

Vilseledande argumentation från Statens medicinsk-etiska råd

SMERs förslag handlar egentligen inte om den palliativa vårdens eventuella oförmåga att ge symtomlindring eller god omvårdnad, utan om att patientens önskan att få hjälp att dö ska respekteras. Är detta i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen?

De tre representanternas för Statens medicinsk-etiska råd svar på Jan-Otto Ottosons debattinlägg om läkarassisterat självmord (LT 4/2009, sidorna 169-70, respektive LT 1-2/2009, sidorna 9-10) kräver en kommentar.

Jan-Otto Ottosons (J-OO) huvudargument är svårigheten att bedöma svårt sjuka patienters verkliga vilja, eftersom självmord ofta är förenat med ambivalens. Det är också svårt att avgöra om deras önskan är ett fritt val, ett resultat av påtryckningar, en rädsla att ligga andra till last, ett uttryck för depression eller en obehagad rädsla inför det okända. Han visar också på inkonsekvensen av en nollvision för självmord och att samtidigt erbjuda läkarassisterat självmord.

Han menar att det inte finns anledning att särbehandla en självmordsbenägen döende patient, utan dennes önskan ska »tjäna som utmaning att finna nya vägar för behandling och stöd«. Att erbjuda läkarassisterat självmord vore att kapitulera inför den palliativa vårdens brister.

I sitt svar bemöter SMER dessa högst relevanta invänd-



ROLAND ANDERSSON
kirurg, docent,
Jönköping
roland.andersson@lj.se

ningar alltför lättvindigt, enligt min mening. De håller visserligen med om svårigheten att värdera om en patient i livets slutskede är deprimerad eller inte, men hänvisar utan referens till en holländsk undersökning som bedömt att patienter som begär döds hjälp inte är deprimerade »i psykiatrisk mening«.

Men varför hänvisar de inte till den undersökning från Oregon, som annars är deras idealförebild, där man fann att 20 procent av de patienter som fick recept med dödliga läkemedel var deprimerade [1]? En siffra som på grund av bortfallet sannolikt är en underskattning. För en icke-psykiater förefaller det mycket svårt att utesluta att en patient som har allvarliga planer att begå självmord är deprimerad. Eftersom diagnostiska test bara kan ange grader av depressivitet blir det mer eller mindre godtyckligt att bestämma en brytpunkt under vilken depression inte föreligger.

SMER håller även med om det etiska dilemma att skilja mellan att förebygga självmord hos en »yngre patient som lider av en depression« och en »patient ... i livets slutskede ... för vilken livet innebär ett outhärdligt lidande«. Men i nästa mening anser de, utan att ange några skäl, att det finns en »relevant skillnad, vilket kan motivera att vi gör olika etiska bedömningar



Vinjet: Airi Iljste

Statens medicinsk-etiska råds brev till regeringen angående patientens ställning vid vård i livets slutskede har väckt stor uppmärksamhet. På denna och följande sidor presenterar vi fyra inlägg plus replik från företrädare för SMER.

av de två situationerna«. Jag förväntar mig att SMER presenterar hur man definierar »livets slutskede« och »outhärdligt lidande« och varför man anser att hänsyn till människans autonomi ska skilja sig åt i olika åldrar och livssituationer.

Detta relaterar till den sista av J-OOs invändningar, den om det sluttande planet, med en hänvisning till den utveckling man sett i Holland. Men den frågan vill SMER över huvudet inte diskutera eftersom man inte vill föreslå en »holländsk lösning«. I stället framhåller man Oregon som det mönsterexempel man vill följa och påstår att där inte skett någon ökning eller indikationsglidning, vilket inte är sant.

Sedan starten 1998 till 2007 har antalet recept och antalet genomförda självmord ökat stadigt med ca 300 procent, utan tendens att avta [2]. Ett antal avsteg från reglerna har rapporterats, vilka inte lett till åtal eller disciplinära straff. Patienter som fått recept har t ex behövt hjälp för att ta medicinen eller har levt längre än 6

månader. Läkare har skrivit ut recept på dödande läkemedel efter mindre än en veckas patient-läkarrelation. Under 2007 hade ingen patient som fått recept genomgått psykiatrisk undersökning för att utesluta depression, mot 12,6 procent under de föregående åren.

