

Att söva en döende – ett etiskt dilemma

Nedsövning av döende patienter är i praktiken detsamma som dödshjälp, eftersom patienten aldrig vaknar mer. Trots detta är behandlingen etiskt försvarbar i vissa enskilda fall där alla andra möjligheter till smärtlindring prövats utan resultat, som i det här beskrivna fallet. Målet är ju att göra smärtan uthärdlig för dem som befinner sig i livets slutskede.

Är det etiskt försvarbart att låta patienter i livets slutskede sova sig in i döden? De fall av nedsövning som uppdagats i Sverige har väckt starka känslor. Nyligen pågick i Läkartidningen en debatt där professor Barbro Beck-Friis ställde frågan om dödshjälp numera är laglig i Sverige [1-3]. Var ska egentligen gränsen mellan eutanasi och palliativ vård dras?

Den här artikeln syftar till att utifrån ett autentiskt patientfall från Göteborg definiera och diskutera problemen vid nedsövning av döende patienter. Den analysmall som finns beskriven i »Etik – en introduktion» [4] ligger till grund för granskningen.

Integritet – ett nyckelord i medicinsk etik

»Integritet» och »människovärde» är två centrala begrepp inom den medicinska etiken. Med integritet menas varje människas rätt att oavsett omständigheterna upprätthålla sin värdighet. Integriteten kan enbart respekteras eller kränkas. Den är oberoende av ålder, intellektuell duglighet eller fysiskt tillstånd. Ordet integritet kommer från latinet och betyder »helhet», »samspel», »sammanslagning» [4].

Definitionen av människovärde innefattar enligt den humanistiska synen

att alla människor har lika värde, samma mänskliga rättigheter och samma rätt att få dem respekterade. Ingen människa kan i detta avseende vara förmer än någon annan [5].

Etiska principer säkerställer integriteten

Förutom människovärde och integritet, har varje individ rätt till självbestämmande (autonomi). Saknar man förmågan att utöva sitt självbestämmande måste någon annan träda in och vikariera för detta. På så sätt blir t ex föräldrarna till ett sjukt spädbarn primärt ansvariga för att barnets integritet respekteras. Det är dock den behandlande läkaren som har det yttersta ansvaret.

Integriteten kan säkerställas med hjälp av flera andra allmänt vedertagna principer än autonomiprincipen:

Icke-skadaprintipen: Lidande och smärta är något ont (i detta fall menas fysiskt ont, i motsats till moraliskt ont). Man bör handla på sådant sätt att minska möjliga skada uppstår. Om en livsuppehållande behandling inte har annan effekt än att förlänga lidandet och döendet för en patient är det kränkande att fortsätta med den. Begreppet integritet innefattar inte bara rätten till livet utan också till döden (men inte att dödas).

Godhetsprincipen: kompletterar icke-skadaprintipen. Alla människor har en förpliktelse att göra gott.

Rättviseprintipen: Alla bör behandlas lika. Särbehandling kan endast motiveras när det finns relevanta etiska skillnader mellan t ex en grupp och en annan.

Autentiskt fall från ett hospis i Göteborg

Patienten var en kvinna född 1932 som drabbades av obotlig cancer i urinblåsan tidigt 1995. Hon fick flera behandlingar med cellgifter i palliativt syfte. Redan på ett tidigt stadium i sjukdomen klargjorde kvinnan tydligt för sin make att vid den tidpunkt då hon inte längre kunde sköta sig själv utan skulle bli beroende av andra för sin livsföring ville hon inte leva längre. Hon avkrävde också maken ett löfte om att hörsamma denna önskan.

Mot hösten 1995 försämrades hon

trots cellgiftbehandlingen, och denna avslutades. I november samma år drabbades hon av inflammation i hjärtsäcken och var mycket nära döden. Hon räddades emellertid till livet bl a efter flera veckor på intensivvårdsavdelning. Detta kunde hon aldrig förlåta sjukvården – hon ville ju dö.

