

Framtidens åldersutveckling ställer geriatrisk etik på prov

Gemensam värdegrund avgörande för möjligheten att lösa etiska dilemman



PIA THYLÉN, med dr, överläkare
pia.thylen@karolinska.se
ANDERS WENNLUND, docent,
överläkare; båda geriatriska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
ERWIN BISCHOFBERGER, profes-

sor emeritus i medicinsk etik, institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME), Karolinska institutet, Stockholm

Antalet äldre personer i samhället ökar, vilket också ökar trycket på sjukvårdens personella och ekonomiska resurser. Eftersom den äldre patienten ofta har flera olika sjukdomar ställs det höga krav på olika typer av specialistvård, och prioriteringsfrågor kan bli svårhanterliga [1, 2].

Enligt aktuella data från Statistiska centralbyrån omfattande ett 100-årsperspektiv kommer antalet personer i hög ålder att öka under kommande decennier [3] (Figur 1). Av figuren framgår att det år 1950 fanns cirka 700 000 svenskar i åldern 65 år och äldre; 70 år senare har denna siffra tredubblats. Samma tema framhålls även i internationell litteratur. År 2020 beräknas 54 miljoner nordamerikaner ha uppnått 65 års ålder; år 2050 beräknas motsvarande siffra till 80 miljoner.

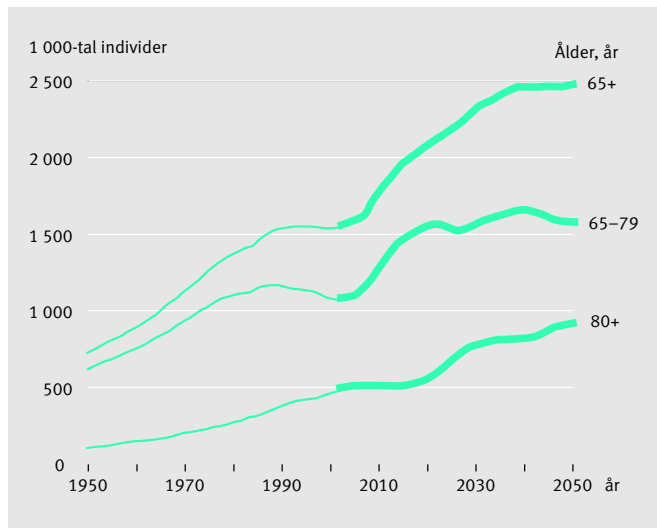
Den äldre befolkningen är ofta sjuklig, med i genomsnitt 3–4 kroniska sjukdomar, och de äldre kräver följaktligen en stor del av sjukvårdens resurser. Äldre multisjuka patienters medicinska problem skapar en ökande efterfrågan på adekvat kunskap hos olika specialiteter [2, 4].

För klinikern innebär denna utveckling höga krav på god ekonomisk hantering, prioritering och kommunikativ förmåga med såväl patienter och närstående som kolleger.

För att de olika verksamheterna skall kunna svara upp mot högt ställda kvalitetskrav inför svåra beslut behövs en gemensam värdegrund. Detta behov minskar inte när samhället har kommit att präglas av mångkulturella inslag.

Gerontologi betecknar läran om det normala åldrandet och omfattar basalbiologiska och kliniskt medicinska, humanistiska och samhällsvetenskapliga discipliner. Geriatrik, däremot, är läran om det sjuka åldrandet och utgör således en delmängd av gerontologin.

Vi som arbetar på geriatrisk universitetsklinik har ett särskilt uppdrag att lyfta fram riktlinjer för vårdprogram för svårt sjuka geriatriska patienter. Det multidisciplinära teamets patientinsatser sätts här i fokus; att kunna sträva mot ett gemensamt synsätt och att hantera ofta återkommande etiska pro-



Figur 1. Antal personer i åldern 65 år och äldre från 1950 till förväntat antal 2050. (Källa: Statistiska centralbyråns befolkningsprognos [3].)

blem inspirerar och underlättar arbetet för alla personalkategorier under utbildning och fortbildning. Teamets roll är central inom geriatrisk verksamhet, där varje medarbetare är betydelsefull, och delaktighet hos varje involverad person bör eftersträvas.

Utgångspunkter för etikarbete

Etikarbetet har såväl en teoretisk som en praktisk aspekt. Ett nyligen publicerat symposium vid Mayokliniken klagade på kliniskt etiskt arbete består av att identifiera, analysera och hantera moraliska problem som uppstår i vården av patienter [5]. Här redovisas också de vanligaste etiska dilemman som klinikern möter inom geriatrisk vård, och vikten av god kommunikation mellan läkare och patient/närstående betonas. Som verktyg i den etiska analysen finns i den internationella litteraturen ett antal riktmärken för mänskligt handlande. Dessa principer har till uppgift att värna om varje persons människovärde.

