

Att vara läkare när patienten vill dö

Hur skall läkaren gå tillväga för att hjälpa den patient som vill dö? Mötet mellan patient och läkare kan innehålla även sådant som kan tyckas ligga lite vid sidan av det rent medicinska. Patienten har ibland förväntningar på sin läkare också när det gäller frågor om liv och död, också när livet förlorat alltför mycket av sitt värde.

En helt frisk människa vill leva. Denna grundläggande hypotes utgör basen för en lång rad av sjukvårdens strävanden. Friska kan emellanåt umgås med tanken på att livet inte är värt att leva. Att för en längre tid stå fast vid en längtan att dö måste nog ändå anses som mycket ovanligt.

Läkarens hypotes bör vara att den är uttryck för sjukdom.

Uttryck för livsleda

Bland somatiskt sjuka med plågsamma symtom möter man ganska ofta uttryck för livsleda. Smärta, dyspné och illamående innehåller i sina fysiologiska mekanismer alltid en koppling till det limbiska systemet, med större eller mindre psykisk påverkan som följd. Även andra plågsamma symtom kan ge liknande effekter.

Patienten är inte alltid medveten om dessa mekanismer. Han kan t ex medvetet underbehandla sina smärtor (t ex av rädsla för läkemedelsbiverkningar), bli uppgiven och led på livet och tro att det är omöjligt att hitta tillbaka till livslust igen.

En orsak till livsleda kan vara depression. Prova alltid den hypotesen! Fråga patienten om han själv tror att depression föreligger. Leta efter klassiska symtom som sänkt stämningsläge, intensiva morgonsymtom, trötthet m m. Finns depression tidigare i livet? Bland äldre kan depression vara svår att känna

Författare

GUNNAR ECKERDAL

överläkare, Mölndals sjukhus.

igen, bland svårt somatiskt sjuka likaså. Samråd gärna med psykiater.

Överbelastning av psyket

Vid relativ överbelastning av psyket, »psykisk insufficiens», kan depressiva symtom uppkomma, även ibland en längtan att dö. En orsak till relativ överbelastning kan vara alkoholintoxikation, långvarig sömnbrist, för mycket arbete, relationsproblem, ständig oro för hälsa och sjukdom m m.

När en människa drabbas av sorg välts allt över ända. Bland sorgens normala uttryck finns en känsla av meningslöshet och ibland en längtan efter att få dö. För de flesta av oss finns denna längtan bara korta stunder, och vi kan förstå att den hör sorgen till. För några blir den en intensivare önskan som bidrar till att öka sorgens plåga.

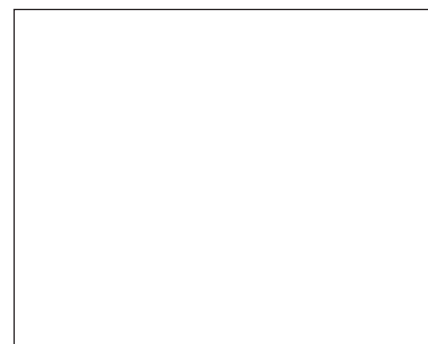
Den sociala verklighet som omger patienten kan leda till svårt lidande, ibland genom psykisk överbelastning men emellanåt snarast som uttryck för djup reflektion. Tankarna kan ha existentiell anknytning. Arbetslösa, nyligen fränskilda, missbrukare, misshandlade och många andra kan säkert då och då snudda vid tanken att livet gärna kunde få ta slut.

Några av de människor som förstår att livet snart kommer att ta slut kan känna stort lugn, även vid medvetande om att döden är nära. Ibland kan omsorgen om de närmaste leda till en önskan att livet skall ta slut. Allt är ju ändå »klart». En försäkran om att medicinska åtgärder som skulle kunna förlänga livet inte kommer att utnyttjas kan vara det patienten efterfrågar.

Vad önskar patienten?

Den som inte vill leva kan bära tankarna inom sig eller dela dem med någon. Varför välja läkaren? Det kan finnas många skäl. Läkarens hypotes måste vara att patienten vill få medicinska aspekter belysta och av läkaren få hjälp att slippa lidande.

Ibland visar det sig dock att den hypotesen inte håller. Patienten berättar om sin livsleda för att få uppmärksamhet, läkemedel, sjukskrivning eller medkänsla. Men detta är enligt min erfarenhet ovanligt! I stället kan man se det som ett stort förtroende att patienten



Palliativ
medicin

vill berätta. Läkarens skicklighet och empati ställs då på prov.

