

NEJ TILL EUTANASI, JA TILL GOD PALLIATIV VÅRD!

En rejäl satsning på en god palliativ vård i livets slutskede – så som även Prioriteringsutredningen har föreslagit – är mycket bättre än att läkare skall behöva ta till eutanasi. Vi kan inte på samma gång bota, lindra, trösta och döda!

På fyra hela sidor i Läkartidningen 10/96 argumenterar Göran Hermerén, professor i etik vid ett av de gamla universiteten, för eutanasi! Hur skall vi andra vanliga kliniker, som har med döende patienter att göra dagligen, kunna kämpa mot professorer i etik och författare (P C Jersild) som, fast de inte arbetar med patienter, förfäktar sådana ståndpunkter.

Vi lever just nu i en värld som ser livets avslutning som något negativt. När en människa inte längre är vacker, aktiv och strålande utan sjuk och passiv, så har vi en benägenhet att se denna person som en som inte har något värde.

Ofta en värdefull tid

Tiden före döden ses som plågsam och onödig! Men vi som arbetar med döende patienter ser motsatsen. Vi ser att denna sista tid fortfarande har ögonblick av liv och värdefulla samtal, även om den sjuka är förlamad, avmagrad eller på annat sätt fysiskt mycket illa därän.

Samtalen med döende kan vara av mycket stort värde för de anhöriga. Det kan också finnas ett värde i beroendet, det att bli buren av andra – en hel dimension av mänskligt utbyte, som människor vid full hälsa inte upptäcker.

Vem är det som lider?

Och lidandet då? När den sjuka inte längre är vid medvetande eller helt be-

roende? Skall man förkorta detta skeende? Vem lider? Är det omgivningen som ser på? Den komatösa lider rimligen inte, om vi skall tro människor som vaknat igen.

Om det handlar om ett fysiskt lidande, så kan de flesta enheter för palliativ medicin eller hospices lindra smärtor, andfåddhet och illamående, så att den döende får en lugn och fin död. De som lider är anhöriga eller personal, som har svårt för att se de döende förändras.

Vid livets slut kan det även vara meningsfullt att sitta vid dödsbädden, t ex hos sin medvetlösa mor, och för sitt inre gå igenom ett gemensamt liv. Man kan kanske tala till den sjuka, som ofta hör. Det kan i stor utsträckning handla

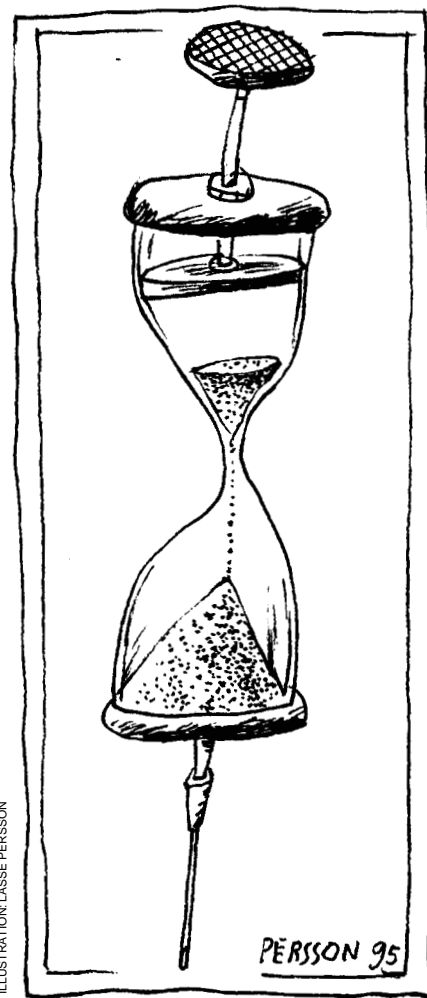


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

Författare

ANNE-MARIE BOECK
GRAVGAARD

läkare, ansvarig för Helsingborgs Hospice.

DEBATT

”I Holland fanns ingen palliativ vård (enligt WHO:s definition) när eutanasin legaliserades. Utvärderingen av de holländska läkarförbundens erfarenheter av eutanasi är beklämmande läsning.”

om att få avsluta på ett bra sätt för anhöriga, just att få lugn och ro.

Bättre i Sverige

I Danmark har man, såsom Hermerén påpekar, haft en långdragen eutanasidebatt, men då skall man veta att utvecklingen av palliativ vård där inte har avancerat lika fort som i Sverige. De senaste två åren har det i Danmark öppnats fyra hospices, och den danska sjukvårdsministern har tagit principbeslut om att ytterligare palliativ vård skall utvecklas.

I Sverige har vi sedan ca 15 år haft larsaretsanknuten hemsjukvård (LAH) i Motala, och de senaste tio åren har många sådana enheter skapats. Även en professur i palliativ medicin lär vara planerad.

Prioriteringsutredningens rekommendation att palliativ vård ytterligare bör utvecklas, förefaller för mig som något otroligt viktigt.

Visst kan vi hjälpa

Eutanasiifrågan kommer upp ibland i samtal med svårt sjuka cancerpatienter, men det handlar oftast om en uppgivenhet, en rädsla för att bli övergiven och en önskan att få veta hur lång tid man har kvar.

Problem med anhöriga kan för tillfället vara svåra, och den sjuka orkar inte reda ut det ensam – det är sålunda en sorts bön om hjälp.

Den hjälpen kan vi ge, huvudsakligen i hemmen för att hålla nere kostnaderna:

Det behövs små behandlingsteam, som arbetar med döende cancer-, aids-

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

och ALS-patienter. Även uremiker och patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) kan tas om hand på detta vis. Den palliativa vården bedrivs i samarbete mellan sjukhus och primärvård.

