

Rätten till en värdig död

INGA VÅRDINSATSER ÄR HELT FULLKOMLIGA

Det borde inte vara omöjligt att utforma regler som omöjliggör indikationsglidningar och missbruk av eutanasi. För även om en bättre vård i livets slutskede kan minska önskemål om aktiv dödshjälp kommer det troligen alltid att finnas fall där patienten kan sägas ha rättmätiga önskemål om en värdig och lugn död.

När jag började min läkargärning i slutet av 1960-talet kunde rondens stan-
na utanför det enkelrum dit de svårast sjuka eller döende förflyttats, och över-
läkaren frågade sköterskan om det fanns några speciella problem. Det fanns det oftast inte, och då brydde vi oss inte om att gå in – man kunde ju ändå inget göra. Att omvårdnaden var bättre än läkarbemötandet tar jag för givet, men att de flesta patienter led i onödan av bl a otillräcklig smärtlindring vet vi nu.

1979 fick jag möjlighet att vistas 14 dagar på ett hospice i England, och det blev en av mitt livs stora medicinska aha-upplevelser. Det fanns ju något man kunde göra, ja till och med massor av åtgärder inte minst medikamentellt.

Vård i livets slutskede har sedan dess varit ett av mina skötebarn, och jag har försökt följa med i utvecklingen på min egen avdelning, undervisat blivande läkare och sköterskor. Jag vårdar dagligen patienter i olika faser i livets slutskede och försöker efter ringa förmåga bistå dem med »kunskap, erfarenhet och empati» såsom Danuta Wasserman skriver [1].

Har de egen erfarenhet?

Liksom många motståndare till eutanasi påstår hon och Jan-Otto Ottosson [2], för att ta ett par exempel, att förbättrad palliativ vård skulle få kravet på eu-

tanasi att tystna. När jag läser deras artiklar undrar jag ibland om de har någon egen erfarenhet av vård i livets slutskede.

I en annan artikel i DN [3] skriver Wasserman att aktiv dödshjälp oftare efterfrågas av anhöriga än av patienterna själva. Enligt min erfarenhet önskar anhöriga ibland att vi skall avstå från smärtsamma och tveksamt livsförlängande ingrepp. Ibland önskar de att till varje pris fortsätta med även till synes meningslös och för patienten plågsam behandling, men jag har *aldrig* mött en anhörig som bett om dödshjälp för den sjukes räkning.

Trots de bästa intentioner händer det av och till att patienter dör utan att ha varit tillräckligt smärtpallierade under sin sista tid eller fria från ångest eller il-lamående. Det finns flera skäl till detta – ett kan t ex vara biverkningar till de olika farmaka man använder sig av och som gör det svårt och tidsödande att nå ett bra resultat.

Jag tror dock att det finns fullt fog för påståendet att det finns fall som trots både kunskaper och intresse kan känna sig otillräckligt behandlade, eftersom det inom den medicinska professionen inte finns någon behandling som lyckas till 100 procent.

God vård minskar behovet

Trots det ovan sagda är jag en av alla dem som tror att god vård i livets slutskede gör att kraven på eller önskemålen om aktiv dödshjälp minskar. Jag möter mycket sällan någon svårt sjuk som begär att jag skall förkorta hans/hennes liv.

Hur vården i livets slutskede bedrivs i Holland vet jag inte, men ca 9 000 människor där önskar av en eller annan anledning att livet skall förkortas, medan 2 300 får hjälp att dö (1,8 procent av 130 000 avlidna).

Om det finns så många i Holland är det sannolikt att det finns några tusen även hos oss som vill att deras rätt till en värdig död skall respekteras, men där samhället (hittills) förvägrat dem detta. Jag skall i det följande exemplifiera ett par fall från senare år som bitit sig fast i minnet.

En dam, några och åttio, mentalt

DEBATT

”Jag tror dock att det finns fullt fog för påståendet att det finns fall som trots både kunskaper och intresse kan känna sig otillräckligt behandlade, eftersom det inom den medicinska professionen inte finns någon behandling som lyckas till 100 procent.”

mycket pigg och vital, drabbades av metastaserande inkurabel cancer. Hon hade väl fungerande sociala relationer, led inte av några smärtor, men kände att krafterna sinade och klarade sig inte själv. När jag fick höra att hon ville ha hjälp med att sluta sina dagar tog jag upp detta vid ett samtal.

Hunden fick bättre behandling...