Situationen i Oregon kan därför mycket väl gå i den holländska riktningen, där det under en lång period gradvis utvecklades en praxis av okontrollerade läkarassisterade självmord/eutanasi på grund av att man avstod från att vidta legala åtgärder när sådana fall upptäcktes. Detta har sedan utvecklats till klara tecken på ett sluttande plan.

Problemet är ju att vi inte vet var man ska dra en ny hållbar etisk gräns om man överger den gräns som innebär att vi som läkare inte ska döda eller medverka till dödande av patienter. Men SMER anser att detta är möjligt i en fungerande rättsstat utan att ange varför de tror så eller åtminstone peka på någon alternativ övergripande princip som i så fall ska gälla. Detta borde

SMER gjort innan man kom ut med sitt förslag om »läkarassisterat självalt livsslut«.

SMER antar att det redan i dag finns svenska läkare som skriver ut dödliga läkemedel till patienter som själva kan välja att avsluta sitt liv. De anför detta som ett skäl att legalisera och kontrollera denna verksamhet. Varför ska någon instaka läkares olagliga och etiskt diskutabla verksamhet vara ett skäl att ändra på etik och lag? Risken är ju uppenbar att vi därigenom kan hamna i den holländska situationen. SMER måste här förtydliga hur stor denna aktivitet är och ange varför den inte ska beivras och på vilket sätt en legalisering skulle minska antalet förskrivningar. Det är också angeläget att vi inom professionen tar upp denna diskussion för att markera avståndstagande från sådan olaglig och oetisk verksamhet. När sådan upptäcks bör den dessutom beivras.

Ett centralt tema i SMERs replik handlar om patientens autonomi och möjlighet till medbestämmande vid vård i livets slutskede. Med hänvisning till att patientens möjlighet att påverka vård- och behandlingsbeslut ska respekteras i livets alla faser, anser de att det innebär en oförsvärlig begränsning om man inte kan tillgodose patientens önskan om hjälp att dö i ett så avgörande skede av livet som den egna döden. Läkarassisterat självmord ska därför kunna erbjudas när den palliativa vården »inte klarar av att tillgodose patientens önskemål« (min kursivering).

SMERs förslag handlar alltså egentligen inte om den palliativa vårdens eventuella oförmåga att ge symtomlindring eller god omvårdnad, utan om att patientens önskan att få hjälp att dö ska respekteras. Jag vill ha klarlagt om detta är i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen. Är det min skyldighet som läkare att tillgodose patientens önskemål

om olika undersökningar, ingrepp eller behandlingar? Eller är det min skyldighet att se till patientens behov och att i samråd med patienten finna den mest lämpliga behandlingen för att möta det behovet? Detta har förstås bäring även på andra skeden av livet.

Enligt rapporterna från Oregon anges existentiella skäl, såsom förlust av autonomi, värdighet och förmåga att engagera sig i andra aktiviteter eller att njuta av livet, som de viktigaste indikationerna för läkarassisterat självmord, medan otillräcklig smärkt kontroll eller rädsla för sådan är betydligt mindre viktigt. När man beskriver att livet är »outhärdligt« handlar det därför i de flesta fall främst om existentiella frågor och inte om smärta. J-OO har alltså rätt när han påpekar att läkarassisterat självmord innebär en kapitulation inför den palliativa vårdens otillräcklighet att ge psykologiskt, socialt och andligt stöd till de döende.

För den ambivalente patienten, som egentligen inte vill dö men inte »orkar« leva mer, och som »känner osäkerhet och oro för att sjukvården inte kan, eller vill, hjälpa på det sätt man önskar«, anser SMER att »förskrivning av läkemedel för ett självalt livsslut skulle kunna förebygga självmord« eftersom patienten då kan känna att »han/hon själv har kontroll över situationen« och därför »kan inte [behöver] verkställa sitt beslut«. Detta är ett anmärkningsvärt uttalande. Här handlar det alltså inte om en patient som lever med ett »outhärdligt lidande«. Det rör sig om en patient som är orolig och osäker inför vad som ska komma i framtiden och som ska erbjudas möjlighet till självmord i stället för information och omsorg.

Slutligen gör SMERs representanter ett fantastiskt argumentationstekniskt trick när

man deklarerar att eftersom det är att skada att förlänga dödsprocessen är det gott att förkorta den! Förutom det felaktiga resonemanget avslöjar dessa representanter för SMER att de även stöder möjlighet till eutanasi!

