

Livshjälp eller dödshjälp?

Sedering förtäckt dödshjälp i livets slutskede

En cancersjuk man med god smärtkontroll behandlades med kontinuerlig infusion av Dormicumdropp i anestesiframkallande dosering på grund av depression. Behandlingen pågick i fem dygn innan han avled.

Detta föranledde frågan: »Är inte sådan behandling förtäckt dödshjälp?»

Det kom ett telefonsamtal från Norge, som löd: »Är det vedertagen behandling att hålla patienter medvetlösa i flera dygn genom att tillföra sederande medel i dropp intill dess döden inträder? Är inte en sådan behandling förtäckt dödshjälp?» Frågorna ställdes av en journalist på norska Aftenposten.

Episod från sjukhus i Norge

Bakgrunden var följande: På ett sjukhus i Norge hade förra sommaren en cancersjuk man behandlats med kontinuerlig infusion av Dormicum, morfin-skopolamin och Nozinan i stigande dosering. Han skulle inte ha varit den enda patienten på sjukhuset som fått denna behandling.

Mannen avled på det femte behandlingsdygnet och hade i princip varit medvetlös under hela behandlingstiden. Han hade inte reagerat på vändningar eller tilltal – med undantag för ett kortvarigt uppvaknande mitt under behandlingsperioden då han kommit till sans och bett om youghurt och något att dricka. Att han vaknade till skulle ha berott på att droppet gått subkutant, vilket omedelbart korrigerades genom att ny nål sattes, varefter medvetlöshet åter inträdde. Ordinationen det sista levnadsdygnet skall ha varit: 180 mg Dor-

micum, 144 mg morfin(–skopolamin) och 120 mg Nozinan.

Gavs sederande behandling mot tilltagande depression

Patientens grundsjukdom var prostatacancer med skelettmastaser. Han vårdades på det aktuella sjukhuset för att etablera en behandling mot smärtor i benen. Kontinuerlig epidural tillförsel av Marcain och morfin hade satts in, och, så vitt framgick av berättelsen, hade behandlingen, efter en del dosjusteringar, varit framgångsrik. Han var uppegående (gick även ut för att röka), åt och sov bra. Man tycks alltså ha fått kontroll över de fysiska smärtorna under vårdtiden, men i stället utvecklades en tilltagande psykisk depression med upplevelse av meningslöshet och av att vara familjen till last. Kroppslig smärta tycks ha övergått i »själslig smärta».

Han uttryckte självmordstankar och försökte också suicidera genom att ta en stor dos hopsparad medicin i kombination med sprit.

Något samtalsstöd i form av kontakt med psykiater eller psykolog, präst eller annan själasörjare tycks inte ha erbjudits – inte ens efter självmordsförsöket, då han vaknade upp mer förtvivlad än någonsin över sin livssituation.

I stället erbjöds patienten »sederande» behandling, vilket han initialt var skeptisk till, då han fasade för att bli lig-gande månadsvis »som en grönsak». Till slut accepterade han och den övriga familjen behandlingsförslaget, då garantier gavs att behandlingen inte skulle bli långvarig!

Aftenposten ville skapa debatt

»Varför ringer ni till en svensk läkare», undrade jag. »Därför att ingen norsk läkare vill uttala sig i frågan», blev svaret. »Men Helsetilsynet», sa jag. »Vad säger Helsetilsynet?»

»Man anmärker på bristande journalföring och avsaknad av dokumenterade rutiner för genomförande och uppföljning av terminal sedering som behandlingsform», blev svaret.

Aftenposten hade fått nys om saken och ville nu skapa debatt. Det syntes

dem som att det förelåg en oklar gräns mellan symtomlindrande behandling i livets slutskede och aktiv dödshjälp.

Att de ringde mig hade att göra med att man uppmärksammat ett liknande ärende i Sverige (belyst i Aftonbladet för något år sedan) där, bland flera andra, jag varit sakkunnig i Socialstyrelsens utredning. Detta ärende tog Barbro Beck-Friis upp till debatt i Läkartidningen för några nummer sedan [1] under rubriken »Är dödshjälp laglig numera?».

Skälet till rubrikfrågan var den att ärendet, trots att Socialstyrelsen anser det »helt fel – i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och i strid med kravet på god vård och sakkunnig och omsorgsfull vård att använda Dormicum på detta sätt», på grund av ett »juridikens moment 22» inte prövats i ansvarsnämnden [2]. Vilket, enligt Beck-Friis, skulle kunna tolkas som att det nu är lagligt att idka aktiv dödshjälp – förut-satt att det sker på ett särskilt vis, något som Rinder och Unander i samma nummer av tidningen [2] gudskelov med emfas förnekade.

Sedering ett sistahandsalternativ

I samma nummer av Läkartidningen fanns en utmärkt artikel om »Midazolam (Dormicum) vid terminal oro och agitation» av Jakobsson och Strang [3], som på ett klargörande vis beskriver indikationerna för behandling med kontinuerlig tillförsel av Dormicum.

Behandlingsformen är ett sistahandsalternativ att ta till när alla andra orsaker till terminal oro utslutits respektive hanterats genom riktade åtgärder. I sådana situationer finns det »rimlig vetenskaplig dokumentation» som stöd för att ge Dormicum fortlöpande subkutant.

