

uellt utsatta människor finns vår viktigaste kunskapskälla. Vi är också övertygade om att samarbete med andra enheter liknande vår kan tillföra viktig kunskap, och vill därför gärna få kännedom om andra specialiserade enheter liknande vår, inom såväl psykiatri som hälso- och sjukvården i stort.

Kerstin Aldén
överläkare,

Monika Mattson
sjukgymnast,

Ann-Christine Nordell
psykolog,

Marie-Louise Wällberg
sjuksköterska,

Karin Öhman
arbetsterapeut,

Inger Österberg
kurator, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Dödshjälp en medicinsk, inte en juridisk fråga

Jag har under många år följt debatten i dödshjälpsfrågan och beundrar P C Jersild för hans mod att envist ta upp ämnet och ställa viktiga frågor. Vad jag inte förstår är varför han argumenterar för en utredning som skall ligga till grund för en ny lag. Jag tycker att han skjuter inte över målet utan bredvid.

Vad vi behöver är inte en lag som reglerar dödshjälpsfrågan utan en ständigt ökande kompetens bland läkarkåren och sjukvårdens personal om vård i livets slutskede. Varje gång en anhörig på den sjukes begäran hjälper vederbörande att dö har sjukvården misslyckats i sin uppgift att hjälpa människor. Det är viktigt att vi tar på oss den skuldskänslan och inte hänvisar till att lagarna inte tillåter oss att hjälpa den sjuke. Jag tycker att en läkares uppgift inte är att hjälpa någon att dö utan att hjälpa henne att leva ända tills hon dör.

Många människor dör en ovärdig död i svåra plågor, och det sägs att det vore bättre att ge dem dödshjälp. Visst behöver vården i livets slutskede förbättras. Hur den utformas är en svår och grannliga uppgift, och ett exempel på en svår medicinsk frågeställning är att bestämma dosen av morfin så att den inte onödigt hämmar andningen samtidigt som den gör patienten så smärtfri som möjligt. Den kanske viktigaste

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

kunskapen att redovisa i sammanhanget är att den dosen inte går att fastställa objektivt i det enskilda fallet. Vidare att morfinbehandling kan påverka tidpunkten för när den sjuke dör. Detta måste vi öppet erkänna och pedagogiskt förklara för personal och anhöriga. All vård i livets slutskede kan påverka tidpunkten för när döden inträffar. Ibland kan det betyda ett onödigt förlängt lidande, i andra fall lämna någon inblandad med en skrämmande känsla av att ha dödat en människa. Att det är den avvägningen vi gör måste vi våga tala om.

Vädjar om hjälp att få leva

Hur gör vi då med den åldrade men mentalt helt bevarade människan som efter att ha fått sin cancerdiagnos ber oss om hjälp att ta sitt liv? Här ställs vi inför en krisreaktion och behöver främst psykiatrisk kompetens. Stor möda skall läggas ned på att behandla psykiskt lidande och förhindra självmord. Dessutom behövs hjälp från andra instanser, t ex sjukhuskyrkan.

För att göra ett tankehopp tror jag att så kallade filosofiska självmord förekommer. Dem tycker jag inte sjukvården skall lägga sig i men heller inte medverka till annat än som samtalspartner. Varje framställan från patienten om att få hjälp att dö skall tolkas som en vädjan om hjälp att leva.

Lagparagrafer hjälper ej

Men om personen i fråga är sjuk i MS eller ALS eller någon annan sjukdom som gör henne oförmögen att själv ta sitt liv? Skall vi då inte befria henne från hennes plågor genom att

hjälpa henne dö? I dessa fall ställs vi inför mycket svåra avväganden och konflikter. Vi tvingas försöka värdera personens psykiska och fysiska lidande mot den livskvalitet som omvårdnad och upplevelser kanske ger. Vi kan aldrig se in i en människas medvetande och där utläsa om lidandet överväger eller om livet ändå är värt att leva. I dessa avväganden har vi inte någon hjälp av lagparagrafer utan måste handla efter bästa möjliga vetande och den känslighet som erfarenhet ger.

Ställningstaganden i dessa frågor skall tas av oss läkare i samråd med personal och anhöriga. Samråd får dock aldrig lämna någon anhörig eller vårdare med känslan att ha medverkat till att ta ett liv. Den eventuella skuldskänslan skall vi ta på oss.

Många i läkarkåren undviker att ta ställning i dessa frågor för att det är så plågsamt. Därigenom lämnar de människor ensamma med sitt lidande. Det lidandet föder efterfrågan på dödshjälp.

En lag som tillåter dödshjälp hjälper icke läkekonsten framåt. Tvärtom föder den tvivel om sjukvårdens uppgift. Sjukvårdens uppgift är att bota, lindra och trösta.

Arne Stenstedt

leg läkare, ST-läkare i psykiatri, S:t Görans sjukhus, Stockholm

Slutreplik

Debatten om eutanasi, som senaste månaderna gått i flera tidningar, börjar komma in i ett skede när alla argument och

motargument har gått i repris åtskilliga gånger. Stenstedt kommer inte heller med något nytt utan nöjer sig med att fastslå några påståenden i stil med »Varje framställan från patienten om att få hjälp att dö skall tolkas som en vädjan om hjälp att leva». Varför det? Jag tycker det är höjden av paternalism att under inga förhållanden vilja tro att en människa faktiskt menar det hon säger.

Jag tror inte man kommer vidare om inte nytt material tillförs eutanasidebatten, lämpligen genom att regeringen tar fasta på statens medicinsk-etiska råds förslag om en utredning om »Människovärde i livets slutskede – en fråga om livskvalitet och självbestämmande».

P C Jersild

författare, Stockholm

Varför inte lägga kurser utomlands?

Efter tio års erfarenhet som kursansvarig lärare för utlandskurserna i ortopedisk medicin för läkare förvänar det mig mycket att läsa kollegans insändare i Läkartidningen 38/96 »Varför lägga kursen utomlands?». Jag ser ingen nackdel i att ha utbildningen i en trevlig, solig och prisvärd miljö när hösten kommer på här hemma. Förutsättningen är naturligtvis att kursen bedrivs seriöst och fyller de krav deltagarna har rätt att förvänta sig. Om arbetsgivaren betalar kräver de ofta kursprogram som måste vara utformade enligt vissa normer.

Det har aldrig varit några problem att få detta godkänt av Landstinget eller Praktikertjänst. Likväl krävs det av kursledningen att deltagarna är aktivt närvarande för att erhålla kursintyg. Kursevaluering har genomförts vid varje tillfälle och kritiken för de enskilda kursmomenten har genomgående varit positiv.

Att kursorterna utmärks med stora bokstäver i annonsen är inte alls ovanligt vare sig kursen går i Spanien, Thailand eller Eskilstuna. Vill någon ta med sig familjen som samtidigt har en bra semester är det väl bara ett trevligt avbrott för den ofta stressade läkarfamiljen! Inte ofta kan det erbjudas priser som här (150 kr/natt i dubbelrum på kurshotellet i Phuket).