

När apparaterna sviker...

-intensivvård i livets slutskede

Lars Berggren

Lars Berggren ger oss i denna artikel en bild av vardagen på en intensivvårdsklinik. Majoriteten av patienterna som vårdas där är över 65 år och de flesta har en eller flera bakomliggande kroniska sjukdomar. Författaren till artikeln visar hur både ekonomiska och etiska problem blir påtagliga inom intensivvården. Är det t ex rimligt att intensivvårda en patient med alkoholutlöst pancreatit till en kostnad av 750.000 kronor när det sedan inte finns resurser för behandling av hans alkoholism? Lars Berggren redovisar även en retrospektiv undersökning som utförts vid intensivvårdsavdelningen vid Regionsjukhuset i Örebro. I 42% av dödsfallen ändrades inriktningen på intensivvården från aktiv terapeutisk behandling till palliation en tid före dödsfallen. En viktig faktor för att kunna handskas med alla svåra problem är det etiska klimatet på intensivvårdsavdelningen. Det är viktigt att alla som arbetar på avdelningen känner till hur och varför etiska beslut fattas samt att alla har möjlighet att uttrycka sin uppfattning.

Lars Berggren är med dr och överläkare vid Anestesi- och intensivvårdskliniken, Regionsjukhuset, Örebro.

Om konsten att behandla sjukdomar som människor har och konsten att vårda människor, som har sjukdomar. Hippokrates

Intensivvårdens historia och utveckling, som är kort, sammanfaller väl med det högteknologiska samhällets framväxt under 60- och 70-talet. Modern intensivvård representerar också på många sätt både allmänhetens och sjukvårdens förhoppningar om högteknologins slutliga seger över döden. "Får vi bara resurser och nya teknologier i form av nya respiratorer, nya hjärtfarmaka, nya immunterapier, nya dialysformer och ny övervakningsutrustning kommer alla patienter att överleva". Ovedersägligt är dock att genom ny teknologi och ny kunskap kan tidigare hopplöst sjuka patienter överleva under lång tid och slutligen tillfriskna. Samtidigt kan

emellertid själva döendet "frysas" och utsträckas ibland i veckor till månader med åtföljande svåra etiska ställningstaganden och påfrestningar på patienter, anhöriga och vårdare.

Den allmänna föreställningen om den moderna intensivvården är att avdelningarna är fyllda av unga människor som varit utsatta för svåra olyckor eller svåra infektioner. Dessa patienter skall snabbt räddas tillbaka till ett aktivt och normalt liv. Verkligheten ser dock annorlunda ut; medelåldern är hög, patienter över 65 år dominerar, de flesta patienter har en eller flera svåra bakomliggande kroniska sjukdomar, många av patienterna under 65 år har missbruksproblem eller gjort självmordsförsök, många av de äldre patienterna har varit föremål för omfattande kirurgiska ingrepp. Även detta ökar den etiska problematiken.

En annan påfallande förändring som skett de senaste åren är att möjligheterna att klara även mycket svårt sjuka patienter över de första kritiska dygnet har ökat avsevärt. Mortaliteten är 4% av intagningarna under de första 24 timmarna och 9% för återstoden av vårdtiden. Emellertid inträffar nära hälften av det totala antalet dödsfall under de första 24 timmarna. (Berggren 1991) Detta har lett till att patienter med sk multipel organsvikt ökat. Dödligheten i multipel organsvikt är hög och korrelerar direkt till antalet svilande organ-system. Vården av dessa patienter är resurskrävande, komplikationsfylld och mycket påfresande för patienterna både fysiskt och psykiskt.

Etiska problem som även finns inom övrig sjukvård fokuseras och renodlas således på ett påtagligt sätt inom intensivvården.

Kostnader

Möjligheterna att hålla sjuka och sjukare patienter vid liv under längre och längre tid med större och större resursåtgång fokuserar ett inat av sjukvårdens stora problem på intensivvårdemålligen de höga kostnaderna. Samtidigt som kostnaderna måste minskas ökar