Målet bör dock vara att patienten skall behålla förmågan att kommunicera. Intensiv övervakning för att utröna behandlingens effekt, (»eller avsaknad av effekt»), rekommenderas för att säkra att målet uppnås. Vid överdosering inträffar andningsdepression och därmed kolsyreretention som kan leda till sviktande myokardfunktion och lungödem. Antidoten Lanexat bör finnas till

Författare

MAGNA ANDREEN SACHS

docent i anestesi och intensivvård, medlem av Socialstyrelsens vetenskapliga råd, Landstingsförbundet, Stockholm.

hands för att vid behov häva Dormicum-effekten.

Medvetlöshet tycks ha varit behandlingens mål

I de av mig kända fallen har det inte varit fråga om lugnande »sederande» behandling, eftersom patienten omedelbart när behandlingen satts in blivit okontaktbar och så förblivit tills döden inträtt (med undantag för det kortvariga uppvaknandet i det norska fallet). Ingen styrning och övervakning av behandlingseffekten har varit ägnad att garantera att »sederande», varken mer eller mindre, uppnåddes. Tvärtom förefaller behandlingen mycket målmedvetet ha styrts mot att skapa medvetlöshet, dvs anestesi.

Sederingsgraden – från lätt sedering till tilltagande medvetlöshetsdjup/narkosdjup – är en funktion av koncentrationen av det sederande medlet i infusionsvätskan och den takt med vilken droppet tillförs. I det norska fallet innehöll droppet enligt uppgift dessutom såväl opioid som neuroleptikum, vilket givetvis bidragit till att förstärka den sederande effekten av Dormicum.

Avsikten har således i samtliga fall varit att göra patienten medvetlös, även om man undviker att beskriva tillståndet med den termen och i stället använt begreppet »sederad» eller »sovande»! Sömn är ju ett tidsbegränsat, fysiologiskt tillstånd som är rytmiskt återkommande från dygn till dygn. I de här fallen har det medvetlösa tillståndet bibehållits oavbrutet intill dess att döden inträtt.

Indirekt dödande behandling

Avsikten har å andra sidan inte varit att ända patientens liv direkt. Det hade i och för sig varit möjligt om man givit droppet i tillräckligt snabb takt intravenöst och avstått från att behandla de dödliga överdoseringseffekter som då uppstått.

Ändå är behandlingen på längre sikt dödande. Man kan säga att den är indirekt dödande. Effekterna av att ligga medvetlös till följd av kontinuerlig tillförsel av centralnervöst dämpande medel, t ex Dormicum, är sådana att ventilation och cirkulation påverkas i stigande grad med åtföljande nedsättning av oxygensaturationen, ökning av kolsyrehalten och därav följande myokardpåverkan. Dekliva delar av lungparenkymet blir atelektatiskt och därmed fokus för pneumoniutveckling. Under anestesi och i samband med intensivvård, då förlängd anestesi eller djup sedering, dvs medvetlöshet, ibland är indicerad, hanteras detta genom kontinuerlig monitorering av ventilations- och cirkulationsparametrar samt riktade åtgärder

såsom mekaniskt understödd ventilation, bronk rengöring, oxygenanrikad inandningsluft, etc. Övriga omvårdnadsåtgärder är givetvis vätska och näring, dekubitus- och kontrakturprofylax, ögonvård, munhygien, etc.

Hade avsikten inte varit att behandlingen skulle leda till döden hade ju dessa åtgärder satts in i de aktuella fallen. Då hade man också satt upp något slags mål för behandlingen. Man hade definierat ett kriterium för att avsluta/göra ett uppehåll i behandlingen, då man dessutom hade kunnat passa på att utvärdera behandlingen: Vad tycker patienten? Har depressionen lättat tack vare en tidsnedsänkning i läkemedelsutlöst medvetlöshet? Vilka kroppsliga effekter har behandlingen lett till? Vad har vi lärt av behandlingen av den här patienten?

Målet ska vara att lindra, inte utplåna livet

Jag har stor respekt för det svåra och tunga i den palliativa vården. Ängest och oro i livets slutskede plågar patienter och anhöriga liksom vårdpersonal.

Men den palliativa vården innehåller idag unika möjligheter till lindring av den obotligt sjukes såväl kroppsliga som själsliga symtom. Det har bl a serien »Palliativ medicin» i Läkartidningen i år (nr 1–2, 4, 5, 9, 10, 12, 14 och 17) visat på. Inom verksamhetsområdet Palliativ vård har de multiprofessionella teamens förmåga att ge stöd och lindring i livets slutskede och mildra dessa plågor utvecklats så att ett värdigt och värdefullt liv kan bevaras intill slutet.

Nedsövning av svårt sjuka i livets slutskede tillför inget av värde vare sig för den sjuke eller de närstående. Ingen meningsfull kommunikation kan skapas med en nedsövd människa. Inga upplevelser kan skänka glädje vare sig hos den medvetlösa eller hennes anhöriga. Tankar och känslor är borta. Behandlingen är inte en hjälp till livet. Den utplånar livsupplevelsen och är en hjälp till döden.

Referenser

1. Beck-Friis B. Är dödshjälp laglig numera? Läkartidningen 1999; 96: 2065.
2. Rinder L, Unander M. Dödshjälp helt i strid med sakkunnig vård! Läkartidningen 1999; 96: 2066.

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 utprovning 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