I december 1995 begärde hon dödshjälp av sin läkare, men nekades denna. Hon blev erbjuden psykologiskt stöd och palliativ behandling, men avböjde. Gång på gång upprepade hon sin önskan om att dö. Som ett sista försök att lindra patientens fysiska och psykiska smärta erbjöd läkaren henne till slut att få sova resten av sin tid i livet, som inte bedömdes som särskilt lång. Hon tackade genast ja. Även maken stödde henne fullt ut i detta beslut. I slutet av januari 1996 sövdes kvinnan ned med ett sömmedel efter det att hon tagit farväl av barn och make. Under den därpå följande sömnen tillfördes hon vätska endast i den mängd som var nödvändig för att administrera sömnmedlet. Ingen ytterligare näring tillfördes. Efter fem dygns sömn avled hon lugnt och stilla i sin cancersjukdom.

Fallet föranleder frågor

Följande frågor väcks vid granskning av fallbeskrivningen:

1. Var det rätt att rädda den svårt cancersjuka kvinnan till livet när hon drabbades av hjärtsäcksinflammation?
2. Var det rätt av läkaren att låta kvinnan sova sig in i döden?
3. Borde läkaren ha hjälpt kvinnan att dö?

I det aktuella fallet finns dock ett flertal intressenter/aktörer förutom läkaren (se Ruta).

Man borde inte ha behandlat hjärtsäcksinflammationen

Ska man behandla i kurativt syfte då en patient som är döende i en svår sjukdom drabbas av en allvarlig komplikation? Jag anser att svaret bör vara nej. Insatsen är meningslös. Patienten kommer aldrig att bli botad från sin grundsjukdom. I stället förlängs döendet, ofta med sänkt livskvalitet som följd. Sam-

Författare

ANNA LINDBLAD
medicinstuderande, Karolinska institutet, Stockholm.

Aktörerna och aktörernas intressen

Patienten

Integritet. Autonomi.

Läkaren

Ikke-skadaprintipen. Godhetsprin-
cipen. Har uppgiften att bota, lindra
och trösta.

Personalen

Ikke-skadaprintipen. Godhetsprin-
cipen.

Patientens make

Skall om nödvändigt vikariera ma-
kans autonomi.

Samhället

God sjukvård som människor kan
lita på. Rättvis och effektiv resurs-
fördelning.

hällets mål med vården – en rättvis och effektiv resursfördelning – uppnås ej.

I detta fall hade kvinnan klart och tydligt redogjort för sin vilja att hellre dö än bli beroende av andra för sin livsföring. Ändå är det ingen som lyckas vikariera för hennes autonomi i ett läge där hon själv inte kan försvara den. Den överbehandling hon utsätts för är enligt min åsikt en direkt kränkning av hennes integritet.

För mig är det tydligt att sjukvården, men till viss del även maken, bär ansvaret för denna kränkning. Behandlande läkare och personal borde ha varit mer lyhörda för kvinnans önskligheter och behov. Genom att med alla krafter häva den tillstötande komplikationen vägrar man att se hela bilden av patienten. Man blundar för det faktum att kvinnan drabbats av en obotlig sjukdom med dödlig utgång. Kanske är det sjukvårdens rädsla för att misslyckas som på detta olyckliga sätt drabbar patienten. Eller är vårdpersonalens situation så pressad att man helt enkelt inte hinner ta reda på vad patienten egentligen lider av? Behandlar man först och tänker sedan? I dessa vårdkrisens dagar verkar ett sådant förlopp inte orimligt.

Mannen då? Vad hade han kunnat göra för att förhindra kränkningen av hustruns integritet? I den beskrivna problematiken framgår varken var kvinnan befann sig vid insjuknandet i hjärtsäcksinflammation eller vad maken gjorde för att vikariera för hennes autonomi. Om kvinnan vid insjuknandet vistades i hemmet hade han naturligtvis kunnat låta bli att ringa efter läkare. Frågan är dock om det ens vore rimligt att begära något sådant av honom. Att inte söka hjälp när hustrun ligger och skriker av smärta kräver en närmast övermänsklig styrka. Om hon redan befann sig på sjukhus borde han ha försökt att få läkarna att inse det meningslösa i att in-

tensivvårda en döende människa. Kanske gjorde han även detta, men utan att någon lyssnade. Det kan vara svårt för en enskild person att påverka arbetet inom sjukvården.