Hon tyckte hon hade levt ett bra liv, var glad över att det gått bra för barn och barnbarn, men ville nu inte fortsätta längre. Vi hade som jag tyckte ett par bra samtal och hon hade inga svårigheter att förstå de legala skälen för min vägran att hjälpa henne. Hon tyckte dock att hennes älskade hund som avlivades när han blev svårt sjuk fick en bättre behandling än vad hon fick som förvägrades detta.

Jag hade då som väl var inte läst Ottossons artikel [2] där han skrev »att befria en döende människa från lidande genom eutanasi är att reducera henne till ett sjukt eller skadat djur och förneka hennes djupare mänskliga behov av psykisk, social och andlig natur». Tänk så olika vi kan se på saker och ting, och så lätt det är att uttrycka fina formuleringar i teorin.

En spruta hade varit humanare

För något år sen vaknade en av mina bästa vänner upp efter en hjärncanceroperation och fann att han blivit helt förlamad på höger sida, vilket gjorde honom totalt hjälpberoende. Denne intellektuelle rese hade dessutom förlorat

Författare

GUNNAR HAGBERG
överläkare, Växjö.

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

förmågan att läsa, och detta utan att något egentligen vunnits med ingreppet – cancer var kvar och ingen bot fanns.

Han var en omtänksam och kärleksfull make och far och fick på egen begäran den bästa vård i hemmet hos de sina. När han märkte att hans personlighet förändrades och upplevde att han inte hade full kontroll över sig själv ville han till slut inte fortsätta leva och ville, efter moget övervägande, ha hjälp med att dö eftersom han var oförmögen att klara detta själv.

Det kändes fruktansvärt som vän (och läkare) att inte kunna uppfylla hans önskan. Genom att sluta äta och dricka kunde han avsluta sitt liv någon eller några månader innan hans sjukdom ändå skulle ha gjort det. Tänk om det hade varit möjligt för honom att med en spruta, som han till och med skulle ha kunnat ge sig själv, få somna in lugnt och stilla och värdigt i kretsen av sina kära.

»Inga empatins matadorer»

Motståndarna till eutanasi kan alltid argumentera att jag i de ovan nämnda fallen kan ha saknat »förmåga och kunskap att känna igen de underliggande psykologiska mekanismer som utlöses när en livshotande diagnos meddelas och kan inte heller genom nyanserade frågor närma sig sin patient, som befinner sig i en traumatisk situation» (Wasserman [1]).

Och så kan det säkert vara. Vi kirurger anses väl inte i alla kretsar vara några matadorer på empatins och psykologins arena. Men vi och alla andra kan lära oss och enligt Knut Aspegren, välkänd undervisare om hur de svåra samtalen kan och bör gå till, är ingen för gammal att lära sig detta [4].

Diskrepans i åsikterna

Det finns uppenbarligen en diskrepans mellan vad folk i allmänhet och läkare tycker i frågan om eutanasi. Två tredjedelar av allmänheten ansåg att aktiv dödshjälp skulle kunna ges [5], medan en enkät (icke slumpmässigt utvald) bland läkare visade att lika stor andel var för som mot, med en stor andel osäkra (6). Tar man upp saken i bekantskapskretsen bland icke-läkare förefaller uppslutningen för möjligheten till aktiv dödshjälp vara nästan hundra procentigt för.

I Kvällsöppet där dödshjälp ventilerades 11 september 1996 inkom under programmets gång 8 700 samtal. 86 procent svarade ja till aktiv eutanasi, 14 procent nej.

Likhet med abortdebatten

I detta sammanhang kommer man osökt in på en annan likartad fråga, nämligen abort. När jag läste medicin

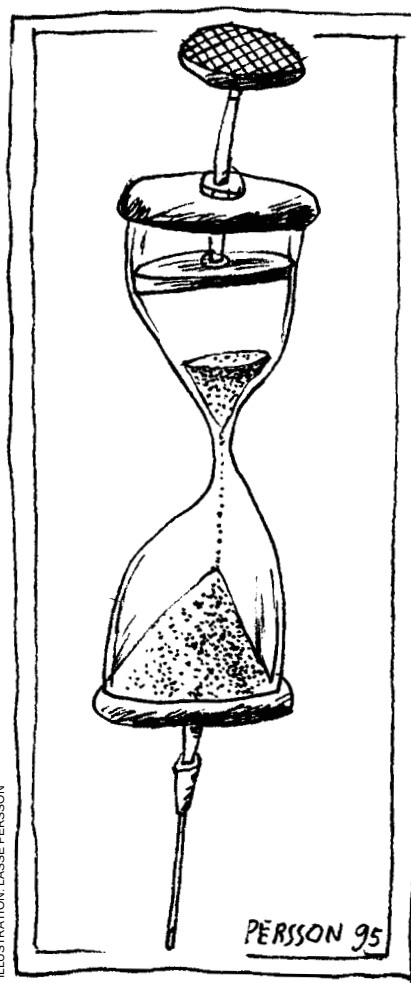


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

var abort icke tillåtet utom i vissa definerade, men som det visade sig mycket flytande fall.

