

Tvivelaktig påföljd från HSAN motverkar öppenhet i vården

HSANs beslut (1170/00:A5) att utdela disciplinpåföljd till en läkare som under ett skede i ett vårdförlopp beslutat att inte vidta hjärt-lungräddning i händelse av andnings- eller hjärtstopp på en patient som senare tillfrisknat är synnerligen anmärkningsvärt. Vi vill fästa uppmärksamheten på vilka konsekvenser HSANs bedömning av detta fall kan leda till inom sjukvården.

HANS STIERNSTRÖM
docent, överläkare, Centralintensiven,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
hans.stiernstrom@anestesi.uas.lul.se

LARS BERGGREN
med dr, överläkare, intensivvårds-
avdelningen, Regionsjukhuset, Örebro

ELISABETH RONNE-ENGSTRÖM
docent, överläkare, Neurointensiven,
Akademiska sjukhuset, Uppsala

■ Ställningstagande till vårdnivå och behandlingsintensitet är vanliga inom intensivvård och annan akutvård och är en förutsättning för att patienter ska erbjudas en riktig behandling även ur ett etiskt perspektiv. Sådana beslut fattas för 6 procent av alla patienter på en större intensivvårdsavdelning [1] och kan innebära att hjärt-lungräddning, respiratorbehandling, inotropiska droger eller dialys ej ska användas vid en eventuell försämring av ett övrigt terminalt eller irreversibelt livshotande tillstånd.

Om sådana förändringar i tillståndet, t ex hjärtstillestånd, inte inträffar kommer naturligtvis inte heller begränsningen att utlösas. I själva verket är överlevnaden efter sådana prospektiva beslut 11–18 procent i olika studier. För många av dessa patienter har då beslutet också omprövats under vårdtiden [1, 2]. De flesta intensivvårdsläkare och sköterskor uppfattar detta som rimligt och etiskt försvarbart.

Bakgrund

Det aktuella fallet rör en då 27-årig man med epilepsi sedan barndomen som intagit en överdos av valproat (Absenor) i kombination med alkohol. Patienten var vid ankomsten djupt medvetslös. Han intubades och lades i respirator. Några timmar efter inkomsten sjönk patienten ytterligare i medvetandegrad och var då i princip reaktionslös (RLS 8) men med egenandning. RLS är en förkortning av Reaction Level Scale graderad från 1 till 8, där 1 innebär att patienten är fullt va-

ken och 8 att patienten är djupt medvetslös och ej reagerar med rörelser ens vid upprepad kraftig smärtstimulering. Gränsen för medvetslöshet går mellan 3 och 4.

Datortomografi (DT) av skalle visade hjärnsvullnad och oväntat en misstänkt subaraknoidalblödning, varför han transporterades med helikopter till neurokirurgisk klinik. Det intrakraniella trycket var initialt mycket högt (över 50 mm Hg) och kunde endast kortvarigt sänkas med mannitol, varför behandling med tiopentalinfusion (Pentothal) startades. Svalproat var initialt 10 000 µmol/l (terapeutisk nivå 300–700 µmol/l).

Efter kontakt med Giftinformationscentralen och litteraturgenomgång visade det sig att det inte fanns beskrivet någon patient som överlevt en så uttalad valproatintoxikation. Efter tre dygn var koncentrationen nere i en för epilepsibehandling terapeutisk nivå. Kontinuerlig EEG-registrering visade till att börja med en isoelektrisk bild, men så småningom återkom EEG-verksamheten. Misstanken om subaraknoidalblödning kunde avskrivras.

Tillfällig försämring

Efter 13 dygns behandling på neurointensiven kunde patienten återvända till hemortssjukhuset. Hans neurologiska tillstånd var då RLS 3. Två dygn senare blev patienten tillfälligt försämrad i sin medvetandegrad till RLS 7 varför en akut DT av hjärnan gjordes.

Bilderna skickades till den neurokirurgiska kliniken där patienten vårdats och de bedömdes av neuroradiolog. DT visade då bilaterala förändringar i talamus och de mediala temporalloberna förenligt med ischemiska skador. Differentiering av grå och vit substans var otydlig, framför allt i insularegionerna samt inom delar av frontalloberna. Inget hjärnödem påvisades.

