

# Livshotande tillstånd måste upptäckas och åtgärdas i tid

## Och ibland krävs modet att avbryta en behandling



**ANDREAS HVARFNER**, med dr, överläkare, centrala intensivvårdsavdelningen, anesthesi-, operations- och intensivvårdskliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

andreas.hvarfner@karolinska.se  
**MATTIAS SCHINDELE**, överläkare, chefsläkare, anesthesi- och intensivvårdskliniken, Östersunds sjukhus mattias.schindele@jll.se



När patienter blir allvarligt sjuka uppfattas situationen ofta som plötsligt uppkommen, tex vid hjärtstopp. Men hjärtstopp är sällan en plötslig händelse. Flera relativt nyliga studier har visat att hjärtstopp på sjukhus i de flesta fall föregås av dokumenterad svikt i vitala funktioner flera timmar innan hjärtstoppet inträffar [1]. Den som eventuellt noterat och dokumenterat dessa kliniska fynd har alltså inte alltid förstått faran, och inte heller agerat därefter.

Plötsligheten i situationen speglar många gånger mer läkarens och sjuksköterskans upplevelse och oförmåga att förstå det som pågår, än vad som faktiskt sker med patienten.

**Vi har på svenska sjukhus** inte alltid tillräcklig övervakning av våra patienter [2]. Det krävs tydliga rutiner för hur ofta enkla kontroller av andningsfrekvens, syrgasmättnad, syrgasbehov, kroppstemperatur, blodtryck, puls och vakenhetsgrad ska göras. Det behövs också tydliga anvisningar om vid vilken grad av avvikelser från det normala som avdelningsansvarig läkare själv ska bedöma patienten och när en intensivvårdskonsultation ska ske.

På så vis skulle de flesta kritiska situationer kunna upptäckas i ett tidigare och mindre allvarligt skede, där vården skulle ha bättre förutsättningar att hjälpa patienten. Det skulle kanske räcka med en intensivvårdskonsultation på vårdavdelningen för att på plats optimera behandling och övervakning av patienten.

Ju senare i förloppet åtgärderna sätts in, desto sämre är förutsättningarna att

hjälpa patienten. Allra sämst är att det går så långt som till ett hjärtstopp på vårdavdelning, vilket nästan alltid (83 procent) leder till döden [3].

**MIG-system** (mobil intensivvårdsgrupp) finns på svenska sjukhus sedan ett tiotal år, och de gör nytta. Tyvärr är kunskapen om avvikande vitala parametrar som riskmarkör för komplikationer ännu inte tillräckligt spridd bland alla sjukhusläkare. Forskning visar att vi blivit bättre på att uppmärksamma riskpatienter, men den uppmärksamheten har inte resulterat i förväntade förbättringar i form av reducerad mortalitet [4].

Möjligen kan en framgångsrik väg vara att ytterligare fokusera på kända grupper av riskpatienter (nyligen inlagda, nyligen opererade, nyligen återkomna från intensivvårdsavdelning samt patienter där MIG-teamet bedömt att patienten kunnat stanna kvar på vårdavdelning), dvs patienter där fysiologisk instabilitet är vanligt förekommande.

**Samtidigt kommer en del** av våra patienter att avlida under vårdtiden. Det tycks oss som om det många gånger är svårt för oss som läkare att hantera den annalkande döden. Det är inte alltid intensivvård eller hjärt-lungräddning är svaret på allvarlig sjukdom. Vet vi verkligen vad den svårt sjuka patienten önskar? Har vi talat med henne om det?

Kan vi i den plötsligt uppkomna akuta situationen fatta rätt beslut om mer intensivvård eller mindre intensivvård?

Vi behöver se människan, lyssna på henne och ge henne vad hon behöver. Det är inte alltid detsamma som vad vi tror att hon behöver. Den döende människan är inte längre betjänt av ivriga försök till bot. Då är det dags för beslut om att vårda i stället för att bota. Mod och kunskap att genomföra ett sk brytpunktssamtal behövs för att ge god vård till döende patienter.

**Alla patienter behöver** rätt vård när de sviktar; inte för lite, men inte heller för mycket. Den allvarligt sjuka patienten



**Intensivvård är inte alltid svaret på allvarlig sjukdom.**

Foto: Colourbox

måste identifieras så tidigt som möjligt för att på ett bättre sätt kunna räddas till ett bra liv. Den allvarligt sjuka, döende patienten behöver också identifieras så tidigt som möjligt för att hon ska få tillfälle att tala med oss om vad hon önskar.

Maximal vård är inte detsamma som optimal vård. Vi kan – och ska – bli bättre på detta i svensk sjukvård.

Dessa frågor belyses vid ett symposium på Medicinska riksstämman 2014.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Kause J, Smith G, Prytherch D, et al. A comparison of antecedents to cardiac arrests, deaths and emergency intensive care admissions in Australia and New Zealand, and the United Kingdom – the ACADEMIA study. Resuscitation. 2004;62(3):275-82.
2. Fridén T, Andréén-Sandberg Å. Kritiskt sjuk ineliggande patient måste få hjälp i tid. Mäta, värdera, agera är grunden – med stöd av ALERT, MEWS och MIG. Läkartidningen. 2013;110:CCF9.
3. Svenska hjärt-lungräddningsregistret. Årsrapport 2014. <http://www.hlr.nu/hjart-lungradningsregistret/>
4. Bartels K, Karhausen J, Clambey ET, et al. Perioperative organ injury. Anesthesiology. 2013; 119:1474-89.

### ■ SAMMANFATTAT

**Den allvarligt sjuka** patienten identifieras ofta för sent, vilket kan leda till undvikbar död eller behov av mer avancerad intensivvård än vad som annars skulle varit fallet.

**Tydliga rutiner** för hur patienters vitala funktioner ska kontrolleras måste spridas och tas i bruk. Kunskapen om hur sviktande vitala funktioner åtgärdas måste öka.

**Många allvarligt sjuka** är i själva verket döende. I dessa situationer behövs mod att inte försöka bota utan att i stället vårda patienten.