Jag är djupt bekymrad över att medlemmar av SMER tar en så ensidig ställning och avslöjar sådana brister i etiskt tänkande när det gäller en så svår etisk fråga. Detta hotar förtroendet för SMER. Delas

detta synsätt av SMER eller är det enbart dessa tre författares personliga åsikter?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *BMJ*. 2008 Oct 7;337:a1682. doi: 10.1136/bmj.a1682.
2. <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml>

Sluttande planet oundvikligt

När humanismens och läkaretikens grundsats – att inte döda eller medverka till att döda människor – väl har relativiserats är det sluttande planet oundvikligt.

Jag uppfattar Daniel Brattgård, Nils Lynöes och Barbro Westerholms (BLW) inlägg i LT 4/2009 (sidorna 169-70) angående läkarassisterat självmord som förvånande aningslöst när de skriver: »I en fungerande rättsstat bör lagstiftningen kunna sätta gränser för vad vi vill, utan att det innebär en risk för ett sluttande plan.«

Man får intrycket av att BLW och Statens medicinsk-etiska råd (SMER) varken beaktat historiska fakta, omvärlden eller ens aktuella politiska frågeställningar i Sverige, där just rättssamhället nu av många anses hotat. I DN skrevs nyligen (24 januari 2009) på ledarplats: »Men lagar måste byggas för framtiden och för att säkra vår rätt till privatliv även vid mindre trevliga regimer. På flera håll i

Europa finns högerextrema partier, med svaga demokratiska instinkter, representerade i regeringsmakten (...) Och man ska minnas att det inte är länge sedan en svensk regim ägnade sig åt omfattande åsiktsregistrering.«

Man kunde också ha påmint om föregående regerings undfallenhet inför Bush-regimen med rättsvidrig behandling av såväl svenska som utländska medborgare. Finns det någon evidens för att historien inte upprepar sig? Är inte demokrati, rättssamhället och humanismen rätt sköra och egentligen blott halvfärdiga höjdpunkter i samhällsutvecklingen? Om en auktoritär regim skulle komma till makten i Sverige eller anorstädens, tror någon att den då omedelbart i all hederlighet skulle annullera lagar och praxis som är stadfästa med förbehåll om att de förutsätter ett rättssäkert samhälle?

Jan-Otto Ottosson (LT 1-2/2009, sidorna 9-10) och andra dödshjälpskritiker har varnat för vad som brukar kallas »det



GÖRAN ISACSSON
docent, överläkare,
Psykiatri Sydväst,
Karolinska Universitets-
sjukhuset Huddinge
goran.isacson@sl.se

»... ett utvidgande av myndigheters domvärjo till att besluta också i frågor som rör när och hur vi ska dö.«

sluttande planet«, farhågan att även om läkarassisterat självmord eller eutanasi accepteras och lagligen regleras med relevanta och väldefinierade kriterier så riskerar indikationerna successivt att vidgas oavsett hur förförande oskyldiga kriterierna än må ha förefallit [1].

Det kan inte objektivt fastställas hur oundviklig eller hur nära förestående döden måste vara eller hur outhärdligt lidandet måste vara för att självmord kan anses utgöra en rationell handling. Det kan inte heller definieras hur väl-informerad och beslutskapabel en patient måste vara för att få rätten att begå självmord med läkarassistans.

Det går aldrig att utesluta att patienten är påverkad av skuldkänslor över att ligga till last eller är deprimerad. Och hur länge tillåter rättvisepincipen att just patienter med outhärdligt psykiskt lidande skulle förvägras rätten till självmord? All vetenskaplig kunskap om självmord visar ju att det är just dessa som kan uppleva sitt lidande så outhärdligt att de väljer självmord.

På vilken etisk grund ska rätten till självmord förvägras tetraplegiker som inte själva förmår »administrera« det dödande läkemedlet, vilket enligt BLW är en förutsättning för att assistansen inte ska definieras som aktiv dödshjälp? I det PM som man hänvisar till skriver BLW att man »av olika skäl inte är beredda att bejaka« aktiv dödshjälp [2]. Jag är rädd för att skälen är taktiska; man tar ett steg i taget.

Med dessa ofrånkomliga oklarheter (det finns fler) å ena sidan och en ansträngd samhällsekonomi å den andra, befarar jag starkt att när

humanismens och läkaretikens grundsats – att inte döda eller medverka till att döda människor – väl har relativiserats är det sluttande planet oundvikligt [3]. Hur snabbt och hur djupt samhället kommer att sjunka blir en fråga för kommande historiker att fastställa.