För svenska förhållanden anger Statens medicinsk-etiska råd i sin introduktionsskrift [6] fyra huvudprinciper:

- självbestämmande
- godhet
- icke-skada
- rättvisa.

Dessa etiska principer eller rättesnören har spelat en stor roll

SAMMANFATTAT

Antalet multisjuka äldre förväntas öka under kommande decennier, och behovet av en gemensam värdegrund med en väl förankrad människosyn som kärna aktualiseras därmed.

Inom geriatriken möter man ofta patienter med avtagande autonomi och därmed också hotad integritet. Dessa patienters värdighet som person

måste då i varierande grad skyddas av andra.

Som läkare bör vi inom ramen för ett multidisciplinärt team formulera riktlinjer för vägledning vid kliniska prioriteringar och även sträva mot ett gemensamt synsätt att hantera etiska dilemman.

God etik kommer i framtiden att ställa höga krav på samverkan inom vården.



Figur 2. Ålderstrappan, målning på väv av Winter Carl Hansson (1777–1805), med citat ur Jobs bok 14 kap: »Människan af qwinno föd lefwer en liten tid och är full med orolighet växer up som ett blåmster och faller af flyr bårtt som en skugge och blifwer icke«.

Foto: Sören Hallgren/Leksands lokalhistoriska arkiv

alltifrån de hippokratiska skrifterna, Corpus Hippocraticum, ända fram till våra dagar. I den allmänhetiska litteraturen skiftas ofta fokus från etiska principer till etiska normteorier, med pliktetik och konsekvensetik som huvudsakliga försök att lösa intressekonflikter.

Detta teoretiska synsätt bygger emellertid på en tanketradition som inte alltid är i stånd att upplysa och upplösa alla konkreta etiska konflikter. Ett system av etiska utsagor och slutsatser kan vara svårt att helt förstå i ett utsatt läge där patient och närstående relativt hastigt drabbas av stora förändringar i fråga om hälsa och trygghet. Av gammal hävd skulle man exempelvis för vårda sina gamla föräldrar i hemmet, vilket kunde få till följd att familjemedlemmar hamnade i en ekonomisk och emotionell beroendeställning som riskerade att hämma öppenhet och rättframhet.

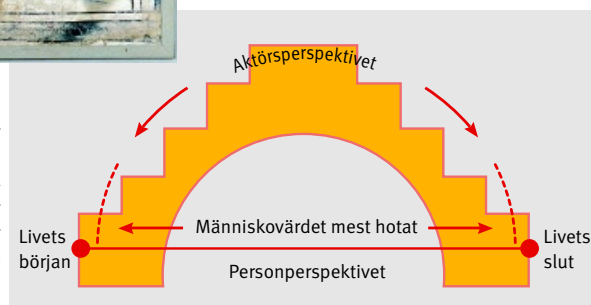
Vems autonomi har företräde, och vilken lösning är enligt godhetsprincipen bäst för en person som uppnått hög ålder?

»Etikbrevlådor« i pilotprojekt

Vikten av dialog och kommunikation har under senare år uppmärksamrats i vårddebatten, särskilt sedan prioriteringsfrågor blivit alltmer dominerande i det dagliga arbetet. Detta har för den kliniskt verksamma läkaren inneburit en ständig prövning, och ibland omprövning, av hur arbetsrelaterade moralproblem kan hanteras [2, 4]. Det får inte förekomma att ansvarsområdets omfattning blir otydligt, och att gränserna för yrkesrollen suddas ut. Vems uppdrag har man, vems ärenden går man: den enskilde patientens eller i första hand samhällets? Finns det någon gemensam nämnare mellan politiska gränser, sjukvårdens möjligheter och patientens behov? Tillämpar vi en människosyn som ligger till grund för de ofta dramatiska konflikterna i äldrevården? Kan en människosyn som framhåller patientens autonomi som sin kärnpunkt bidra till att lösa geriatrikens etiska tvister?

I vårt försök att fördjupa och tydliggöra dessa och andra frågor har vi lagt upp ett etikprojekt på lokal nivå samtidigt som samma frågor diskuteras på nationell nivå. Genom intervjuer med såväl klinikens egna medarbetare som olika externa vårdgivare – inom bl a palliativ och diakonal vård – framkom be-

Figur 3. Livstrappan är vårt komplement till ålderstrappan. Genom aktörsperspektivet tydliggörs grad av inflytande och styrka under livets gång. Alla människors lika värde oavsett ålder och funktionsförmåga betonas dock i såväl lagstiftning som etiska konventioner/koder; detta etiska perspektiv, personperspektivet, markeras med en rak linje.



hovet av ett strukturerat arbetssätt som skulle kunna bidra till att lösa det vardagliga vårdarbetets problem.

