

Jehovas vittnen – En intressant utmaning för vården

Föredragshållare:
Anders Bengtsson
2010-03-03

**Uppsats i forskarkursen:
Aktuell klinisk forskning
VT2009-VT2010**

**Författare:
Malin Axelsson**

Jehovas vittnen – en intressant utmaning för vården

Onsdagsmötet den 3 mars 2010 hölls av Anders Bengtsson som är överläkare i anesthesi och intensivvård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Östra sjukhuset i Göteborg.

Sammanfattning av föredraget

Utgångspunkt för kvällens seminarium med efterföljande diskussion var det patientfall som initialt beskrevs. En kvinna tillhörande Jehovas vittnen drabbas i samband med en förlossning av en massiv blodförlust. Kvinnan vägrar blodtransfusion mot bakgrund av sin livsåskådning och uttrycker att hon hellre dör än att samtycka till sådan. Efter flera veckors intensivvård tillfrisknar kvinnan utan betydande kvarstående men.

Jehovas vittnen har sina rötter i kristendomen och har ca 25 000 medlemmar i Sverige. Att vara ett vittne innebär att förhålla sig till vissa livsregler bl a ett totalt förbud mot att ta emot blod såväl via kost som via blod transfusion. I Sverige är det upp till den enskilde individen att själv avgöra om denne vill ta emot blodtransfusion eller inte.

Att erhålla blodtransfusion kan dock vara förenligt med vissa risker som exempelvis, överförande av sjukdomar, allergisk reaktion, immunologisk reaktion, immunosuppression (risk för cancer recidiv, försämrat infektionsförsvar, risk för sårinfektion) eller s.k. Transfusions related Acute Lung Injury (TRALI, svikt) vilket är ett livshotande tillstånd som kan uppstå i samband med blodtransfusion. Ett påpekande av betydelse är att det emellanåt förekommer brist på blod. Det framhålls att det dessutom tenderar att förekomma ett slentrianmässigt blodgivande. En kvalificerad bedömning är att ca 50 % av alla blodtransfusioner i samband med operation ges helt i onödan. En frisk individ med ett hemoglobin (Hb) värde på mindre 80 kanske t o m mindre än 70 ska ej ha blod.

En rad förebyggande åtgärder lyfts fram som rekommenderas för att minimera risken för alltför låga blodvärden. En primär åtgärd är att optimera massan av röda blodkroppar vilket görs hos patienter med ett lågt Hb värde inför en operation och även när en blödning uppstått.

Detta sker företrädesvis genom att behandla patienten med järn, folsyra och erytropoetin. Erytropoetin är den viktigaste och mest effektiva behandlingsmetoden men den måste kompletteras med folsyra och järn där den sistnämnda bör ges intravenöst med läkemedlet Venofer. När det gäller läkemedel i övrigt är det angeläget att NSAID – preparat sätts ut före operation. I förekommande fall kan behandling med antibiotika sättas in för att minimera risk för utveckling av sepsis. Övriga läkemedel eller verksamma substanser som nämns i sammanhanget är Octostim, K-vitamin och tranexamsyra (cyklokapron). Även Novoseven omnämns vilket är ett oerhört dyrt läkemedel med tveksam effekt som därför inte rekommenderas i dessa lägen.

Vidare gäller att under operationen minimera blödningar och blodförluster. Syrgasavgivningen måste maximeras medan syrgaskonsumtionen måste minimeras. Det senare sker genom att minska metabolismen. Dessutom krävs en optimal kirurgisk teknik i kombination med en optimal hemostas. Det poängteras särskilt tydligt att re-operation aldrig ska fördröjas i dessa lägen. Det påpekas att alla patienter borde bli opererade som Jehovas vittnen. Det hävdas att kirurger är mer försiktiga för att minimera risk för blödning i dylika fall. Vårdpersonal kan ej tvingas att utföra ingrepp i dessa lägen varför en kirurg som ej vill åtaga sig ingreppet har att hjälpa patienten med kontakt till annan läkare eller klinik.

Vårdsituationer som i beskrivet patientfall har inspirerat till utvecklandet av nya metoder som alternativ till blodtransfusion. Dessa metoder syftar till att återvinna blod under operation genom att samla upp blod vid blödning för att därefter återföras till patienten. Dessa är metoder som Jehovas vittnen samtycker till eftersom blodet vid användandet av dessa metoder står i ständig kontakt med kroppen genom ett slutet system som hålls öppet med ett dropp med natriumklorid (NaCl). Droppakten kan vara mycket långsam. En droppe/timma om nödvändigt bara det slutna systemet inte på något vis bryts. Av den anledningen accepteras ej preoperativ blodtappning som sparas för att transfunderas vid operation. Vissa medlemmar i Jehovas vittnen kan samtycka till att ta emot trombocyter, plasma, plasma expanders eller albumin.