Hur skall man fråga?

När patienten visar tecken till livsleda kan det vara motiverat att hjälpa till genom att fråga *Har du det svårt just nu? Är livet tungt för dig?* eller något liknande. Om patienten då säger att hon inte vill leva är det bra att fortsätta frågandet, så länge patienten orkar och vill fortsätta samtalet:

Varför vill du inte leva? Är dessa tankar nya för dig eller har du tänkt likadant förut? Skulle du kunna tänka dig någonting som skulle kunna ge dig livslust tillbaka? Låt svaren leda samtalet vidare [1].

Märks tecken till depression måste frågor om dygnsrytm, självmordstankar m m ställas. Finns det depression tidigare i livet? Använder patienten någon av de betablockerare som kan öka benägenheten för depression? Andra läkemedel med potentiella psykiska biverkningar?

Fråga aktivt efter smärta och andra kroppsliga plågsamma symtom. Är patienten rädd för att kroppsliga plågor skall tillstöta i framtiden [2]?

I några fall är det medicinskt påkallat att göra en bedömning om det föreligger sjukdom i centrala nervsystemet eller metabol rubbning, att undersöka neurologiskt status, eventuellt med datortomografi av hjärnan, att ta prov för

S-Ca, tyreoidestimulerande hormon (TSH) m m.

Om det är svårt att nå full förståelse bör samtalet återupptas vid ett senare tillfälle. Fråga om det går bra att ta med de närstående. De kanske kan bidra med viktiga ledtrådar.

Berätta och förklara!

Livsleda kan sällan behandlas symptomatiskt. Åtminstone måste ambitionen vara att i första hand behandla de bakomliggande faktorer som kommit i dagen i det inledande samtalet. Berätta vad analysen givit för resultat. Förklara sambandet mellan yttre faktorer och psykiska symtom som till exempel livsleda. Redan en sådan förklaring kan många gånger hjälpa patienten!

Ibland måste behandlingen genomföras av någon annan. Utnyttja möjligheten till kontakt med kurator, psykolog, psykiater eller sjuksköterska. Det är av avgörande betydelse att patienten känner tryggheten i att få fortsatt stöd. Avtala därför tid för nästa besök! *Återkom vid behov!* är inte en lämplig avslutning på en konsultation motiverad av allvarlig livsleda.

Ibland är det uppenbart att existentiella frågor träder i förgrunden i patientens situation. Ofta är ett erbjudande om kontakt med sjukhuskyrkan, församlingsdiakonen, familjerådgivningen m m motiverat. Läkaren tvekar nog ofta inför sådana erbjudanden. Men hos patienterna har kyrkan ofta en odramatisk plats. Att tacka nej är inte heller svårt för patienten.

Betydligt mera tveksamt kan det bli om läkaren själv ger sig in i komplicerade samtal om existentiella frågor. Lyssna gärna på patientens tankar, men var återhållsam med egna reflektioner!

Uppföljningen viktig

Följ upp insatt behandling på sedvanligt sätt. Återkom efter en tid till patienten med frågan *Känns livet tungt för dig just nu?* Om livsledan kvarstår kan det vara motiverat att börja om igen. Är alla aspekter tillfredsställande belysta? Rör det sig trots allt om otillräckligt behandlad smärta? Har medicineringen inte fungerat? Har hyperkalcemin återkommit?

Samråd med medarbetarna i teamet om patientens livsleda. Ofta ger patienten olika signaler till olika människor.

Patientens tankar om framtiden

Ibland berättar patienten om hur framtiden ter sig för honom. Tankar på kommande lidande kan leda till en önskan att livet skall ta slut: Om det skall bli så här vill jag hellre dö. Informera patienten om att det finns lindring mot olika plågor. Berätta om vilka resurser som står patienten till buds, var och hur

”Friska kan emellanåt umgås med tanken på att livet inte är värt att leva. Att för en längre tid stå fast vid en längtan att dö måste nog ändå anses som mycket ovanligt. Läkarens hypotes bör vara att den är uttryck för sjukdom.”

de kan utnyttjas. Informera också om hur sjukdomen yttrar sig. Många patienter har felaktiga föreställningar om hur svåra sjukdomar yttrar sig i allvarliga sjukdomsskeden.

Erbjud patienten information även till de närstående. Det är ju de som ofta får lyssna och stödja när livsledan gör sig gällande.

