

Replik 2:

MIG – ett koncept för 2000-talet

Trots avsaknad av positiva, prospektivt randomiserade studier om MIG har vi en mycket stark indiciekedja. Jag kan inte tycka att det är oetiskt att tillämpa denna billiga och biverkningsfria förändring av gällande vårdprinciper, svarar David Konrad.

Mycket resurser har under 1900-talet lagts på att försöka förbättra överlevnaden vid hjärtstopp på sjukhus – utan resultat. »Evidensen« visar att andelen patienter som på sjukhus överlever ett hjärtstopp inte har ökat på tre decennier! Det är knappast förvånande att vi så sällan lyckas med att återuppliva våra multisjuka patienter vid ett hjärtstopp, som ju i många fall är ett sista skeende i en mer gradvis fysiologisk försämring.

När man inte lyckas nå positiva resultat efter så många försök och efter så mycket nedlagda resurser är det rimligt att börja tänka i nya banor. Det är mycket intressant hur reflexmässigt man kan reagera när ens verksamhet förefaller hotad. Kollegorna Rosenqvist och Svensson har, med den valda tonen i sitt inlägg, visat prov på sin ståndpunkt snarare än att de för en konstruktiv debatt.

Syftet med mobila intensivvårdsgrupper (MIG) är att identifiera patienter som är i riskzonen för att få ett hjärtstopp och att behandla dem i tid så att hjärtstoppet inte inträffar. MIG är på vårt sjukhus inte en larmstyrka som skall rycka ut när ett misslyckande, dvs ett icke förväntat hjärtstopp, är ett faktum. Däremot kan MIG vara behjälplig i bedömningen om huruvida patienten skall ges hjärt-lungräddning eller rent av intensivvård. Dessutom kan MIG bi-

dra till ökad arbetstrygghet för all inblandad personal.

Jag håller med Svensson och Rosenqvist om att bevisvärdet är svagt beträffande hjärtstoppsforskning, men tvivelsutan kan sägas att behandlingen av hjärtstopp är allt annat än effektiv! Däremot håller jag alls inte med om att introduktionen av MIG runt om i världen är av försökskaraktär, utan det är tvärtom seriösa ansträngningar för att komma till rätta med problem som vi hittills inte varit i närheten av att lösa.

Under 1900-talet gjordes försök att med snabb hjärt-lungräddning samt defibrillering behandla patienter, vilkas hjärtan stannat. Om dessa insatser skall ske »enligt evidens« är det nödvändigt att sådan behandling sätts igång inom 1 respektive 3 minuter. Trots enorma utbildningsinsatser i HLR samt vidlyftig utplacering av defibrillatorer har detta koncept kommit till vägs ände.

För detta talar den enkät som Leif Svensson och Mårten Rosenqvist refererar till, och de skriver också: »Endast ett fåtal patienter runt om i landet fick behandling enligt evidens ...« Det är enligt min uppfattning dags att sluta hacka på dem som, trots idoga och uppriktiga försök, inte klarar att inleda behandling på denna orimligt korta tid.

Vad gäller Merit-studien så föreslår jag Svensson och Rosenqvist att ta del av de föreläsningar och diskussioner som ägde rum på den världskongress om »rapid response teams« (dvs MIG) som ägde rum i Pittsburgh, USA, i juni 2006. Alla föreläsningar finns att tillgå på <www.metconference.com>. För alla andra läsare av min artikel, som egentligen var en kommentar, torde det klart framgå att Merit-studien utfallit negativt, men, som de flesta forskare känner till, avsaknad av effekt i en studie är inte lika med avsaknad av effekten i sig. Som forskare måste man också försöka förstå varför man får de resultat man uppnått; inte som Svensson och Rosenqvist nöja sig med slutsatsen.

Däremot är det självklart att man skall fortsätta att utvärdera MIG vetenskapligt, vilket på Karolinska Universitetssjukhuset Solna görs i form av ett pågående doktorandprojekt. De preliminära resultat som jag redovisade i min artikel har också visat sig vara en underskatt-

ning; efter 18 månader och 560 MIG-uppdrag är 30-dagarsmortaliteten för dessa patienter ännu lägre. Dessa data, samt 90- och 180-dagarsmortalitet, beräknas kunna publiceras under 2007. Hur tror Svensson och Rosenqvist att 180-dagarsmortaliteten ser ut för de, till antalet få, patienter som överlevt ett hjärtstopp på sjukhus?

Att jämföra MIG med ett nytt läkemedel ter sig både ansträngt och långsökt. Med MIG tillför vi inte kemiska substanser till patienter, och biverkningsrisken torde vara mycket begränsad. Men för all del, vad tror Svensson och Rosenqvist att ett preparat utan biverkningar, som flaggar för patienter med en nära tio gånger ökad risk för att dö, skulle kosta? Så bra är nämligen våra MIG-kriterier på Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Fanns detta preparat att tillgå på flaska skulle det kosta. Mycket.

Trots avsaknad av positiva, prospektivt randomiserade studier om MIG har vi en mycket stark indiciekedja. Goldhill, Bellomo, Buist, Hillman, DeVita är några av de författare som i ett flertal och av varandra oberoende studier visat att konceptet räddar liv. Dessa studier är publicerade under den senaste tioårsperioden och är knappast att beteckna som »historiska«. Jag kan inte tycka att det är oetiskt att tillämpa denna billiga och biverkningsfria förändring av gällande vårdprinciper.

I den bästa av världar kommer man inte att behöva MIG. Där har man på vårdavdelningar adekvat monitorering, vettiga interventioner och kontakter intensivvården i god tid vid påverkade vitalparametrar. Dessa avdelningar kommer även att använda »ej HLR« och således inte ha ett enda oväntat dödsfall. Bra så. I verkligheten fungerar sällan avdelningar så bra, på grund av resursbrist m m, och därför ser vi oväntade dödsfall. Det är dessa så kallade oväntade dödsfall som vi måste arbeta för att förhindra – tillsammans.

Till sist: Trots att Svensson och Rosenqvist frekvent citerar Ken Hillman har de undgått hans kanske mest kända citat (fritt översatt): »HLR är som regel en perimortal händelse.«

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



DAVID KONRAD

specialistläkare, med dr, centrala intensivvårdsavdelningen, Karolinska Universitetssjukhuset Solna
david.konrad@ki.se