Det som anges vara främsta etiska skälet för en rätt till »läkarassisterat självmord« är autonomiprincipen, men läkarassisterat självmord är motsatsen till autonomi. Förslaget förutsätter att patienten hos en läkare anhåller om hjälp att få begå självmord, varefter denne som myndighetsrepresentant subjektivt bedömer om prognosen är tillräckligt hopplös, lidandet tillräckligt outhärdligt etc, etc enligt Socialstyrelsens senaste föreskrifter och sedan fattar ett beslut som patienten får rätta och packa sig efter.

I stället för patientautonomi innebär all form av dödshjälp ett utvidgande av myndigheters domvärjo till att besluta också i frågor som rör när och hur vi ska dö. Detta dilemma, intimt förknippat med »det sluttande planet«, diskuteras inte av BLW.

En annan fråga, som såvitt jag vet aldrig har besvarats av vare sig BLW eller andra dödshjälpsförespråkare, är varför just läkare ska assistera/exekvera dödshjälpen. Det är betydligt rimligare att någon annan yrkeskategori, som inte är bunden vid läkaretiken, ges förskrivningsrätt för läkemedel som av Läkemedelsverket godkänts på indikationen självmord. Varken receptskrivning eller självmord kräver läkarutbildning.

Jag vill klargöra att jag anser det självklart att patienter har rätt att säga nej till behandling och har rätt till smärtlindring även om denna skulle innebära sederling till medvetenlöshet och förkortad återstående livstid. Det är också självklart att sjukvården inte ska ge medicinskt meningslös

behandling. Att dra in dessa tämligen okontroversiella frågor i en diskussion om läkarassisterat självmord eller dödshjälp är däremot att lägga ut dimridåer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Isacson G. Förslaget om självmordskliniker. Filosofisk grund för etiskt moras. Läkartidningen. 1996; 93:4708-9.
2. SMER. PM. 2008-08-28. <http://www.smer.se/Uploads/Files/56.pdf>
3. Isacson G. Relativt mördat 84-årig kvinna. Läkartidningen. 2001; 98:1713.

Det är mest de starka och friska som hörs

Inga sjuka, handikapporganisationer, funktionshindrade eller utvecklingsstörda har stigit fram och propagerat för förslaget, vilket skulle ha gjort det mer angeläget att lyssna.

I den debatt om eutanasi som pågår tas effekten på sjukvården och läkarnas roll sällan upp, förutom att dessa förutsätts genomföra dödshjälpen. Jag vill med den utgångspunkten nämna fyra argument mot eutanasi.

1. De som oftast hörs i debatten är starka och friska – människor med stor självkänsla och verbal förmåga. Inga sjuka, handikapporganisationer, funktionshindrade eller utvecklingsstörda har stigit fram och propagerat för förslaget, vilket skulle ha gjort det mer angeläget att lyssna. Tvärtom har människor från de nämnda grupperna talat om att de känner sig diskriminerade. Två personer som är förlamade efter en ryggmärgsskada har varnat för att de skulle ha valt eutanasi de första åren efter skadan om de fått ett sådant erbjudande. Nu är de glada att det inte skedde, eftersom de har ett gott liv.

En tredjedel av läkare är för eutanasi. Men de läkare som står i närmast kontakt med

svårt kroppsligt sjuka, såsom geriatriker, invärtesmedicinare och cancerläkare, är mer negativa. I en debatt vid riksstämman i Göteborg 2008 uppgav Maria Kock-Redfors, narkosläkare i Göteborg, att mediciner finns mot alla symptom som kännetecknar en svår död. År 2007 säger 94 procent av engelska läkare i palliativ vård nej till ett lagförslag om eutanasi som behandlas i brittiska överhuset (LT 12/2007). Ilona Finley, ordförande i Royal Society of Medicine, nämner i Clinical Ethics att läkare som arbetar med palliativ vård mycket oftare är motståndare till eutanasi än teoretiker som är fjärran från klinisk praxis. I boken »Ro utan åror« har Ulla-Carin Lindquist, drabbad av amyotrofisk lateralskleros (ALS), gett en meningsfull bild av sitt döende. Konstnärer har i skuggan av döden arbetat med sina största verk. Det ger åtminstone mig anledning att ifrågasätta om livet bör avkortas ytterligare hos en människa med en dödlig sjukdom.