Den medicinska etikens företrädare framträdde då och hävdade med samma emfas som eutanasi motståndarna idag att abort stred mot Hippokrates lag, var olagligt och oetiskt och jag vet inte vad. Idag är abort en rättighet, mängder av goda argument framförs i vida kretsar för kvinnans rätt till abort [7]. Att utföra ingreppet anses humant och etiskt riktigt, medan den som vägrar troligen kan straffas.

Trots att man måste kunna ifrågasätta nödvändigheten av 30 000–35 000 legala aborter per år i ett preventivmedelsupplöst välfärdsland som Sverige, diskuteras knappast frågan. Enstaka mindre grupper kallar dock aborter för barnamord och abortläkare för mördare.

Detta språkbruk är ett uttryck för total fastlåsnings i dessa ofta mycket svåra frågor och borde inte förekomma i en seriös debatt. Därför blir jag beklämd när Danuta Wasserman i sina argument mot rätten till en värdig död använder ordet dråpare [1] om dem som i denna fråga har en annan åsikt än hon.

Strikta regler hindrar missbruk

Personligen är jag övertygad om att det går att utforma regler som omöjlig-

gör indikationsglidningar och missbruk som eutanasi motståndarna är så rädda för. En förutsättning är en öppen allomfattande debatt. Det gick att införa ett nytt hjärndödsbegrepp, och jag kan inte erinra mig något fall där glidning skett i diagnosen irreversibel hjärnfunktionsförlust, trots att det fanns många som var emot och befarade missbruk.

Aktiv dödshjälp kan bara komma ifråga hos en person med obotlig sjukdom, och vederbörande måste uttryckligen själv ha begärt det och måste ha insikt om att insatsen leder till döden. Noggrann prövning av patientens begäran skall göras av två av varandra oberoende läkare med ordentlig dokumentation i journalen. Ingen sjukvårdspersonal kan tvingas medverka.

Det är oerhört viktigt att dessa regler utformas så att ingen skall känna sig osäker om vad som gäller. De som inte uttryckligen begär hjälp att få förkorta sitt liv, skall liksom nu tryggt kunna lita på en god vård i livets slutskede, även om omgivningen skulle finna den sjukens situation outhärdlig.

Handikappade berörs ej

När dessa saker diskuteras brukar representanter för handikapporganisationer uttrycka oro för sina medlemmar, men självklart berörs inte de handikappade alls av denna fråga. I tidningen Vi 47/1996 fanns ett mycket fint reportage signerat Stig Edling om svårt multihandikappade och deras vårdare, och jag delar till fullo författarens ord om att det sätt på vilket vi tar hand om samhällets allra svagaste och mest skyddslösa är vår kulturs signum.

I detta sammanhang kan också påminnas om hur läkare på Hitlers mentalsjukhus med ett plus eller minus i kanten på varje intagen dömde dem till döden eller fortsatt liv [8]. Vi som tror på rätten till en värdig död behöver inte rädas debatten om felaktigheter i det förgångna, tvärtom, den behövs.

Motståndarna till aktiv dödshjälp brukar också åberopa glidningar i bedömningarna, t ex att ett antal personer i Holland har fått dödshjälp utan att vara kapabla att själva begära detta.

Personligen skulle jag vilja ha ett slags testamente, som jag kunde skriva på under min krafts dagar (det tycks ju gå alldeles utmärkt att donera organ via omdiskuterat utskick från Socialstyrelsen).

Sedan skulle detta via mina anhöriga, som vet min önskan, gälla när jag blir så senildement (eller så dålig i annan sjukdom) att jag inte kan uttrycka min vilja. Det sistnämnda är dock kanske en utvidgning i diskussionen om aktiv eutanasi.

Ekonomiska argument, t ex om hur

minskade sjukvårdsresurser skall utnyttjas bäst, måste i denna fråga helt bannlysas.

Brett spektrum

Jag hoppas nu att den utredning om människovärde, livskvalitet och självbestämmande i livets slutskede som Statens medicinsk-etiska råd föreslagit regeringen att tillsätta blir av, och att dess ledamöter väljs utifrån ett brett spektrum av uppfattningar.