Samtidigt som kostnaderna måste minskas ökar kraven på effektivare behandling. Nya teknologier och behandlingar är dock regelmässigt dyrare än de tidigare

kraven på att införa ny och effektivare behandling. Nya teknologier och behandlingar är regelmässigt dyrare än de tidigare. Detta paradoxala förhållande kommer att tvinga fram hårdare prioritering och selektion av patienter som kan erbjudas avancerad intensivvård. Vårdkostnaden för avancerad intensivvård kan bli mycket hög med dygnskostnader på 30.000 kr eller mer vid svår multipel organsvikt. Detta i kombination med långa vårdtider, ibland månader, kan ge enskilda vårdkostnader på mer än en miljon kronor enbart för intensivvården. De höga kostnaderna kommer också att tvinga fram ändrade arbetsformer och ställa krav på ökad kompetens och flexibilitet hos personalen. Antalet specialistsjuksköterskor kommer att öka på bekostnad av undersköterskor. Sjuksköterskorna måste arbeta närmare patienten och kraven på rationellare informationshantering kommer öka. Krav på kvalitet och kostnadsreduktion kommer också att innebära att antalet intensivvårdsavdelningar kommer att minska. Intensivvården kommer att centraliseras till färre sjukhus.

Etiska ställningstaganden

Sammantaget ställer detta stora krav på prioriteringar och etiska ställningstaganden. Är det rimligt att intensivvården av en enskild 80-årig patient får kosta årslönen till två kanske tre undersköterskor? Är det rimligt att intensivvårda en patient med alkoholutlöst pancreatit till en kostnad av 750.000 kr när det sedan inte finns resurser för behandling av hans alkoholism? När är intensivvården meningslös och kan avbrytas? Vilka kriterier för att avbryta intensivvård skall tillämpas?

Under de senaste 5-10 åren har en diskussion förts runt dessa problem både internationellt och i Sverige. Tidvis har denna diskussion haft en uppgiven och nästan defeatistisk inriktning. (Enkvist 1986, 1987). Det har dock visats att även mycket svårt sjuka patienter över 75-80 år med behandlingsbara sjukdomar har nytta av intensivvård och uppnår god livskvalitet efter tillfrisknandet (Zarén 1988). Den diskussion som fördes i slutet av 80-talet har medfört att de etiska problemen uppmärksammats i ökad utsträckning även i vardagsarbetet. Det har också visat sig vid den enda

genomgång som gjorts i Sverige av behandlingsintensiteten i samband med dödsfall på en intensivvårdsavdelning att etiska beslut är vanliga vid terminala tillstånd (Berggren 1991).

Aktiv behandling eller ej?

Modern intensivvård är således fylld av etisk vardagsproblematik trots, eller kanske på grund av den högteknologiska prägeln. I Sverige har som nämnts, mycket få systematiska studier av etiska ställningstaganden i samband med avbrytande av behandling eller beslut om att avstå från återupplivning genomförts. På intensivvårdsavdelningen vid Regionsjukhuset i Örebro genomförde vi 1989 en retrospektiv genomgång av samtliga dödsfall, 83 patienter, med avseende på om intensivvården ändrade inriktning mot palliation och om återupplivning utfördes i samband med dödsfallet (Berggren 1991). Resultatet visar att endast 22 patienter, 27% blev föremål för återupplivning och huvuddelen av dessa försök, 16 st, gjordes på patienter som avled inom de första 12 timmarna av intensivvården. Således utfördes återupplivning sällan när patienter dog efter mer än 12 timmars intensivvård. Försök till återupplivning gjordes inte på någon patient äldre än 70 år med mer än 12 timmars intensivvård. Aktivt, terapeutiskt inriktad intensivvård sattes ut varierande tid före dödsfallet hos 35 av de 83 patienter som dog (42%). För de äldsta patienterna över 80 år, ändrades inriktningen på intensivvården mot palliation för 7 av 11 (63%) terminala patienter. Det framgick också att huvuddelen av besluten fattades när patientens vitala organsystem sviktat trots maximal behandling.

Besluten hade alltid fattats av den behandlande läkaren och den intensivvårdsansvarige läkaren i samråd. I de flesta fall hade de anhöriga noggrant informerats. Vi har dock försökt undvika att ge de anhöriga en känsla av att de varit med i själva beslutsfattandet samtidigt som det naturligtvis är viktigt att ta del av deras synpunkter.