Det är inte maken som bär huvudansvaret för kränkningen av hustruns integritet, utan vårdpersonalen, som i sin iver att behandla den sekundära sjukdomen blundar för den primära sjukdomens utsiktslöshet. (Ruta)

Argumentationslista för och emot har gjorts

För att besvara den andra frågan har en pro et contra-analys gjorts av argumenten för respektive mot tillförsel av sömnmedel till döende patienter.

Pro:

- Utan att använda aktiv dödshjälp lindras både den fysiska och den psykiska smärtan, och patienten får i stillhet glida bort från livet.
- Patienten dör av sin sjukdom, inte av det tillförda medlet. Sömnmedelsbehandlingen strider sålunda inte mot läkarens uppgift att bota, lindra och trösta.
- I direktiven från Socialdepartementet om vård i livets slutskede kan man läsa följande: »Enligt en rapport från Socialstyrelsen år 1994 hade mer än hälften av alla som dör i Sverige svåra smärtor under sin sista levnadsvecka. Bland cancerpatienterna var det nio av tio som i slutstadiet led av svår smärta.» [6]. I de fall där lidandet strax före döden är outhärdligt och analgetikabehandlingen inte räcker till är sömnmedel ett bra alternativ, då det ju kan lindra både fysisk och psykisk smärta och på så sätt möjliggöra ett lugnt och värdigt döende.

Contra:

- Att ge svårt sjuka människor sömnmedel skapar en gråzon mellan palliativ vård och eutanasi. Sömnmedlet lindrar de somatiska symtomen (palliativ vård), men har för patienten samma effekt som aktiv dödshjälp. I och med administreringen av sömnmedlet går den sista chansen att klara upp konflikter med anhöriga och göra ett bokslut över livet förlorat. Sömnmedlet blir en flyktväg undan det egna dödsögonblicket.
- Insättning av sömnmedel sker efter en enskild läkares subjektiva bedömning av patientens sjukdom, lidande och troliga livslängd. En felbedömning kan få komplicerade konsekvenser med patienter som ligger och sover i veckor i väntan på döden. Ska man i sådana fall tillföra näring och extra vätska? Gör man det, så håller man en döende människa vid liv ytterligare ett tag. Gör man det

inte, bidrar man aktivt till att påskynda döden, som ju då kan komma att bero på undernäring och inte på den dödliga sjukdomen. En utbredd användning av sömnmedel skulle, om exemplet dras in absurdum, kunna innebära att man i framtiden måste öppna speciella »dormitorier» – avdelningar med enbart sovande döende patienter. Sedd i det ljuset, verkar denna typ av sömnmedelsanvändning föra raka vägen ut i ett etiskt gungfly.

- Den omständighet att sömnmedlet kan utgöra något slags livsflykt för människor som tycker att det är allmänt jobbigt att vara sjuk, utgör närmast ett motargument mot att använda det. En ökad användning av medlet ökar naturligtvis risken för allmän spridning och därmed felbehandling.
- Man bör i möjligaste mån förhindra att hamna i ett läge där patienter väljer att sova sig in i döden »för att det blir lättast så» för de anhöriga och för personalen. Ordentlig information om alla alternativa smärtlindringsbehandlingar är nödvändig.

Pro-argumenten väger tyngst

Trots att argumenten mot denna typ av sömnmedelsanvändning är fler anser jag att de faktorer som står med på prosidan i vissa situationer väger tyngre.

För en döende människa som lider av outhärdligt svår smärta och ångest, kan sömnen vara enda vägen till en lugn och värdig död. Att förvägra henne denna är integritetskränkande och strider mot både godhets- och ikke-skadaprintipen.