2. Eutanasi ger läkaren mera makt genom ett nytt mandat. Det nya kravet på läkare avviker från den etiska regeln att



BRITA HÄNNESTRAND allmänläkare och psykiater, Uppsala brita_hannestrand@hotmail.com

sjukvård ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta kriterium begränsar i dag läkarens makt och är i praktiken ett viktigt riktmärke. Utvidgningar av mandatet har skett globalt, kanske framför allt i en styrande makts tjänst, såsom medverkan vid tortyr och avrättningar. Även om jämförelsen hisnar måste man ändå undra om metoderna från de medicinska erfarenheter som läkare erhållit vid avrättningar direkt kan överföras till eutanasi. Eller vari består skillnaden?

Hur kan dessa mandat förnas, att bedriva en sjukvård i vetenskapens tjänst och samtidigt en sjukvård som har beställts av patienten? Man behöver inte ha så stor tankeförståelse för att inse att i en tid då pengarna är begränsade och medicinens nya landvinningar kräver allt större kostnader kan en avledningsmöjlighet genom eutanasi leda till diskriminering eller nedprioritering av vissa patientgrupper. Redan finns en tendens att nedprioritera gamla i kostnadseffektivitetens namn.

Vi kan ha politiska beslut och medicinskt etiska beslut, som läkare generellt har stor respekt för, men vi kan ändå inte blunda för att beslutet i sista hand kommer att ligga hos en klinikchef med begränsade medel. Vi behöver inte tala om påtryckningar. Bara en antydning, en vetskap om att möjligheten finns – vilken man naturligtvis måste underrätta patienten om – skulle hos många gamla väcka skuldskänslor över att man belastar. Det känns beklämmande att då bekämpandet av åldersdiskriminering och utbyggnad av hospiceverksamhet äntligen kommit igång mötas av en »modern« ättestupa, som hotar att kasta ut både barnet och badvattnet.

Svårigheten i att förena de båda mandatet visar sig också i utlåtandet från Statens medicinsk-etiska råd (SMER), där man dels talar om en utbyggd palliativ vård, dels vill

lämna öppet för eutanasi. Ordvändningarna påminner om Tage Danielssons förklaringar att kärnkraftsolyckan i Harrisburg kanske egentligen aldrig har hänt.

3. Gränsen mellan att döda och låta leva – hur kan vi i praktiken arbeta med två motstridiga mandat? Vår etik att bota sjuka ligger djupt i vår verksamhet, men vi är också ofta utsatta för motstridiga önskemål från kliniken (beviljade ekonomiska medel), landstinget och politikerna.

Det visar sig bland annat i den ständiga bristen på lediga sängar som en jourläkare har till disposition och som gör att sjuka i behov av sjukhusvård ändå måste skickas hem. I akutsituationen konkretiseras den ensamma jourläkarens beslut om hur hårt han ska satsa för att hjälpa en patient att överleva. Ett beslut som i en akutsituation kan handla om minuter.

Hur vi ska handla i dag är inte ifrågasatt, utom möjligen när det gäller mycket svårt skadade nyfödda barn och – gamla. Måste vi också väga in vilket lidande som kan orsakas av ett överlevande? Ska vi tänka på två sätt samtidigt, eller var ska gränsen gå? Det tydligaste exemplet är kanske självmordsförsök. Hur ska de behandlas? Ska vi också göra en bedömning av i vilken mån den suicidala personen verkligen ville dö eller hade anledning till det? Ska vi känna skuld över att vi lyckades väcka upp en människa till ett fortsatt lidande? Eller ska vi över huvud taget bry oss om att rädda en människa som ville dö? Särskilt om hon är sjuk? Bedömningar som dessa kan medvetet eller omedvetet finnas i den ensamma jourläkarens huvud och lämna öppet för allt slags godtycklighet.

4. Varför inte vid andra lidanden än sjukdom? Vi kan inte frångå att eutanasi är ett krav som förs fram i rika länder, som är relativt förskonade

från de lidanden som finns i stora delar av världen. Varför har vi ingen eutanasidebatt i Afrika, Bangladesh och Indien? I Indien ser vi i stället en förtida modell till den palliativa vården växa fram med moder Teresa.

