Redaktör: Jan Lind 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

Lika bör behandlas lika – men vad är lika?

Två patienter som kommer in med akut hjärtinfarkt bör behandlas lika om de i alla relevanta avseenden är lika. Principen att lika bör behandlas lika är en viktig utgångspunkt för rationell etisk argumentation.



Foto: Colourbox

Vad är lika? Finns det inga relevanta skillnader bör sjukvården enligt principen »lika bör behandlas lika« erbjuda patienter inom den palliativa vården samma valfrihet som prostatacancerpatienter, skriver Niels Lynøe.

I exemplet med hjärtpatienterna är jämförelserna enkla och slutsatsen likaså. Men ibland kan det finnas svårigheter att komma överens om vad som är relevanta likheter och skillnader. I det följande ska jag ge exempel på en komplex jämförelse av två fall. Utöver att argumentera för att det inte finns några relevanta skillnader är syftet också att illustrera hur man kan använda denna typ av analogiresonemang.

Den fråga som ska undersökas är huruvida det finns skäl att göra skillnad mellan patienters medbestämmande vid val av behandling i två situationer. I den ena situationen handlar det om val av behandling till en patient med prostatacancer; i det andra fallet om val av palliativ behandling till en patient i livets slutskede. Prostatacancerpatienten får själv välja behandling även om den valda behandlingen ger sämre överlevnad än alternativen.

Frågan är nu om valfriheten i detta fall bör tillämpas vad gäller patienter i livets slutskede – en valfrihet som en del palliativa läkare har ifrågasatt i situationer när behandlingen ger sämre överlevnad än alternativen [1]. Det som här ska undersökas närmare är om det finns relevanta skillnader mellan de två fallen. Finns det inga relevanta skillnader bör sjukvården enligt principen »lika bör behandlas lika« erbjuda patienter inom den palliativa vården samma valfrihet som prostatacancerpatienter.

Fall 1: Patienten är en 63 år gammal man som fått diagnosen prostatacancer. Han är fullt beslutskapabel, och urologen har informerat om olika behandlingsmöjligheter. Förväntad överlevnad, livskvalitet (potensproblem och psykologisk självbild), bieffekter (påverkan på kroppsformen) och komplikationer (inkontinens) kan variera beroende på kombinationen av de valda behandlingarna. Variationen i överlevnad kan vara mellan tre och sex månader. Eftersom den enskilda patientens bedömning av livskvaliteten också varierar får patienten själv välja behandling. I det aktuella fallet valde patienten en behandlingskombination som enligt hans egen bedömning skulle ge bäst livskvalitet till priset av sämre förväntad överlevnad.

Fall 2: Patienten är en 63-årig beslutskapabel kvinna som befinner sig i livets slutskede. Patientens grundsjukdom är bröstcancer som spritt sig, och kurativ behandling fungerar inte längre. Hon önskar få hjälp med behandling av sina smärtor och sitt illamående. Hon upplever dock att den symtomlindrande behandlingen inte fungerar tillfredsställande, och hon orkar inte pröva fler behandlingsalternativ. Det finns nu två möjligheter: 1) Man kan försöka övertala patienten att pröva ytterligare symtomlindrande behandling. På så sätt kan patienten få hjälp att leva fyra till fem veckor längre. 2) Man kan erbjuda patienten sederingsterapi, vilket innebär att hon helt slipper lida, men hennes liv förkortas med uppskattningsvis fyra veckor. Själva sederingen förväntas inte förkorta livet. Men patienten önskar också avstå från parenteral vätsketillförsel, vilket medför att hon sannolikt kommer att avlida efter cirka en vecka. Patienten är välinformerad och förstår konsekvenserna av sitt val att få sederingsterapi.

Om man vill argumentera för att sistnämnda patient i analogi med den förstnämnda själv borde få välja behandling måste man kunna visa att det inte finns några relevanta skillnader mellan fallen. Det faktum att den ena patienten är en man och den andra en kvinna är en skillnad, men kön är inte relevant för bedömningen av patienters förmåga att fatta beslut. En fråga som däremot skulle kunna vara relevant är om en patients autonomi avtar i livets slutskede. Men det finns inga indikationer på detta. Tvärtom kan bröstcancerpatienten sannolikt bättre överblicka konsekvenserna av sitt val än prostatacancerpatienten.

En annan möjlig relevant skillnad är hur mycket liv som går till spillo i de två fallen. Ju mer liv som går till spillo, desto mera problematiskt skulle vi kunna



NIELS LYNØE
professor i medicinsk etik, Karolinska institutet, Stockholm
niels.lynoe@ki.se

uppfatta utfallet. Men prostatacancerpatienten kommer i det långa loppet att ha fått sitt liv förkortat betydligt mer än bröstcancerpatienten. Möjligen skulle man kunna säga att prostatacancerpatienten har mer livskvalitet att vinna under en längre tid. Men samtidigt har bröstcancerpatienten så mycket lidande att förvänta under en kortare tid att de båda fallen skulle kunna likställas.