Jag är dock medveten om att en utbredd användning av sömnmedel i behandlingen av döende patienter är ett etiskt risktagande som ställer mycket höga krav på den enskilde läkaren. Det är alltså viktigt att poängtera att denna typ av behandling endast kan komma i fråga i fall där alla andra möjligheter till smärtlindring redan prövats utan resultat. Faktum är att för patienten innebär nedsövning i praktiken detsamma som dödshjälp – man vaknar aldrig mer. Det är därför principiellt viktigt att forskningen kring smärtlindring fortsätter och att fler läkare utbildas i palliativ medicin [7]. Målet är att kunna göra smärtan uthärdlig för alla patienter, även för dem som befinner sig i livets slutskede [8].

I det patientfall som presenterats i detta arbete anser jag att behandlingen med sömnmedel är etiskt försvarbar. Kvinnan är mycket svårt sjuk och kommer att dö inom kort. Trots samtal med läkare vägrar hon all sorts palliativ behandling – hon har ju tidigare under sjukdomsförloppet fått cellgifter i palli-

ativt syfte utan resultat. Hon vill inte leva längre och ber om att få dödshjälp, men nekas denna. Hon lider av både psykisk och fysisk smärta. När hon erbjuds sömnmedel tackar hon ja. Hon har de anhörigas stöd i detta val.

Kvinnan sover i fem dygn innan hon lugnt och värdigt lämnar livet. Sömnmedlet administreras med vätska – hon törstar alltså inte ihjäl. Fem dygn är för kort tid för att svälta ihjäl. Det är sjukdomen som till sist orsakar hennes död, inte det tillförda medlet. Läkaren har inte förgiftat sin patient eller svikit uppgiften att bota, lindra och trösta – sömnmedlet lindrar smärta. Handlandet går i linje med autonomiprincipen, icke-skadapprincipen och godhetsprincipen.

Läkaren gjorde rätt som vägrade dödshjälp

Efter min bedömning ur etisk synvinkel av läkarens behandling med sömnmedel är det nödvändigt att jag tar ställning till hans vägran att utföra eutanasi (som här innebär att han direkt skulle ha syftat till att avsluta patientens liv med hennes samtycke). Följande diskussion är långt ifrån en fullständig analys av eutanasiens problematik. Den tar bara upp några av de argument som talar för att den behandlande läkaren gjorde rätt då han vägrade att ge den cancersjuka kvinnan dödshjälp. Jag anser att dödshjälp inte går att förena med det övriga sjukvårdsarbetet, och grundar min uppfattning på följande argument.

En läkares arbete syftar till att uppfylla den hippokratiska eden – att bota, lindra, trösta men aldrig skada patienten. Eutanasi innebär att läkaren tillför patienten ett dödligt gift. Att ge vissa svårt lidande patienter palliativ vård och följa dem ända till slutet och hos andra avbryta sjukdomsförloppet med en dödande spruta skapar en kluven bild av läkarrollen. Är det ens möjligt för en och samma person att förena dessa båda handlingar i sitt dagliga arbete?

Dödshjälpstanken brukar förankras i autonomiprincipen, dvs i patientens rätt till självbestämmande [9]. Problemet är dock att eutanasi kräver inblandning av andra personer än patienten själv: läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal, liksom anhöriga. Även om den enskilde läkaren går med på att injicera det dödliga giftet i patienten, så kommer man inte ifrån att läkaren samtidigt är en representant för sjukvården som institution. Det är alltså inte som privatperson han/hon utför eutanasi. I ett samhälle som i sin lagstiftning förbjuder både regelrätta mord och dödsstraff som rättslig straffmetod är eutanasi ett omöjligt alternativ, vare sig den äger rum i eller utanför sjukvårdens regi.

