

BERUSAD HADE RÄTT ATT AVSTÅ FRÅN VÅRD

I vilka lägen skall sjukvården sätta sig över patientens önskemål, med hans eget bästa i sikte? undrar Lennart Rabow, med anledning av en fallbeskrivning i förra numret av Läkartidningen om en alkoholphäverkad, aggressiv man som vägrade låta sig diagnostiseras, skickades till häktet och senare visade sig ha en blödning i hjärnan. Socialstyrelsen borde ta upp frågan om lagstiftning på området, menar Rabow.

Problemet med det medicinska omhändertagandet av alkoholphäverkad, aggressiva personer med misstanke om skalltrauma har två uppenbart skilda aspekter – en medicinsk och en etisk.

Den medicinska aspekten är egentligen ganska enkel: Man kan i ett fall som detta aldrig utesluta ett intrakraniellt hematoma utan röntgenundersökning av hjärnan.

Den numera klassiska Glasgowstudien av statistiska data avseende skallskador under ledning av Bryan Jennett och Graham Teasdale [1] analyserade bland annat kostnaderna för att övervaka alla skalltraumapatienter för att i tid kunna ingripa mot ett eventuellt intrakraniellt hematoma. Man kunde då konstatera att kostnaden för att under ett dygn övervaka så många commotiopatienter att man lyckades fånga in en behandlingskrävande posttraumatisk intrakraniell blödning var i storleksordningen 58 000 pund i det tidiga 1980-talets penningvärde.

Motiverat övervaka barn, men inte gamla

Separerat efter ålder kunde man visa att detta ändå är motiverat för barn och tonåringar även om de vid ankomsten

var helt lucida och utan skallfraktur – datortomografi fanns ännu ej då materialet insamlades. Gamla människor, å andra sidan, som vid ankomsten till sjukhuset är helt vakna (medvetandegrad 15 enligt Glasgow coma scale) och icke företer tecken på skallfraktur utvecklar i praktiken aldrig ett intrakraniellt hematoma. Detta kan förefalla som en paradox, men skälet är förstås helt enkelt att gamla människor som ej varit avsvimmade, är opåverkade någon timme efter traumat och vars skalle ej frakturerat rimligen inte utsatts för något särskilt kraftigt trauma mot skallen [2].

Den här beskrivna patienten befinner sig åldersmässigt mitt emellan, det vill säga risken vore relativt liten om han varit helt lucid, vilket han alltså ej var, och utan fraktur, vilket vi ej vet. Vad vi däremot vet är att risken för utveckling av ett akut intrakraniellt hematoma efter skalltrauma, av sådan art att man söker akut, hos en vuxen person som vid ankomsten till sjukhus är vaken och utan skallfraktur visats vara i storleksordningen 1/7 900 [3].

Då det gäller frågan om alkohol som en komplicerande faktor vid skalltrauma måste man nog skilja på akut och kronisk effekt. Medan det är rätt klart att kroniska alkoholister löper större risk för intrakraniell posttraumatisk blödning – dels akut på grund av ökad blödningsbenägenhet, dels kroniskt på grund av det av hjärntatrofin ökade subdurala rummet som medger utvecklandet av ett relativt stort icke symptomgivande koagel som senare kan utvecklas till ett så kallat kroniskt subdurahematoma – är det mera osäkert om akut alkoholphäverkan verkligen ökar risken för intrakraniell blödning (men däremot givetvis risken för skalltrauma).

Medicinskt sett måste man alltså, baserat på »evidence», övervaka alla yngre individer med anamnes på skalltrauma som givit medvetandepåverkan, därest man ej genom röntgenundersökning kan utesluta ett hematoma under utveckling.

Intressantare är kanske den etiska frågan: I vilka lägen skall sjukvården sätta sig över patientens önskemål, med hans eget bästa i sikte?

DEBATT

”Ett fall som detta är oerhört resurskrävande, på ett mindre sjukhus såpass att man måste räkna med sämre beredskap och kanske även sämre vård för andra patienter.”

I den »Code of Conduct for Neurosurgeons» som är under utarbetande för WFMA (World Federation of Neurosurgical Associations) delas patienterna in i två grupper:

1. Patienter som är »icke kapabla» i betydelsen att deras förmåga att förstå, minnas eller fatta relevanta beslut är nedsatt, och där »icke kapabel» bör definieras av ansvarig psykiater eller, om så bedöms nödvändigt och tiden medger, av domstol.

2. Patienter som är »tillfälligt icke kapabla».

Den förra gruppen bör beredas såväl elektiv som akut behandling där denna bedöms vara i patientens eget intresse, medan de som är »tillfälligt icke kapabla» endast bör ges behandling som är livräddande eller hindrar permanent invaliditet.

Patienten hade avsiktligt gjort sig icke kapabel

Dock talar man ej explicit om patienter med alkoholphäverkan. Dessa kan ju anses av egen fri vilja, det vill säga fullt medvetet, ha försatt sin hjärna (och sin kropp) i ett tillstånd med avsevärt förhöjd risk för allvarlig skada på densamma. Om man således inte har juridisk eller anses ha etisk rätt att förebygga alkoholintag kan man, enligt mitt sätt att se, näppeligen senare ta följderna av alkoholintaget som intäkt för att frånta vederbörande självbestämmandet över den egna kroppen. (Ett alternativ vore möjligen att låta en viss alkoholnivå i blodet – en dylik bestämning har ju traditionellt ansetts acceptabel även mot individens önskan – eventuellt i förening med vissa enkla test, bestämma



Författare

LENNART RABOW

docent, smärtkliniken Kronan, Kungsholmskliniken, Stockholm.

