertestop i det offentlige rum, overlever 1 ud af 8.

Tiden, især de første 5-10 minutter, er således helt afgørende for overlevelsesmuligheden efter hjertestop, idet selv frivillige hjælpere vil kunne gennemføre overlevelseskædens led 1-3. Hvis der bliver ydet hjertelungeredning til en person med hjertestop, inden ambulancen ankommer, overlever 1 ud af 8 (mod 1 ud af 30 uden hjertelungeredning), hvor den høje ende af overlevelsesprocenten gælder patienterne med stødbar rytme. Med hjertelungeredning vinder man tid, samtidig med at chancen øges betydeligt for, at en efterfølgende behandling med stød fra en hjertestarter vil virke effektivt – også når det gælder børn. Det er derfor vigtigt, at så mange borgere som muligt kan træde til, og at der så vidt muligt er hurtig lokal adgang til hjertestartere.

Selvom tidlig hjertelungeredning inklusive brug af hjertestarter er vigtig, er overlevelse efter hjertestop afhængig af de sammenhængende faktorer fra den tidlige erkendelse og alarmering til den mere avancerede behandling fra behandlere i ambulancer og akutbiler, til den specialiserede behandling på hospitalet. Hele overlevelseskæden bidrager til den samlede overlevelse hos alle patienterne, både dem med og dem uden stødbar rytme.”

Jeg kan henholde mig hertil.

Med venlig hilsen

Karen Ellemann / Tove Kjeldsen