Om vi antar att den palliativa läkaren, men inte urologen, upplever att han/hon indirekt orsakat förkortandet av patientens liv, utgör då det en relevant skillnad? Låt oss först se om det finns en faktisk orsaksrelation. Man kan hävda att urologen indirekt har orsakat en förkortning av prostatacancerpatientens liv genom att låta patienten själv få välja. Om urologen skulle ha insisterat på att ge den behandling som patienten undanbett sig, skulle patienten ha levt längre. Precis detsamma gäller för bröstcancerpatienten. Någon faktiskt skillnad med avseende på indirekta orsaker finns alltså inte. Det förefaller därför inte rimligt att läkare gör skillnad i de två fallen med hänvisning till att orsakssambandet i det ena fallet eventuellt upplevs som mer påtagligt.

En läkare som önskar begränsa en patients medbestämmande och som inte vill beskyllas för dubbelmoral kan argumentera för att det i själva verket är urologerna som gör fel när de låter sina patienter få välja. Man kan argumentera för att det är urologerna som bör anpassa sig till den palliativa vårdens praxis och inte det omvända. Men med tanke på hur patientens medbestämmande betonas i dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning skulle det vara svårt att ifrågasätta urologernas praxis.

Analysen indikerar att det inte finns några relevanta skillnader mellan att låta en prostatacancerpatient få välja en livsförkortande behandling med hänvisning till sin livskvalitet och att låta en patient i livets slutskede göra detsamma. Om man accepterar principen att lika bör behandlas lika bör en välinformerad och beslutskapabel patient i livets slutskede också få vara med och bestämma om och när sederingsterapi bör erbjudas.

Ovanstående analys och argumentation ska uppfattas som provisorisk, och läsare inbjuds att kritisera resonemanget. Det är endast om det kan motstå och överleva kritiska invändningar som man bör ta hänsyn till det.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENS

1. Karlsson M, Strang P. Finns det en etisk skillnad mellan dödshjälp och sederingsterapi? Läkartidningen. 2010:107:3221-2.

Fler debattinlägg på sidan 2169.

apropå! Avrättningen av Troy Davis

Appell för bildandet av »Läkare mot dödsstraff«

Det måste ha varit i början av 1960-talet. Tonåring. Min årligen återkommande halsfluss började ge vika. Jag fick lust att hitta något spännande att läsa. Min blick vandrade längs bokryggarna i föräldrahemmets Stringbokhylla. Blicken fastnade vid en oansenlig bokrygg. Boktiteln, »Dödscell 2455«, väckte nyfikenhet. Säkerligen spännande läsning, tänkte jag, tog ut boken och började läsa.

Detta är mitt tidigaste minne av att jag reagerade med fasa över innebörden i ordet dödsstraff. Boken var skriven av en dödsdömd, Caryl Chessman, under hans tid i väntan på avrättning. Han hade 1948, mot sitt nekande, dömts till döden; avrättningen skulle ske i gaskammaren i San Quentin-fängelset i Kalifornien. Hans motsträviga kamp blev förgäves. I maj 1960 tvingades han inandas den dödande cyanvätegasen.

Namnet Troy Davis blev helt nyligen och på liknande grunder bekant världen över. Den 21 september 2011 erhöll han en dödlig injektion i fängelset i Jackson, Georgia. Likheterna med Chessmans fall var flera: det ihärdiga förnekandet av skuld, den bristfälliga bevisningen, den långa väntan i dödscell, omvärldens massiva protester.

Vid en avrättning i USA deltar en läkare. Den dömde genomgår en medicinsk undersökning några timmar före verkställandet. Det är för att säkerställa att den dömdes tillstånd medger avrättning. Absurt! Läkaren ombesörjer dödsförklaringen. Man frågar sig: Vem tillhandahåller de dödande preparaten (läs: läkemedlen)? I dagsläget används tre: pentobarbital (för att åstadkomma medvetslöshet), pankuronbromid (för muskelparalys) samt kaliumklorid (för att åstadkomma hjärtstillestånd).

Varför väcks min vrede mot just USA? Jo, detta land, benämnt som »världens största demokrati«, betraktas av många som ett föregångsland. Det gäller dock inte synen på dödsstraff. För närvarande har 34 av landets 50 delstater dödsstraff i straffskalan. USA befinner sig i sällskap med länder som Kina, Vitryssland, Iran, Nordkorea, Saudiarabien och Syrien (för att nämna endast några) – samtliga ökända diktaturer. På webbplatsen ‹http://www.deathpenaltyinfo.org› finns utförlig information gällande dödsstraffet i USA.



Foto: Scanpix

Fallet Troy Davis väckte internationell opinion mot dödsstraff. Bilden: Amnesty-aktion i Rom.

Det är min bestämda uppfattning att ingen person och inget land har rätt att medvetet ta en människas liv. Amnesty International formulerar det utmärkt: »Dödsstraff är inget straff, det är ett brott.«

Det finns i vårt land läkarorganisationer mot aids, mot kärnvapen, mot tobak och kanske flera som jag inte känner till. Det finns dock mig veterligt inte någon organisation med namnet Läkare mot dödsstraff.

Detta inlägg är ämnat som en appell till läkarkåren i Sverige att vi organiserar oss och markerar vårt tydliga avståndstagande beträffande tillämpning av dödsstraff. Naturligtvis inte enbart i USA, utan globalt.

Magnus Carlsson
leg läkare, Jönköping
magnus.c@live.com