Ibland anar patienten att sjukdomen skall beröva honom eller henne all autonomi. Perspektivet ter sig outhärdligt. Informera om att ingen människa kan veta hur han kommer att uppleva olika situationer i framtiden. Berätta eventuellt om patienter med nedsatt autonomi du mött som ändå lyckats bibehålla integritet och människovärde.

När dödade behandling begärs

Enstaka patienter känner rädsla för framtiden och begär att läkaren skall vidta medicinska behandlingsåtgärder som dödar patienten om vissa kriterier uppfylls. *När jag blir så svag att jag inte längre orkar någonting vill jag att du ger mig en spruta så att jag dör.* Patienten, de närstående och läkaren vet att all sådan behandling är olaglig. Men pati-

”En orsak till livsleda kan vara depression. Prova alltid den hypotesen! Fråga patienten om han själv tror att depression föreligger. Leta efter klassiska symtom som sänkt stämningsläge, intensiva morgonsymtom, trötthet m m. Finns depression tidigare i livet? Bland äldre kan depression vara svår att känna igen, bland svårt somatiskt sjuka lika så. Samråd gärna med psykiater.”

entens begäran är betydelsefull. *Innan vi resonerar mera om dödade åtgärder kanske vi kan prata om vad som plågar dig nu och hur du ser på framtiden*, kan vara en öppning till dialog.

Var öppen för patientens tankar, men var återhållsam med att föra en debatt om eutanasi – för eller emot. Patient-läkarsamtalet är inte rätt forum för en sådan debatt. Lyssna, informera och försäkra patienten om att du och ditt team finns kvar hela tiden och finns till hands när han önskar hjälp.

Symtomlindring

I kritiska skeden av svår sjukdom kan livet te sig så outhärdligt att den enda hjälp patienten kan tänka sig är den att bli dödad. Bland de flera tusen svårt sjuka patienter som jag mött under mina år som läkare har frågan om dödade behandling väckts ganska många gånger, oftast som ett resonemang om en »nödutgång», men i ungefär 25 fall har det varit en direkt uppmaning att ge en dödade injektion omedelbart.

Någon av dessa patienter, plågad av långvarig smärta, lever fortfarande med en mångårig, kontinuerlig begäran om eutanasi. Men de flesta är döda. De dog en tid efter sin begäran om eutanasi till följd av den sjukdom som gav dem plåga.

En begäran om omedelbar dödade behandling kräver en snabb bedömning av sjukdomsbilden, erbjudande om ytterligare symtomlindring samt uthållighet hos läkaren. Lämna inte en människa i denna situation utan att en behandling för att lindra plågan är inledd!

Om inga andra möjligheter står till buds kan det vara lämpligt att erbjuda sömn under några timmar eller något dygn och sedan återuppta dialogen och analysen. Mest skonsamt och effektivt brukar intermittert tillförsel av midazolam vara. Börja försiktigt med 1 mg intravenöst eller intramuskulärt, utvärdera effekten. Om patienten inte somnar dubbleras dosen. Om sömn inträder bör patienten observeras med avseende på andning och effektduration. Därefter är det lätt att upprepa behandlingen vid behov. Observera att responset till given dos varierar kraftigt mellan olika patienter. Vid osäkerhet om förfarande och dosering bör anestesilog konsulteras [3, 4].

I de flesta fall är en kombination av analyserande samtal, lindring av somatiska plågor och ett sammansvetsat vårdteams omvårdnad och omsorg om patient och närstående tillräckliga för att patienten skall kunna leva värdigt livet ut.

Fall 1

Patienten var en 97-årig kvinna, tidigare frisk. Hennes dotter var sedan ett par år svårt handikappad. En svärdotter

hade nyligen hastigt avlidit i cancer. Patienten insjuknade under sommaren med diarré och trötthet. Hon fick antibiotika på misstanke om urinvägsinfektion, men förbättrades inte som väntat. Under hösten tillstötte avtackling, matleda och låga blodvärden.

Utredning inleddes, men patienten önskade inte delta i fler undersökningar. Hon var helt klar och välorienterad, sökte själv vård på ett hospis och beredde sig att dö. Vid samtal med läkaren framförde patienten vid flera tillfällen en begäran om dödande injektion. Någon säker diagnos fanns inte. Läkaren samtalade med patienten och föreslog behandlingsförsök, trots avsaknad av diagnos, som ett alternativ till eutanasi. Efter tvekan samrådde hon till detta.