Utförandet av dödshjälp försvaras

ofta med hjälp av godhetsprincipen. I praktiken innebär det att man tillgodoser patientens önskan att bli befriad från sitt lidande genom att administrera en dödlig dos gift [9]. Frågan är dock om det inte finns andra, bättre sätt att uppfylla godhetsprincipen på. Är det alltid säkert att en patient som ber om dödshjälp verkligen menar just hjälp att dö? En önskan som denna kan mycket väl vara ett rop efter något annat – bättre smärtlindring, hjälp att reda ut snåriga familjerelationer, att få samtala med någon om sin dödsångest, rädslan att vara till last för andra. Kanske behöver patienten inte hjälp att dö utan att leva.

Att ge någon dödshjälp är en definitiv handling. Riskerna för felbedömning är alltför stora för att ignoreras. Det behövs inte många misstag för att den allmänna tilltron till sjukvården byts mot misstro och rädsla.

I de lägen där patienten är medvetlös eller av annan anledning inte kan uttrycka sin vilja, måste någon träda in och vikariera för patientens autonomi. Risken finns då att autonomin vikarieras på ett felaktigt sätt. I värsta fall kan en patient som inte önskar dö ändå berövas sitt liv. I »Eutanasi – en debattschrift» [8] citeras en rapport gjord 1990 i Holland (som är det enda europeiska land som på vissa villkor tolererar eutanasi), i vilken det framgår att detta inte är något otänkbart scenario: »Av redovisningen framgår att ca 9 000 patienter årligen begär eutanasi, och ca 2 300 får det (1,8 procent av ca 130 000 avlidna per år). Ca 400 dödsfall [...] uppges vara assisterade självmord. Drygt 1 000 dödsfall (0,8 procent) bedöms vara eutanasi utan patientens begäran. För mer än hälften av dessa fall anges att patienterna hade uttryckt önskan om eutanasi i en tidigare fas av sjukdomen eller att frågan tidigare hade diskuterats med läkaren.»

En senare rapport, gjord 1995 i Holland [10], nyanserar bilden något. Den studie visar att antalet dödsfall som bedöms vara eutanasi utan patientens begäran sjunkit från 0,8 procent år 1990 till 0,7 procent år 1995. Det verkar alltså inte som om de holländska läkarna är på väg nedför någon »slippery slope». Å andra sidan kvarstår det faktum att patienter som inte uttryckligen bett om att få dödshjälp ändå har berövats sina liv.

Vad som rör sig i en annan människas innersta förblir svåråtkomligt. Hur ska en läkare som utför eutanasi kunna veta säkert att patienten inte ångrar sig i samma stund som den dödliga sprutan sticks in i blodkärlet?

Referenser

1. Beck-Friis B. Är dödshjälp laglig numera? Läkartidningen 1999; 96: 2065.

2. Beck-Friis B. Korrekt vård på vetenskaplig och etisk grund. Läkartidningen 1999; 96: 2707-8.
3. Helsing M. Har professorn förlorat kontakten med verkligheten? Läkartidningen 1999; 96: 2707.
4. Statens medicinsk-etiska råd. Etik – en introduktion. Etiska vägmarken 1. Stockholm: Fritzes, 1995: 29, 53.
5. Statens medicinsk-etiska råd. Det svårfångade människovärdet – en debattschrift. Etiska vägmarken 4. Stockholm: Fritzes, 1993: 15, 36.
6. Socialdepartementet. Vård i livets slutskede: www.aldreprojektet.gov.se/_vti_bin/shtml.exe/regeringen/dir1997147.htm/map
7. Bischofberger E. Regeringens nej till Eutanasi: www.catholic.se/signum/led298.htm
8. Statens medicinsk-etiska råd. Eutanasi – en debattschrift. Etiska vägmarken 5. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1992:16,18.
9. Bischofberger E. Människovärdet vid livets gränser. Uppsala: Katolska Bokförlaget, 1995: 192,194.
10. van der Maas, van der Waal G, Haverkate I, de Graaf C, Kester J, Onwuteaka-Philipsen B. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands 1990–1995. N Engl J Med 1996; 335: 1699-705.