Dokumentation

När beslut fattas om förändrad inriktning av vården är det dock påfallande sällan dessa viktiga etiska ställ-

När beslut fattas som förändrar inriktning mot palliation är det sällan dessa viktiga etiska beslut journalförs öppet och konsekvent

ningstaganden journalförs på ett öppet och konsekvent sätt. Ofta görs anteckningar om dessa beslut enbart på övervakningskurvan, i "Cardex" eller i andra arbetsdokument. Sådana anteckningar kan bestå av ett eufemistiskt "nollad", "0 HLR", ett överkorsat hjärta eller andra liknande inte alltid lättolkade uttryck. I vissa fall kan dessa betydelsefulla beslut till och med dokumenteras enbart muntligt, vilket naturligtvis inte bara bryter mot journalföringslagen, utan även kan ge upphov till svåra missförstånd och tveksamheter i behandlingen. Detta har nyligen aktualiserats i ett föga uppmärksammat ansvarsärende refererat i Läkartidningen nr 38 1993, där en sjuksköterska blev fälld för att inte ha startat återupplivning i ett fall som hon själv bedömde som utsiktslöst, men där läkarna missat att "hjärtkryssa".

Vi kunde i vår retrospektiva genomgång konstatera att det var sällan som grunden för beslutet fanns dokumenterat och diskuterat i löpande journaltext. Som en följd av detta har vi nu infört en speciell journalhandling som måste fyllas i varje gång ett beslut fattas om inskränkt behandling. På denna blankett måste diagnos antecknas, patientens tillstånd beskrivas i termer av organsvikter, grund till beslut, hur beslutet skett (vilka andra läkare som deltagit), om och hur anhöriga informerats, vilken behandling som ej ska ges, vilken behandling som ska ges och även om och hur beslutet har omprövats. Denna rutin har klart förbättrat handläggningen och även minskat osäkerheten om behandlingsinriktningen inte minst på jourtid. I direktiven har också tydligt fastslagits att beslut om inskränkt behandling skall fattas företrädesvis på dagtid av de läkare som har vårdansvaret för patienten dvs den ansvarige intensivvårdsläkaren och den behandlingsansvarige läkaren från patientens avdelning.

Vardagsetik

Målet med intensivvård är alltid a priori att återställa och övervaka funktionen hos sviktande organsystem och därmed återföra patienten till ett så normalt liv som möjligt. Nivån på vården bör dock alltid anpassas till varje enskild patients behov och förutsättningar. Det är således långt ifrån självklart att alla diagnostiska och terapeutiska åtgärder alltid skall tillgripas bara för att möjligheten finns. Det är, å andra sidan, inte heller

Även om behandlingens inriktning ändras i palliativ riktning måste den basala omvårdnaden upprätthållas

självklart att en terminal sjukdom alltid utestänger en patient från intensivvård. Så kan t ex en patient med en "obotlig" sjukdom mycket väl intensivvårdas, om målet med behandlingen och "gränserna" för vården tydligt anges.

Även om behandlingens inriktning ändras i palliativ riktning måste den basala omvårdnaden upprätthållas, terminala patienter bör om möjligt inte skickas iväg till vårdavdelning och miljö och omgivningarna måste även på en intensivvårdsavdelning kunna vara värdig och fridfull.

En annan viktig faktor är det etiska "klimatet" på avdelningen. Det är viktigt att alla som arbetar på avdelningen känner till hur och varför etiska beslut fattas, och även har möjlighet att uttrycka sin åsikt. Min erfarenhet är också att det ofta är sjuksköterskor eller undersköterskor som först tar upp diskussionen huruvida aktiv behandling är meningsfull eller ej. Mindre ofta sker detta av den behandlande läkaren från inläggande klinik.

De etiska principerna för modern intensivvård bör således självklart vara, att ej förlänga döendet, att undvika utsiktslös behandling och att använda de medicinska resurserna där de bäst behövs. I en situation där ekonomin sätter snävare och snävare ramar samtidigt som både kraven och även möjligheterna ökar, blir läkekonsten alltmer att skilja ut det nödvändiga från det onödiga; att tänka, bedöma och besluta, snarare än att ordinera, agera och intervensera.

REFERENSER

- Berggren L, Olsson J, Sjökvist P: Intensivvård i livets slutskede - etiska ställningstaganden, Läkartidningen 1991; 88:2368-70.
Enkvist C: Intensivvården och den naturliga döden. Läkartidningen 1986; 83:3787-8.
Enkvist C: Intensivvård - för vem? Läkartidningen 1987; 84:3158-60.
Zarén B: Prognosis of outcome for intensive care patients. Uppsala: Department of Anaesthesiology, University Hospital, Uppsala 1987. Thesis.