Det är oviktigt vilka läkare (anestesi-läkare, allmänläkare, geriatriker eller kirurger) som tar initiativet till sådan vård, men de små teamen behövs för att behandla patienter i hemmet, i vårdboende eller serviceboende.

Det kräver dock en hög kompetens hos primärvårdens läkare och distrikts-sköterskor.

Svar på Hermeréns frågor

Professor Hermerén frågar:

1. Kan smärtlindring bli effektiv?

Ja, om läkarna gör sig mödan att ta en bra smärtanamnes.

2. Kommer den palliativa vården att utvecklas?

Ja, om politiker och läkare hjälps åt med att omfördela resurser. Vissa områden, som egentligen inte har med sjukvård att göra, kunde man se över. Värde av viss cytostatikabehandling i palliativt syfte borde också omvärderas.

3. Om eutanasi tillåts, kommer utvecklingen av palliativ vård att stanna av?

Svårt att säga, men risken finns. I Holland fanns ingen palliativ vård (enligt WHO:s definition) när eutanasin legaliserades. Utvärderingen av de holländska läkarförbundens erfarenheter av eutanasi är beklämmande läsning. Palliativ vård behöver utvecklas i Holland – nu finns där ett hospice!

4. Finns risk för indikationsglidning?

Ja, det är självklart! I ett TV-program, där även P C Jersild deltog, fanns en 20-årig ung man med tetraplegi, som hade talhjälp. Patienten förklarade hur viktigt livet var för honom, och befara-de att det finns en risk för att handikappade kommer att utsättas för press på olika sätt, t ex ekonomiskt – i denna tid, där ekonomi tillåts bestämma så mycket.

Ett högt pris

EU-kommissionens program »Europa mot cancer» har utarbetat ett konsensusdokument om att utveckla allmänläkarnas roll när det gäller att bättre ta hand om patienterna i det palliativa skedet. Därför arbetar också vi i Lund/Helsingborg med att förbättra allmänläkarnas kunnande i palliativ medicin.

Det är ett högt pris som de holländska läkare som bedriver eutanasi får betala. Vi kan rimligen inte samtidigt bota, lindra, trösta och döda. Det vore knappast möjligt för läkare att leva med utan att avskärma sig. •

FRÅGAN OM DÖDSHJÄLP I HISTORISKT PERSPEKTIV

Från Hippokrates till nazitidens läkare

I alla tider har plågade patienter bett läkare om hjälp att dö. Men redan de hippokratiska skrifterna tog mycket bestämt avstånd från sådant. Vad som kan hända om läkare engageras för dödshjälp kan illustreras med exempel från nazisttiden.

I Läkartidningen 10/96 diskuterar professor Göran Hermerén dödshjälp och har den lofvärda ambitionen att allsidigt belysa den komplicerade frågan. Utgångspunkterna är emellertid illa valda. Även om framställningen är saklig och lägmäld anser jag att han misslyckas med att diskutera viktiga aspekter av den komplicerade frågan:

- det historiska perspektivet,
- det minskande läkarinflytandet i sjukvården,
- orsaken till att läkare och inte andra yrkeskategorier skall utföra dödshjälp,
- glidningen och tvetydigheten i begreppet dödshjälp, samt
- praktiska konsekvenser av aktiv dödshjälp.

Dryftades redan av Hippokrates

I alla tider har sjuka, plågade och deprimerade människor bett läkare om hjälp att avsluta sina liv. I debatten glömmer man ofta bort att detta inte är något nytt, och i de hippokratiska skrifterna framgår det tydligt att ett viktigt skäl till att man har en läkare är att förhindra dödshjälp.

Varför var man så oerhört explicit i det gamla skrifterna, som tillkom i en tid när läkarrollen just höll på att ta form – man skriver ju att läkare under inga omständigheter får döda någon på den ens begäran.

Jag tror det hänger samman med trovärdighet och tillit: Det visade sig tidigt att läkare som ger dödshjälp aldrig kommer att kunna åtnjuta allmänhetens förtroende.

Makten har förskjutits

Makten över sjukvården har under de senaste decennierna alltmer flyttats från läkarna till andra grupper – admi-

DEBATT

”Om det från allmänheten och statsmakten ställs krav på dödshjälp, varför skall då läkare ge denna? Läkare har ju ingen utbildning i detta. Hos Hermerén framstår själva eutanasin som relativt problemfri, men det har jag svårt att tänka mig att den är, om den skall ges av läkare som handlar enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.”

nistratörer, hälsoekonomer, politiker m fl.

Läkarnas handlande styrs ju av en hårt reglerad yrkesetik, som utmejslats under tusentals år för att hantera de komplicerade frågor kring liv och död som läkaren alltid ställts inför. Läkare har makt över patienterna i kraft av sina kunskaper, men makten regleras av läkaretiken.

Problemet idag är att de nya grupperna av makthavare inte har någon egentlig yrkesetik. I stället fattas besluten om de sjuka alltmer på ekonomisk grund. Detta har länge varit tydligt i USA, men börjar nu bli uppenbart även här hemma.

Jag tror att dessa nya makthavare i sjukvården har en annan syn på dödshjälp än läkare. Aktiv dödshjälp skulle vara en lönsam reform. Vård i livets slutskede är mycket kostsam, har så alltid varit – antingen den avlönas, som i dag, eller sker oavlönat, som förr.

Med tanke på den snabba förändringstakten i sjukvården måste man ställa de obehagliga frågorna: Får man

Författare

JOHAN FROSTEGÅRD
läkare och författare, Karolinska sjukhuset, Stockholm.