ANNONS

gränsen mellan tillräknelighet och otillräknelighet.)

I avvaktan på ett dylikt beslut – om det någonsin kommer – menar jag att vår patient och andra som avsiktligt gjort sig »tillfälligt icke kapabla» måste ha full rätt att avstå från sjukvård, med de risker detta innebär.

Kostnaden för att genom övervakning, alltså utan akut radiologi, tidigdiagnostisera ett hematoma hos patienter av denna art torde idag ligga en tiopotens högre än i början av 1980-talet och är i varje fall från samhällsekonomisk synpunkt en dålig affär. Flertalet akuta hematom med denna genes i denna ålder torde nämligen utgå från en parenkymatös hjärnskada, en hjärnkontusion, något som i praktiken även efter adekvata åtgärder endast sällan leder till restitutio ad integrum hos alkoholmissbrukare (men däremot enligt undertecknads erfarenhet ofta utgör alibi för än häftigare supande).

Den medicinska och den etiska bedömningen kan läggas som grund för ett eventuellt juridiskt ställningstagande: Hur bör chefläkaren respektive Socialstyrelsen bedöma fallet?

Chefläkarens övervägande borde vara tämligen enkelt. Man har fullt medvetet avstått från möjligheten att i tidigt skede diagnostisera och behandla ett intrakraniellt hematoma. Detta kan inte uteslutas vara felaktigt och fallet bör sålunda anmälas enligt Lex Maria. Det förhållandet att patienten inte avled eller med säkerhet förorsakades annat bestående men på grund av uraktlåtenheten torde härvid sakna betydelse.

Måttligt påverkad har beslutskompetens

Socialstyrelsens resonemang kan däremot inte göras lika enkelt. Dess centrala fråga måste vara i vilken utsträckning sjukvården kan ta över den enskildes beslutskompetens vid måttlig alkoholpåverkan. Eftersom Socialstyrelsen utan invändningar accepterar även ett ganska avancerat alkoholbruk, men knappast kan tänkas acceptera att stora delar av befolkningen regelbundet försätter sig i ett tillstånd där andra, i detta fall sjukvården, får juridisk rätt att ta över beslutsrätten, måste slutsatsen bli att Socialstyrelsen accepterar att dessa människor är fullt rättskapabla. (Det anses de ju föra i rättsnykterhetslagstiftningen.) Domslutet i detta – och liknande – fall måste sålunda redan av detta skäl rimligen bli friande.

Därtill kommer i det aktuella fallet ytterligare (minst) två för bedömningen väsentliga och ytterst förmildrande omständigheter:

1. Ett fall som detta är oerhört resurskrävande, på ett mindre sjukhus såpass att man måste räkna med sämre bered-

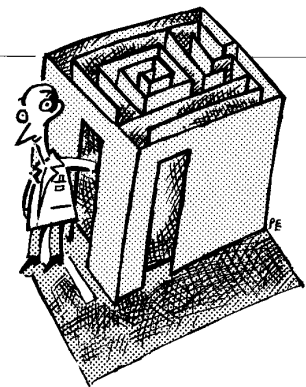
skap och kanske även sämre vård för andra patienter.

2. De diagnostiska åtgärder patienten mot sin vilja skulle utsättas för, såsom lugnande medel med risk för andningsdepression och därmed stegrat intrakraniellt tryck, och sövning med okänd mängd ventrikellinnehåll och risk för aspiration, kan vara potentiellt livshotande.

Det vore emellertid av stort teoretiskt och praktiskt intresse om Socialstyrelsen tog upp frågan om lagstiftning enligt ovan på detta område. Under vilka omständigheter är en alkohol- eller drogpåverkad person eventuellt icke längre rättskapabel, och vilka konsekvenser har detta för sjukvården?

Referenser

1. Galbraith S, Smith J. Acute traumatic intracranial haematoma without skull fracture. *Lancet* 1976; I: 501-3.
2. Mendelow AD, Campbell DA, Jeffrey RR, Miller JD, Hessett C, Bryden J et al. Admission after mild head injury: Benefits and costs. *Br Med J Clin Res* 1982; 285: 1530-2.
3. Teasdale GM, Murray G, Anderson E, Mendelow AD, McMillan R, Jennett B et al. Risks of acute traumatic intracranial haematoma in children and adults; Implications for managing head injuries. *BMJ* 1990; 300: 363-7.



**enligt
min
erfarenhet**

Läkartidningens serie 1990–1992 i särtryck

När konsensus saknas om hur läkaren bör behandla, spelar den beprövade erfarenheten stor roll. Det 48-sidiga häftet innehåller 32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag och vänder sig till alla kliniskt verksamma läkare. Förutom diagnostik med terapi speglas goda exempel på prevention, ledningsfrågor och administration.

Pris 55 kr. Vid 11–50 ex 50 kr, vid högre upplagor 47 kr/ex.

Beställ här:

..... exemplar av
Enligt min erfarenhet

Namn

Adress.....

Sändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet med
»Enligt min erfarenhet»

Beställning per fax:
08-20 76 19