

Läkaren är patientens doktor – inte »advokat«

Den brittiska kvartalstidskriften *Clinical Ethics* har i varje nummer diskussioner runt vardagliga komplicerade fall som inte är möjliga att lösa med en princip som t ex autonomi eller göra gott. I det senaste numret belyses gränserna för läkares möjlighet att stödja kostsamma behandlingar: En endokrinolog redogör för en patient med akromegali. All terapi är utan effekt, och nu är det aktuellt med behandling med en GH-antagonist. Kostnaden ligger runt en miljon kronor per år. Medan ansökningarna om bidrag behandlas har patientens allmäntillstånd försämrats. Han behöver nu hjälp i hemmet två gånger dagligen för insulininjektioner och annat.

Doktorn finner sig tvingad att agera som »advokat« för patienten men känner samtidigt att han har ett samhälleligt ansvar. Är behandlingen rimlig? En etikkommitté (medlemmarna till största delen läkare) ger synpunkter.

Kommittén framför att det finns en gräns för varje läkares expertkunskande och att det i detta fall är nödvändigt att få bedömningshjälp från andra som vet mer om hur patienten fungerar socialt. För att en läkare som har ansvar för att vårda många patienter ska framstå som pålitlig får hon/han inte engagera sig orimligt mycket i en särskild patient.

Kommitténs medlemmar är också bekymrade över användningen av termen »advocate«, som betyder att man som behandlande läkare endast ska tala för



En läkares ansvar är alla patienter, inte att att vara »advokat« för en patient.

Foto: AJ Photo/SPL/IBL

patientens sak. Man anser att en läkares skyldighet är att föra fram alla väsentliga förhållanden.

Kommittémedlemmarna framhåller att läkare kan få betydande hjälp och stöd av att rådgöra med kolleger i beslut av detta slag. Med dagens snäva tidsramar i sjukvården får tid för patientdiskussioner ofta stryka på foten – till förfång för både patienter och läkarna själva.

Reet Arnman

fd överläkare i internmedicin, Uppsala

Draper H. Clinical ethics committee case 1: Is there a limit on the extent to which I have to be an advocate for my patient? *Clin Ethics*. 2008;3:4-6.

»Ett entydigt resultat vore av stort värde. Insulinbehandling har ju redan implementerats inom intensivvården över hela världen i stort sett enbart i kraft av van den Berghes studie från 2001 ...«

på intensivvården (två dagar) och på sjukhuset (åtta dagar) var identiska i de båda grupperna. Författarna konkluderade att intensiv insulinterapi inte minskade vare sig dödligheten eller komplikationerna efter hjärtkirurgi.

Nyligen publicerade samma huvudförfattare en metaanalys av 34 studier där insulin givits i samband med kirurgi, oftast hjärtkirurgi [3]. Patienter som randomiserats till intensiv insulinterapi hade högre incidens av hypoglykemi (relativ risk, RR, 2,07; 95 procents konfidensintervall, CI, 1,29–3,32). Inga skillnader förelåg däremot med avseende på en lång rad andra komplikationer. Mortalitet rapporterades tyvärr bara i 14 studier. Dödligheten var lägre för de insulinbehandlade (RR 0,69; 95 procents CI 0,52–0,94); mycket i kraft av att van den Berghes kända studie inkluderats i sin helhet trots att alla hennes patienter inte genomgick kirurgi [2]. Slutsatserna var att intensiv insulinterapi kan minska mortaliteten men att den, mer tydligt, ökar risken för hypoglykemi.

Evidensen för intensiv insulinbehandling under kirurgi är alltså tämligen klen. Behandlingen har dock varit ännu mer aktuell i samband med intensivvård. Dess värde studeras just nu hos 6 000 patienter i ett nästan slutfört internationellt projekt, den s k NICE-SUGAR-studien. Ett entydigt resultat vore av stort värde. Insulinbehandling har ju redan implementerats inom intensivvården över hela världen i stort sett enbart i kraft av van den Berghes studie från 2001 [2].

Robert Hahn

FoUU-chef, Södertälje

1. Gandhi GY, et al. Intensive intraoperative insulin therapy versus conventional glucose management during cardiac surgery: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2007;146:233-43.
2. van den Bergh G, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med*. 2001;345:1359-67.
3. Gandhi GY, et al. Effect of perioperative insulin infusion on surgical morbidity and mortality: systematic review and meta-analysis of randomized trials (review). *Mayo Clin Proc*. 2008;83:418-30.

Oklarheter kring värdet av insulinbehandling under kirurgi

Patienter som genomgår kirurgi utvecklar övergående typ 2-diabetes. Hyperglykemi är därför ett regelmässigt fynd. Ett stort intresse har sedan flera år riktats mot möjliga fördelar av att använda insulin för att motverka denna tillfälliga ökning av blodets glukosnivå.

Gandhi och medarbetare [1] studerade överlevnad och komplikationer hos 400 patienter som genomgick öppen hjärtkirurgi. Hos hälften av dem användes, under själva operationen, insulin för att hålla blodsockret inom normalinterval-

let (4,4–5,6 mmol/l) medan det hos övriga tilläts stiga till 11,1 mmol/l. Då kirurgen avslutats hölls alla patienter normoglykemiska med hjälp av insulin, vilket tidigare visats vara av värde [2].

Lika många ur varje grupp (44 respektive 46 procent) drabbades av minst en komplikation, såsom förlängt behov av andningsstöd, arytmier, stroke eller njursvikt, inom 30 dagar efter ingreppet. Fler dödsfall (4 versus 1; P<0,06) och stroke (8 versus 1; P<0,02) uppstod dock hos dem som hölls normoglykemiska. Tiden