Sex dygn senare var patientens RLS 3–4 och han överfördes till medicinsk vårdavdelning med extravak. Antiepi-

leptika återinsattes på grund av nya intermittenta kramper. Efter ytterligare några dygn på vårdavdelningen – alltså mer än tre veckor efter intoxicationen – fattades beslut om att ej vidta hjärt-lungräddning i händelse av andnings- eller cirkulationsstillestånd.

Patienten hade vid denna tidpunkt trakeotomi och spontanandades men hade apnéperioder. Ytterligare en vecka senare ändrades dock detta beslut då patienten hade förbättrats och man avsåg nu att sätta in fulla åtgärder om en försämring skulle inträffa. Patienten har så småningom tillfrisknat och återgått till sitt tidigare arbete. Patienten anmälde därefter den läkare som fattat beslutet att ej sätta in hjärt-lungräddning vid en eventuell försämring.

Kommentar

Beslut att inte sätta in hjärt-lungräddning i händelse av andnings- eller cirkulationsstillestånd på allvarligt sjuka patienter är ett svårt beslut som fordrar noggranna överväganden. Det förefaller därför också självklart att sådana beslut ständigt måste omprövas och ifrågasättas.

På många intensivvårdsavdelningar har man efter modell från intensivvårdsavdelningen i Örebro infört ett särskilt formulär som dokumenterar sådana beslut [1]. Motiven för beslutet, vad beslutet innebär – dvs vilka begränsningar i vårdnivå, åtgärder och provtagning som beslutet omfattar – skall där tydligt dokumenteras.

Anhöriga måste också kontinuerligt informeras och deras synpunkter vägas in i bedömningen. Oftast är dessutom flera kolleger inblandade i beslutsprocessen. Beslutsunderlaget vägs därefter samman. På detta formulär finns också utrymme där skälen för en eventuell omprövning av beslutet dokumenteras.

Måste kunna diskuteras öppet

Med denna typ av noggranna överväganden visar det sig att ca 10 procent av de patienter där man beslutat att avstå från hjärt-lungräddning förbättrades så att tidigare beslut om att avstå från hjärt-lungräddning upphävdes [1, 2]. Det är utomordentligt viktigt att beslut att avstå från hjärt-lungräddningsåtgärder kan diskuteras öppet och att sådana beslut kan ändras om förbättringar i patientens tillstånd inträffar.

Med facit i hand kan man självklart alltid hävda att beslut att avstå från hjärt-lungräddning var felaktigt i de fall patienten tillfrisknar. Frågan är emellertid om det i dessa fall är rimligt att utdela disciplinpåföljd till de läkare som deltagit i sådana beslut? Effekten av detta kan för framtiden bli att dessa mycket viktiga beslut inte dokumenteras eller att man helt enkelt avstår från att fatta beslut om begränsning i behandlingen.

Hemlighetsfulla koder

Förhoppningsvis är den tid förbi då beslut om att avstå från hjärt-lungräddning noterades med lokala koder någonstans i journalen i form av symboler eller bokstavskombinationer vars innebörd bara var känd för berörd sjukvårdspersonal.

Det är snarast så att dessa beslut måste diskuteras i en öppen atmosfär, där besluten är tydliga för alla inblandade – patienter, anhöriga, läkare och övrig sjukvårdspersonal. Det får inte bli så att enskilda läkare kommer att undvika att ta ställning i svåra etiska frågor som dessa av rädsla för att bli anmälda till HSAN.

I den aktuella situationen hade patienten tre veckor efter intoxicationen kända strukturella hjärnskador bilateralt i talamus, mediala temporalloberna och hippocampi. Beslutet att ej återuppliva patienten vid ett eventuellt cirkulations- eller andningsstillestånd förefaller inte orimligt. Någon annan förändring av patientens övriga vård skedde så vitt känt inte.

Det förefaller ogenomtänkt från HSAN att ett väl övervägt medicinskt beslut, som dessutom inte haft någon verklig påverkan på vårdförloppet, ska leda till disciplinpåföljd. Däremot är det mycket väsentligt att dessa beslut noggrant dokumenteras.

Referenser

1. Sjökvist P, Sundin PO, Berggren L. Limiting life support. Experiences with a special protocol. *Acta Anesthesiol Scand* 1998; 42:232-7.
2. Melltorp G, Nilstun T. Decisions to forego life-sustaining treatment and the duty of documentation. *Intensive Care Med* 1996; 22:1015-9.