För att stämma av i vilken grad personalen vid vår klinik efterfrågade möjligheten att bearbeta etiska frågor skapade vi begreppet etikbrevlådor. All vårdpersonal fick tillfälle att i speciella etikbrevlådor, utställda på klinikens avdelningar under två veckor, lämna skriftliga förslag där de beskrev en händelse eller ett moment i vårdarbetet som orsakat ett etiskt dilemma. Varje medarbetare gavs möjlighet att framföra sina synpunkter, och det var valfritt om synpunkterna framfördes anonymt eller inte.

De mest efterfrågade ämnena togs sedan upp vid flera samtalsforum, dit även områdesspecialister var inbjudna. För att väcka engagemang åskådliggjorde vi den aktuella problemställningen genom rollspel där alla yrkeskategorier deltog.

Nya perspektiv har öppnats

Vi fick in totalt 28 rapporter från klinikens cirka 300 medarbetare. Vissa utgjordes av omfattande berättelser med förslag och synpunkter, medan andra var mycket kortfattade noteringar med enstaka detaljer från en händelse på avdelningen. Materialet medgav inte statistisk bearbetning, men vår arbetsgrupp gjorde en kvalitativ utvärdering av materialet med tematisk indelning.

En tredjedel av rapporterna avsåg dokumentationen kring begränsning i vårdnivå (dvs att inte ge hjärt-lungräddning) [7]. Andra frågor var problem kring nutrition, indikation för sond/perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) [8] och inkontinens. Den kliniska hanteringen av dessa frågor kan också väcka djupare kulturella värderingar som påverkar förhållningssättet hos vårdpersonalen.

Vid ett teoretiskt seminarium på kliniken bildade en sammanfattande presentation av etiska modeller, relevanta för geriatriken, utgångspunkt för ett gemensamt samtal om vägar att gå vidare. Resultatet av denna process aktualiserade behovet av

»Patientens rätt till liv måste kompletteras av hennes rätt till en värdig död. ... Rätten till en värdig död får emellertid inte innebära rätten till att dödas ...«

en gemensam värdegrund med en väl förankrad människosyn som kärna. Utifrån en genomtänkt och koherent människosyn bör vårdteamet undersöka relationen mellan patientens varierande autonomi och hennes integritet, som i alla lägen förtjänar samma respekt.

Teamet kom fram till uppfattningen att en patient med nedsatt autonomi inte får påverkas i negativ riktning när det gäller hennes integritet. Även en aktör med minskade funktioner är helt och hållet person med rätt till respekt för sin integritet (se nedan).

Vårt pilotprojekt inom geriatrisk etik har givit god respons och öppnat nya perspektiv. Till geriatrikens klassiska kärnfrågor hör beslut om restriktion av medicinska åtgärder, nära kommunikation mellan patient, närstående och vårdpersonal samt vård i livets slutskede [9]. Utifrån den kliniska vardagens dilemman fann vi att medicinsk teknik och vårdutveckling skapat nya frontlinjer som är viktiga att beakta, exempelvis att skillja mellan botande och lindrande behandling samt frågan om avancerad medicinering.

En genomgång av aktuell vetenskaplig litteratur stödde de områden vi kliniskt hade uppmärksammat; autonomibegreppet sätts där ofta i fokus [5, 10].

Ålderstrappan förtydligas i livstrappans aktörsperspektiv

Synen på åldrandet har satt sin prägel på såväl litterära som konstnärliga verk. Den välkända dalmålningen Ålderstrappan av Winter Carl Hansson (1777–1805) illustrerar på ett tankeväckande sätt livsförloppet och symboliserar både sjudande växtkraft och förtvinande död (Figur 2).

I målningen beskriver Carl Hansson från Wintergården människans gång från vaggan till gravan. I valvet i bildens mitt avbildas det nyfödda barnet och på andra sidan av trädet syns liemannen. På marken invid trappans början står vaggan med lindebarnet, och där trappan slutar ses sängen med 100-åringen och likbåren.