En metod som utvecklats för intra-operativ blodåtergivning är s.k. *hemodilution*. Detta är en teknik där helblod eller blodkomponenter tappas från patienten i anslutning till operationsstart och ersätts med blodfri volymexpander. Blodet ges tillbaka till patienten post-operativt efter blodspilla. En per-operativ metod är s.k. – *cellsaver*. Denna metod innebär att röda blodkroppar tvättas i natriumklorid (NaCl) och centrifugeras varefter blodet ges tillbaka till patienten. En nackdel är dock ca 30 % av erytrocyterna dör eller skadas till följd av denna behandling. Ytterligare en nackdel är själva apparaten i sig kan vara ganska krånglig att hantera för den som inte använder den frekvent. En tredje metod är s.k. *filterteknik* vilken innebär att blodet vid blödning samlas upp och filtreras för att därefter ges tillbaka till patienten som helblod. En fördel med denna metod är att den är mycket enkel att använda.

Kostnaden för intensivvård i dessa lägen kan komma att bli betydande och en fråga till oss åhörare var om denna fördyrade vårdtid kan vara försvarbar. Frågan fick inte särskilt stort utrymme men det framkom att kostnader är något att beakta för pengarna kan tänkas tas från andra behövande områden varför frågan om individens eget betalningsansvar kom upp. Mest kom diskussionen att handla om betydelsen och beaktandet av autonomiprincipen. Frågan om hantering av minderårig kom upp men det framkom att det ytterst sällan uppstår någon svårighet då socialtjänsten gör ett akut omhändertagandet av barnet enligt *Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (1)* så att traditionell vård kan ges i de fall då inte föräldrarna samtycker till blodtransfusion.

Reflektion

Min motivering till att låta ovanstående föredrag utgöra grund till min uppsats på kursen aktuell klinisk forskning är dels beaktandet av autonomiprincipen och dels att patienter som väljer att avböja gängse behandlingsmetoder kanske kan sägas utmana till användandet av andra metoder än de traditionella vilket i beskrivet fall varit homolog blodtransfusion. Med andra metoder avses här naturligtvis metoder som sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Helt i linje med vad Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) stipulerar planerades och utfördes vård och behandling med respekt för patientens uttryckliga önskan om att inte ta emot blod (2). I Allmänna råd från Socialstyrelsen (1992:2) beskrivs etiska och juridiska aspekter gällande allt arbete inom hälso- och sjukvård. Där lyfts vikten av saklig och

korrekt information fram som en förutsättning för att patient ska kunna fatta självständiga beslut och att vård och behandling ska kunna utverkas i samråd (3). Informationskravet anges även i HSL (2). Det finns dock begränsningar i patientens självbestämmande. Ett sådant exempel är att läkare inte kan tillmötesgå patientens självbestämmande när det gäller användandet av metoder som inte är förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett annat exempel är skyldigheten att rädda en person som gjort självmordsförsök då detta är en konsekvens av psykisk ohälsa (3). I anförda patientfall blev vårdtiden lång, kostsam och komplicerad men autonomiprincipen beaktades fullt ut till förmån för patientens vilja och denna var helt införstådd med vilka konsekvenserna kunde ha blivit. Detta var förmodligen en utmaning för vårdpersonalen. Det kanske ligger nära till hands att tänka att en behandling som enligt erfarenhet och vetenskap skulle ha en mycket god effekt ur ett medicinskt perspektiv skulle kunna trugas på den enskilde eller kanske rentav ges när patienten inte är i stånd att bevaka sitt självbestämmande. Det är dock tydligt *”att varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp”* (Regeringsformen 2 kap. 6 §). Detta innebär att en individ inte får utsättas för undersökning, behandling och medicinering mot sin vilja såvida inte *”Lagen om psykisk tvångsvård”* eller *”Lagen om rättspsykiatrisk vård”* är tillämplig (4). Detta ska uppfattas som att vårdpersonal aldrig får behandla en patient mot dess vetande eller ge en behandling som patienten inte samtycker till (5). Ytterligare att beakta är att blodtransfusioner inte är helt riskfria vilket kvällens föredragshållare tydliggjorde. Vem är den vårdpersonal som vill utsätta en patient för denna risk om behandlingen klart strider mot dennes uttryckliga vilja?

”Transfusionsmedicin kommer även i fortsättningen att vara lite som att vandra genom en tropisk regnskog, där man tydligt ser de upptrampade stigarna men ändå måste vara försiktig med var man sätter fötterna och där nya hot kan ligga på lur bakom nästa krök för att överrumpla dem som inte är på sin vakt.”

