

Medisinske tiltak skal være godt dokumentert, og pasienter skal delta i beslutninger om egen behandling. I kritiske situasjoner kan dette være umulig å få til

Legehelter – og antihelter

Jeg innrømmer det litt beskjemmet: Jeg har lest legeromaner. Gjennom disse fikk jeg et klart bilde av legehelten som en besluttosom, selvstendig og handlekraftig mann. I desperate situasjoner kunne han redde liv ved hjelp av tiltak som bare han kjente til og behersket. Legen tok raske avgjørelser om liv og død – alene – og ingen, heller ikke helten selv eller pasienten, reflekterte over om behandlingen var vitenskapelig dokumentert og allment akseptert. Som student i 1980-årene møtte jeg legehelter av denne typen, som berettet om hvordan akkurat deres besluttosomme inngrisen og kreative løsninger hadde reddet liv.

Det stilles andre forventninger til dagens legehelter. Behandlingen som tilbys pasientene, skal være vitenskapelig dokumentert og fortrinnsvis nedfelt i faglige retningslinjer. Pasienten skal informeres om fordeler og ulemper ved behandlingsalternativene og selv medvirke aktivt i beslutningene. Dette er sågar et krav fra høyeste politiske hold: «Ingen beslutninger tas om meg, uten meg», har statsråden uttrykt ved flere anledninger (1).

I dette nummeret av Tidsskriftet presenteres en kasuistikk om en pasient som fikk alvorlig surstoffmangel under narkose (2). Tilførsel av nitrogenmonoksid (NO) ser ut til å ha snudd bildet. NO, som ikke må forveksles med anestesigassen dinitrogenmonoksid (N_2O), har vært brukt usystematisk og med veslegrad av entusiasme i et par tiår på intensivavdelinger til pasienter med alvorlig hypoksem og pulmonal hypertensjon. Behandlingen er lite omtalt i vitenskapelig litteratur og er ikke tatt inn i kliniske retningslinjer. Brukt peroperativt er den, som forfatteren selv skriver, særdeles uvanlig. Et søk på Pubmed etter «nitrous monoxide» i kombinasjon med «surgery» eller «operative» gir ingen relevante treff. Det kan ikke være tvil om at behandlingen må anses som eksperimentell.

Den raske bedringen kort tid etter at NO-behandlingen ble igangsatt «tyder på at inhalert NO kan være til god hjelp ved perioperativ akutt høyresidig hjertesvikt», skriver forfatteren. Når alt går bra, vil neppe noen kritisere at eksperimentell behandling blir tatt i bruk – selv uten pasientens samtykke. Men hva skjer om pasienten ikke klarer seg? Slike historier blir neppe publisert. Og om de blir det, ville man nok tatt det for gitt at pasienten døde av tilstanden og ikke av tiltaket. Men kunne det tenkes at behandlingen hadde medvirket til et uønsket utfall?

Det finnes eksempler på at tiltak som ser ut til å ha overbevisende effekt hos svært syke enkelpasienter, likevel ikke holder mål eller til og med påfører mer skade enn gagn når det evalueres systematisk. I 2002 kom aktivert protein C (drotrecogin alfa) på markedet til bruk hos pasienter med alvorlig sepsis. Godkjenningen var basert på foreløpige resultater fra én randomisert studie (3). De nærmeste årene ble det presentert tilfeller der medikamentet så ut til å snu et kritisk sykdomsbilde hos enkeltpasienter. Det var entusiasme i deler av det intensivmedisinske miljøet (4), selv om det også var kritiske røster (5). I oktober 2011 ble medikamentet trukket fra markedet, da resultatene fra en ny randomisert studie ikke viste lavere dødelighet i behandlingsgruppen (6). Hjertelaserbehandling ved alvorlig angina pectoris er et annet eksempel. Behandlingen ble forsøkt på pasienter som ikke egnet seg for ballongblokking eller konvensjonell hjerte-kirurgi. I Norge ble metoden tatt i bruk i 1990-årene, og det ble rapportert om pasienter som hadde god effekt. I år 2000 konkluderte Senter for medisinsk metodevurdering med at hjertelaserbehandling

ikke reddet liv (7). I en helt nylig oppdatert Cochrane-rapport konkluderer man med at risikoen for uønskede utfall, inkludert betydelig postoperativ dødelighet, er så stor at metoden er uakseptabel i klinisk bruk (8).

En god del av den behandlingen som anvendes i anestesien – også den helt rutinemessige – er ikke dokumentert i tradisjonell forstand. Faget preges også av mangel på enhetlig nasjonal praksis og omforente retningslinjer. Ingen av Helsedirektoratets 51 nasjonale faglige retningslinjer gjelder klinisk anestesi. Det er stor grad av lokale anestesiologiske tradisjoner og mange individualister som kanskje – i hvert fall av og til – utover legekunst i litt for stor og litt for individuell grad. Samtidig er det slik at anestesiologene regelmessig står i kritiske pasientsituasjoner som krever handlekraft, besluttosomhet og ikke sjeldent en viss kreativitet. Pasientmedvirkning er langt fra alltid mulig å få til. Man kan faktisk ikke vekke kritisk syke pasienter fra narkosen for å involvere dem i avveiningene. Om løsningene ikke finnes i kunnskapsbaserte kilder, kan det likevel være riktig å foreta seg noe utradisjonelt for å prøve å berge pasienten, slik kollegene ved St. Olavs hospital gjorde (2).

Problemet er ikke at man foretar seg noe eksperimentelt eller utradisjonelt i en nødsituasjon. Problemet er skjevrapporeringen av utfallet av slike eksperimenter. Når bare heltehistoriene blir kjent, er det umulig å vite om utfallet skyldes behandlingen. Dersom all behandling og alle utfall registreres – uavhengig av om retningslinjer ble fulgt – vil vi få bedre mulighet til å bedømme effekten av eksperimentell behandling i nødsituasjoner. Men det krever at også antiheltene, de som prøver og faktisk feiler, føler seg forpliktet og trygge nok til å rapportere.

Pasientene trenger legehelter som er villige til å ta sjanser i nødsituasjoner, men heltestatusen bør knyttes til åpenhet om hva man har gjort og hvorfor man har gjort det, snarere enn et positivt utfall.

Siv Cathrine Høymark
sch@kunnskapssenteret.no

Siv Cathrine Høymark (f. 1965) er ph.d., spesialist i anestesiologi og avdelingsdirektør ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Høie B. Sykehustalen 2015. www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2015/id2357828/ [3.8.2015].
2. Brede JR. En kvinne i 70-årene med dekompensert hjertesvikt under operasjon. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1366–8.
3. Bernard GR, Vincent JL, Laterre PF et al. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. N Engl J Med 2001; 344: 699–709.
4. Frøyskov S, Jacobsen D, Bjertnæs L et al. Alvorlig sepsis behandlet med aktivert protein C. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 779–81.
5. Laake JH, Bergmann JB, Riddervold F et al. Bør sepsispasienter behandles med aktivert protein C? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 782–4.
6. Ranieri VM, Thompson BT, Barie PS et al. Drotrecogin alfa (activated) in adults with septic shock. N Engl J Med 2012; 366: 2055–64.
7. Senter for medisinsk metodevurdering. Hjertelaserbehandling. SMM-rapport nr. 6/2000. www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/smm-rapporter/3.8.2015/.
8. Briones E, Lacalle JR, Marin-Leon I et al. Transmyocardial laser revascularization versus medical therapy for refractory angina. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2: CD003712.