Hon fick behandling med kortison, varvid allmäntillståndet och blodvärdena drastiskt förbättrades. (Detta kan antyda att diagnosen var polymyalgia rheumatica eller någon annan kollagenos.) Patienten skrevs ut till bostaden, där hon kunde klara sig helt utan hjälp. Hon besökte en närstående i Stockholm och klarade tågresan helt på egen hand. Vid samtal uttryckte hon tacksamhet över den behandling hon fått.

Tre månader senare opererades patienten på grund av grå starr. Efter operationen drabbades hon av komplikationer, vilket föranledde vård på sjukhus samt behandling med flera läkemedel. Synen var snarast sämre än före operationen. Patienten framförde nu åter en begäran om eutanasi, men började också antyda suicidplaner. Hon var helt klar intellektuellt och var troligen inte deprimerad. Hon avböjde erbjudande om kontakt med psykiater, liksom behandlingsförsök med psykofarmaka. En vecka efter samtalen om suicid drabbades hon av hög feber och snabbt försämrat allmäntillstånd. Hon avled redan några timmar senare utan att antibiotikabehandling inleddes. Obduktionen visade lunginflammation, men i övrigt ingen allvarlig sjukdom.

Fall 2

Fall 2 var en 73-årig tidigare frisk kvinna, psykiskt mycket vital; sedan en tid hade hon upplevt nedsatt allmäntillstånd. Utredning visade levermetastaser av okänd primärtumör. Onkologisk behandling var inte möjlig. Vid det inledande läkarsamtalet, då patienten flyttat in på hospis, rapporterade hon stor trötthet, tacksamhet över det liv som varit och en önskan att snart få dö. Hon förnekade smärtor. På grund av störan- de nattlig rethosta sattes morfin in.

Några dagar senare förbättrades allmäntillståndet och patienten angav avsevärt mindre smärtproblem(!). Först nu, då smärtorna var borta, insåg hon att mycket av tröttheten och obehagskän-

lan i buken hade berott på smärtan. Under de månader hon hade kvar i livet uttryckte hon ofta en stark vilja att leva länge och en sorg över att sjukdomen berövat henne så mycket.

Fall 3

Patienten var en 51-årig kvinna, i yngre år frisk men sedan sedan tre år tillbaka drabbad av livmodercancer. Den första omgången onkologisk terapi gav gott resultat, men sedan ett år progredierande metastasering. Hon fick vård i bostaden med stöd från primärvården. Hon uttryckte till distriktssköterskan stor förtvivlan och en önskan att få dö så fort som möjligt. Trötthet, smärta och illamående var mest framträdande symtom.

För att i någon mån minska belastningen på maken flyttade patienten in på hospis. Fentanylplåster sattes in med god effekt mot smärtan. Hon var mycket trött, hade antydd förstoppningstensens. Hon bad läkaren om dödande injektion, men accepterade behandling med målsättning att reducera det outhärdliga illamåendet.

Efter några veckor uttryckte patienten ofta att hon var tillfreds. Någon månad efter det att hon kommit till hospis blev hon alltmer plågad av trötthet och nedstämdhet, men var tacksam för korta stödande samtal och kunde fortfarande ibland vara glad. Hon avled ensam på sitt rum, drygt en halvtimme efter det att sköterskan senast varit inne och konstaterat att allt var lugnt.

Referenser

1. Cole RM. Communicating with people who request euthanasia. *Palliat Med* 1993; 7: 139-43.
2. Foley KM. The relationship of pain and symptom management to patient request for physician-assisted suicide. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 289-97.
3. McNamara P, Minton M, Twycross R. Use of midazolam in palliative care. *Palliat Med* 1991; 5: 244-9.
4. Chater S. Sedation for intractable distress in the dying – a survey of experts. *Palliat Med* 1998; 12: 255-69.

TILLVÄXT



FAKTORER

Särtryck av en serie i Läkartidningen 1995

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen, ämnen som styr deras fundamentala livsprocesser.

Dessa ämnen kallas kollektivt tillväxtfaktorer. En serie i Läkartidningen 1995 om dem speglar tendenser i dagens medicinska forskning och pekar på några tillämpningsområden.

Området är i början av en snabb utveckling och många produkter är under utprövning för klinisk användning.

Häftet omfattar 12 artiklar på sammanlagt 56 sidor + färgomslag. Priset är 90 kronor. Vid köp av 11–50 ex 82 kronor, vid högre upplagor 77 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Tillväxtfaktorer

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

.....
Insändes till Läkartidningen,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk gärna kuvertet
» Tillväxtfaktorer »

Telefax: 08-20 76 19