Ian M. Franklin, professor i transfusionsmedicin.

www.watchtower.org/z/200608/article_02.htm

Läst 100408

Koppling till egen forskning

Följsamhet med läkemedelsbehandling är fokus för det forskningsprojekt jag är involverad i. Det framgår tydligt i Världshälsoorganisationens (WHO) följsamhetsrapport (2003) att

följsamhet med långvarig behandling är låg vilket innebär att uppskattningsvis 50 % av individer med långvarig behandling följer den enligt ordination (6). Konsekvensen av bristande följsamhet kan möjligen liknas vid en kedjereaktion. Låg följsamhet kan bidra till att förväntade behandlingsresultat uteblir (6) vilket i sin tur kan leda till sämre sjukdomskontroll (7-12) och på sikt ökade hälso- och sjukvårdskostnader (13-15) och i sin förlängning möjligen till ansträngda relationer mellan patient och vårdpersonal (16).

Problemet med otillräcklig följsamhet har i decennier inspirerat till forskning som genererat betydande kunskap om påverkansfaktorer (6) och till viss del metoder för att förbättra följsamheten (17). Precis som för patienten i kvällens föredrag gäller ju även här att ingen individ kan tvingas till att ta sina mediciner. Precis som i fallet med den unga kvinnan som var Jehovas vittnen utmanar detta till användande och utvecklande av nya metoder. Ett sådant exempel är begreppet *concordance* som återfinns i följsamhetssammanhang sen ett drygt decennium tillbaka. Begreppet bygger bl a på idén om en relation mellan patient och vårdgivare som karaktäriseras av ömsesidighet och respekt där den medicinska kunskapen och den levda erfarenheten möts. Grundtanken är att patienten ska vägledas till att göra egna val rörande diagnos och behandling mot bakgrund av adekvat information. Patientens självbestämmande betonas samtidigt som det understryks att inget avkall från principen om vård och behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet får göras (18). Idén om *Concordance* och hanteringen av patienten i föredraghållarens fall sammanfaller enligt min mening men visar också på en stor utmaning för hälso- och sjukvårdspersonal.

Referenser

1. Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. www.riksdagen.se (läst 100430)
2. Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763. [www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvardslagen(hsl)) (läst 100408)
3. Allmänna råd från Socialstyrelsen (1992:2). www.socialstyrelsen.se (läst 100408)
4. Regeringsformen 2 kap. 6 §. www.riksdagen.se (läst 100408)
5. Etiska frågor. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/etiskafragor/etiskafragestallningar (läst 100408)
6. Sabate E, editor. . Adherence to long-term therapies: evidence for action. . Genova: World Health Organization. 2003.
7. Ho PM, Magid DJ, Shetterly SM, Olson KL, Maddox TM, Peterson PN, et al. Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *Am Heart J*. 2008 Apr;155(4):772-9.
8. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Archives of internal medicine*. 2006 Sep 25;166(17):1836-41.
9. Williams LK, Pladevall M, Xi H, Peterson EL, Joseph C, Lafata JE, et al. Relationship between adherence to inhaled corticosteroids and poor outcomes among adults with asthma. *The Journal of allergy and clinical immunology*. 2004 Dec;114(6):1288-93.
10. Horn CR, Clark TJ, Cochrane GM. Compliance with inhaled therapy and morbidity from asthma. *Respir Med*. 1990 Jan;84(1):67-70.
11. Clatworthy J, Price D, Ryan D, Haughney J, Horne R. The value of self-report assessment of adherence, rhinitis and smoking in relation to asthma control. *Prim Care Respir J*. 2009 Jun 26.
12. Perreault S, Dragomir A, Roy L, White M, Blais L, Lalonde L, et al. Adherence level of antihypertensive agents in coronary artery disease. *Br J Clin Pharmacol*. Jan;69(1):74-84.
13. Bender BG, Rand C. Medication non-adherence and asthma treatment cost. *Current opinion in allergy and clinical immunology*. 2004 Jun;4(3):191-5.
14. Sokol MC, McGuigan KA, Verbrugge RR, Epstein RS. Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical care*. 2005 Jun;43(6):521-30.
15. Balkrishnan R, Rajagopalan R, Camacho FT, Huston SA, Murray FT, Anderson RT. Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: a longitudinal cohort study. *Clinical therapeutics*. 2003 Nov;25(11):2958-71.
16. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. 2005 Sep;1(3):189-99.
17. Haynes, R. B. et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008
18. Marinker M. From adherence to concordance - achieving shared goals in medicine taking.: The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.; 1997.