Evidensbaserad medicin:

Många kritiker missförstår EBM

När man diskuterar ett sådant fenomen som Evidence Based Medicine (EBM) är det viktigt att man är överens om vad man talar om. Många som är kritiska mot företeelsen EBM missförstår vad det är fråga om. Detta framkommer också i det inlägg som Carl-Magnus Stolt gjorde i LT 28-29 (sidan 3255).

LARS WERKÖ
professor, Stockholm

■ Jag kommenterar nedan några av Stolts punkter.

Men först:

Den väsentliga utgångspunkten för hela begreppet är att man skall veta exakt *på vilken evidens* man fattar beslut i sjukvården, inte att man endast kan använda strikt vetenskapligt framtagna data som underlag för beslut.

Alla inser att det finns olika grader av evidens för olika kunskaper, vilket också framgår av Stolts inlägg. I den evidensbaserade vården gäller det att veta på vilken evidens de metoder vilar som jag vill utnyttja. Jag skall använda dem som vilar på bästa möjliga evidens, och för att veta detta måste jag följa den aktuella litteraturen.

Den kliniska verkligheten

1. Invändningen att det riktigt nya inte har hunnit bli evidensbaserat baseras på att Stolt vet att detta nya är effektivt, inte bara nytt. För att veta att det är effektivt måste det studeras, och den kliniske forskaren som är angelägen om att införa nya metoder har skyldighet att själv delta i vetenskapliga studier för att försäkra sig om metodens effektivitet om ingen annan har gjort det.

Införs nya metoder innan de är kliniskt utprovade förlänger man tiden innan man vet deras värde. Eventuellt minskas möjligheten att göra kontrollerade studier – se laparoskopisk kirurgi. Egentligen innebär EBM ett åtagande att stödja klinisk, patientorienterad forskning. Det är ju endast i den kliniska verkligheten, inte i det teoretiska laboratoriet, som effektivitet kan bevisas.

2. Begränsningen av vad som är undersökt är inte något argument mot EBM. Man skall bara veta vilka begränsningar metoden man vill använda har i fråga om hur väl studerad den är.

3. Så mycket större anledning är det att granska underlaget om det endast är kommersiellt styrt.

Ej »kokboksmedicin«

4. EBM innebär inte att man måste följa sådana riktlinjer som leder till »kokboksmedicin«. Tvärtom – man är skyldig att själv granska det vetenskapliga underlaget, inklusive det patientmaterial det är baserat på i förhållande till det aktuella problemet med den patient man har framför sig. Riktlinjer framtagna av så kallade experter är värdelösa om de inte är baserade på kritisk granskning av aktuell litteratur. Det finns alltför många sådana.

5 och 6. Är teknikaliteter som vidlå-

der alla undersökningar i detta sammanhang

6. Detta är den viktigaste punkten i kritiken, men även den bortser från att det alltid, även när det gäller att arbeta enligt EBM, är den enskilde läkaren som tillsammans med patienten bestämmer. Den enskilde patienten är unik och det kan alltid finnas omständigheter som gör att vad som kan tyckas vara klart bevisat i vetenskapliga studier ändå inte kan tillämpas just nu.

I ett långsiktigt arbete i ett mindre sjukhus i norra Italien, där läkarna varit angelägna att lära sig att använda EBM, har man gjort så att i varje fall, läkaren först, grundat på sin kunskap om patienten, den erfarenhet han själv haft i liknande fall och tidigare kunskap, lägger upp en plan för diagnos och behandling. Han går sedan till litteraturen och tar fram den evidens för hur liknande fall bör tas om hand, och gör tillsammans med patienten en syntes av sitt eget kunnande, vad litteraturen visar och vad patienten vill efter att ha blivit presenterad alla fakta.

7. Det största misstaget i fråga om tillämpning av EBM i praktisk sjukvård är att tro att den enskilde läkaren och den individuella patienten skulle vara bortkopplade från beslutet om utredning och behandling.

8. Självklart skall EBM granskas och diskuteras. I sina rapporter granskar SBU systematiskt det vetenskapliga underlaget. Läkartidningen har också på ett föredömligt sätt uppmuntrat till det.

Komplicerad verklighet

Ytterligare en kommentar. Det har upp-