Frågan om aktiv dödshjälp är till syvende og sist en fråga om respekten för livet, mitt liv och möjligheten att i en svår situation få avsluta det på ett värdigt och humant sätt.

Referenser

1. Wasserman D. Nej till dödshjälp och läkarassisterat självmord. Läkartidningen 1996; 93: 4604-6.
2. Ottosson J-O. Nej till eutanasi – ja till palliativ vård! Läkartidningen 1996; 93: 1309-10.
3. Wasserman D. Dagens Nyheter Debatt, 22 april 1996.
4. Symposium Riksstämman 1996: Nr 28 »Det svåra beskedet». Moderator: CG Westrin.
5. Politikerna och etiken i hälso- och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet, 1989.
6. Nilstun T, Melltorp G, Löfmark R, Sjökvist P. Oenighet bland läkare om aktiv dödshjälp. Läkartidningen 1996; 93: 1350-1.
7. Complications of abortion. Technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva: World Health Organization, 1995.
8. Englund P. Brev från nollpunkten. Atlantis 1996: 157.

VAD MENAS MED EN RATIONELL HANDLING?

Var försiktig med psykiatriska diagnoser!

Inför döden kan få människor upprätthålla ett positivt stämningsläge. Men är det depression? Är det inte snarare sorg över den förlust som döden medför? Det är tveksamt att klistra diagnosen »depression» på alla dem som svårt plågade i livets slutskede önskar döds-hjälp.

I mer än ett år har debatten om livets slutskede och om eutanasi, dödshjälp, pågått. Att ett förut tabubelagt ämne så öppet kan diskuteras är naturligtvis glädjande. Självklart är meningarna delade, det finns goda argument både för och emot en legaliserad eutanasi.

Ibland har emellertid debatten varit på väg att spåra ur. En psykiater påstod för en tid sedan att eutanasi skulle vara ett sätt att skaffa fler organ till transplantation – en annan hävdade att om en patient bad om hjälp att dö skulle detta utan undantag uppfattas som ett rop på hjälp att få leva.

Vi som kan tänka oss legal dödshjälp har fått veta att vi inte är tillräckligt insatta i den medicinska etiken och att vi lider av dödsskräck.

Det är ett argument som med samma rätt, eller brist på rätt, kan klistras på motståndarna.

Debatt med absurda konsekvenser

Under senhösten 1996 har debatten vid ett par tillfällen tagit en vändning med räckvidd långt bortom livets slutskede. I nummer 50/96 hävdar professor Danuta Wasserman att alla som ber om hjälp att dö är deprimerade. I nummer 51–52/96 menar överläkare Göran Isacson att så kallade rationella eller filosofiska självmord över huvud taget inte existerar.

Att en överväldigande majoritet av de personer som begår självmord är deprimerade i en eller annan mening behöver knappast diskuteras. Alla klutar måste sättas till för att hindra dessa tragedier.

Med all respekt för det svåra arbetet att förebygga självmord vill jag ändå påstå att Wassermans och Isaccsons in-

DEBATT

»Om smärtlindringen inte fungerat, vad skulle dagens psykiatri haft att erbjuda Freud förutom en depressionsdiagnos? Stödjande samtal, Prozac, elchocker, en köllapp till psykoterapi?»

ställning kan få absurda konsekvenser. Kan man verkligen hävda att absolut alla som väljer att dö framför att fortsätta i ett svårt och hopplöst lidande handlar irrationellt?

Ty vad är i så fall det »rationella» alternativet om behandlingsmöjligheterna är uttömda? Att stoiskt uthärda sitt lidande för att inte störa den allmänna ordningen?

Depression eller sorg?

Vad är en depression? Det finns många kriterier, men centralt för diagnosen torde vara att den deprimerade ser mörkare på sin situation än andra. Man har ett sänkt stämningsläge, man är överdrivet pessimistisk, ser inga utvägar, är handlingsförlamad.

Ett tillstånd som liknar depression är sorg. Men sorg förklingar med tiden. »Normal» sorg, brukar psykiater med enfass hävda, ska inte behandlas som en depression. Sorg ingår så att säga i livets villkor. Sorg är inte sjukligt, men depression är det.

Vilka krav kan man då ställa på en döende, svårt plågad människas stämningsläge? Hur ledsen får man vara utan att åsättas en diagnos? Är det normalt eller onormalt att göra ett nedstämt in-

Författare

P C JERSILD

författare, leg läkare och sakkunnig i Statens medicinsk-etiska råd, Upplands Väsby.