Kurvans bågform kan även tänkas återspegla graden av styrka och inflytande under livet (Figur 3). Människan anses stå i topp i sin aktörsroll mitt i livet, och aktörsperspektivet är svagast i början och i slutet av livstrappan. Autonomi är således som mest dynamisk under personens mest aktiva period, medan det lilla barnet och den åldrande människan har en ofta avsevärt begränsad autonomi och därmed också en mer hotad integritet, eftersom hon inte har kraften att själv säkerställa den. Det är uppenbart att barnet i allmänhet får ett bättre integritetsskydd än den åldrande, eftersom barnet har en potential till alltmer omfattande autonomi och så småningom kan borga för sin egen integritet. Att trygga patientens integritet i livets slutskede är avsevärt svårare, eftersom autonomipotentialet avtar undan för undan och ofta slocknar helt redan före dödens inträde. Ju mer patientens autonomi tynar bort, desto mer bör hennes integritet uppmärksammas.

I kontrast till livstrappans aktörorienterade synsätt (som första gången presenterades vid Läkaresällskapets riksstämma 2004) betonar såväl svensk lagstiftning som etiska konventioner och koder alla människors lika värde oavsett ålder och funktionsförmåga. Detta innebär att integriteten skall vara stabil under livets alla skeden. I Figur 3 kan detta synsätt, personperspektivet, markeras med en rak linje.

Schematiskt sett kan ålderstrappan även åskådliggöras som

aktörsperspektivets relation till personperspektivet respektive autonomins förhållande till integriteten (Figur 3). Människans förmåga som aktör varierar således under livscykel och även under dygnet. Aktören har tack vare sin autonomi funktioner och förmågor att välja, fatta beslut och utföra handlingar. Människan som person däremot hårbärgerar en inneboende och oföretterlig värdighet (innate and inherent dignity), som är kärnan i hennes existens. Att respektera en persons värdighet innebär att respektera henne för hennes egen skull – oberoende av hur mycket handlingskraft hon förfogar över eller vilka förtjänster och företräden hon har. Det är personperspektivet som betonar alla människors lika värde och rätt till liv under livets alla skiften. Detta lika värde är mest hotat i livets inledningsfas och när det lider mot sitt slut.

Patientens rätt till liv måste kompletteras av hennes rätt till en värdig död. Vi menar att rätten till liv i själva verket också rymmer rätten till en värdig död när fortsatt livsuppehållande behandling strider mot patientens tydligt avgivna vilja eller har blivit meningslös, eftersom den enbart förlänger döendet. Rätten till en värdig död får emellertid inte innebära rätten till att dödas (Figur 3).

God etik kommer att ställa höga krav

Dessa figurer och funderingar har stor relevans för geriatriken. Där möter man ofta människor med avtagande autonomi. Hos svårt dementa eller strokedrabbade patienter kan autonomi försvinna helt. Integriteten, patientens värdighet som person, måste då skyddas av andra. Vilka dessa andra kan vara är inte givet på förhand. Det varierar hos olika patienter beroende på dels aktiv närvaro/frånvaro av närstående, dels förmågan till samverkan mellan närstående och vårdpersonal, inte minst den patientansvarige läkaren, vars kommunikationsförmåga är av vital betydelse för att maximera patientens autonomi [5].

Den pågående – och än mer den framtida – förändringen i den demografiska sammansättningen inbjuder framför allt den geriatriska verksamheten till fördjupade etiska sammanhang. God etik kommer således att ställa höga krav på samverkan mellan alla berörda professioner inom sjukvården.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Kjellstrand CM. Giving life, giving death: ethical problems of high-technology medicine. *Acta Med Scand Suppl.* 1988;Suppl 725:1-88.
- Finer D. Medicinsk prioriteringsetik när resurserna krymper. Fördelningen av vård missgynnar de äldre. *Läkartidningen* 1989;86(5): 340-4.
- Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2004–2050. Reviderad befolkningsprognos från SCB. Sveriges officiella statistik: Statistiska meddelanden. BE 18 SM 0401. http://www.scb.se/templates/Publikation___84397.asp
- Arnman R. Doctor's experiences of work related moral problems: responsibility without clear boundaries [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2004. ISBN:91-7349-870-X.
- Mueller PS, Hook CC, Fleming KC. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. *Mayo Clin Proc.* 2004;79:554-62.
- Statens medicinsk-etiska råd. Etik – en introduktion. Etiska vägmarken 1. Stockholm: Allmänna förlaget; 1991.
- Löfmark R. Do-not-resuscitate orders: ethical aspects on decision making and communication among physicians, nurses, patients and relatives [dissertation]. Lund: Lunds universitet; 2001.
- Dharmarajan TS, Unnikrishnan D. Tube feeding in the elderly. The technique, complications, and outcome. *Postgrad Med.* 2004;115(2): 51-4, 58-61.
- Socialdepartementet. Döden angår oss alla. Värdig vård vid livets slut. Slutbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede. SOU 2001:6. <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2782>
- Rosin AJ, van Dijk Y. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research. *J Med Ethics.* 2005;31(6):355-9.