Även då det gäller de mest utarmade fattiga och lidande, och sjuka, hemlösa människor är det hjälp och tröst man vill ge. Inte hjälp att dö. Kanske beror det på religioner som buddhismen och hinduismen, som inte ger rätt att döda något annat levande. Katolicismen, som omfattar 1,3 miljarder människor (17 procent av jordens befolkning), tar också avstånd. Hur

protestantismen ställer sig är mer oklart; det förefaller som om den kan acceptera avbruten behandling men inte dödshjälp. Över hälften av jordens befolkning avvisar därmed eutanasi av religiösa skäl.

Vi borde sluta huka oss och i stället stå upp för vad som är vårt mandat som läkare. Har vi förändrat synen på vårt läkaråtagande? Är den »moderna« läkaretiken prisgiven åt filosofer? Hur vi än ser det och vad vi än kommer fram till så är svaret vårt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Legalisering av den självklara rätten att bestämma över sitt liv

Det är med beundran och tillfredsställelse som jag konstaterar att förslaget från Statens medicinsk-etiska råd är ett litet ytterligare steg för att legalisera den självklara rätten att bestämma över sitt eget liv.

Det massmediala intresset för eutanasi-problematiken har ökat för varje år. Positivt, tycker vi som under många år varit delaktiga i debatten. Det svarar uppenbart mot ett allt större engagemang hos det svenska folket.

Nu är diskussionen intensifierad. Anledningen är den promemoria som SMER (Statens medicinsk-etiska råd) avsänt till regeringen för ställningsåtagande. Svenska Dagbladet har på senhösten lämnat stort spaltutrymme för frågan, och

även i Dagens Nyheter har inlägg publicerats. Läkartidningen ansluter nu genom dels en lång artikel av Jan-Otto Ottosson (J-OO) i 1-2/2009 (sidorna 9-10), dels ett inlägg av Richard Skråder och Solveig Hultkvist (RS/SH) i LT 3/2009 (sidan 129). I Läkartidningen 4/2009 (sidorna 169-70) kommer så ett utförligt genmäle till J-OO från SMER via Daniel Brattgård, Niels Lynöe och Barbro Westerholm. I detta bemöts den först nämnda artikelns alla farhågor på ett så fullständigt och klagörande sätt att ytterligare kommentarer torde vara överflödiga. Man kan bara hoppas att J-OO, efter att ha tagit del, ska kunna modifiera sin tidigare attityd. Det är ju en i grunden ytterst försik-



ACKE HALLÉN
fd chefläkare,
Säffle sjukhus
acke.hallen@
swipnet.se

tig förändring i gällande lagstiftning som föreslagits, vilket »motståndarsidan« alltid nogsamt undviker att tala om.

I artikeln av RS/SH tror jag att läsaren, genom de patient-exempel som ges, snarast hamnar i ett motsatt synsätt mot det författarna förespråkar. SMERs förslag är visserligen tillämpbart i bara ett av de här fallen, om patienten i finalskedet så skulle önska, men artikeln pekar värtaligt på de svårlösta lägen som kan uppstå vid vården av svårt sjuka »äldre äldre patienter«. Notera att SMERs förslag på intet sätt står i motsatsförhållande till författarnas lovvärda ambition att vidareutveckla samhällets vårdkunskande inom området.

Vad är orsaken till den våldsamma upprördhet eutanasi-debatten utlöser? Här kanske man ska fundera litet över det mångtydiga ordet dödsskräck. Människan känner ibland, utan att själv begripa varför, stor rädsla för att dö (religiösa underton?). Detta ska inte jämföras med den vanliga skräck som gamla kan känna inför dödsprocessen: »Jag vill inte plågas! Jag vill inte förnedras! Jag vill inte orsaka ett utdraget lidande för min omgivning!« Det är ju bl a i denna grupp som SMERs förslag skulle kunna ha en trygghets-skapande mission.

I läkarnas känslor inför döden finns också, inte att förglömma, en yrkesrelaterad dimension. Det ingår ju i utbildningen att med all kraft kämpa mot döden. Läkarens etikregel – nil nocere (inte skada) – sitter djupt. Vi ska heller inte bortse från att läkare av andra skäl – obehagskänsla, tillkortakommande, ja kanske ibland till och med feighet – helst vill skjuta hela den här problematiken ifrån sig. Det är också ett slags dödsskräck.

Dödsskräcken i en döende individs omgivning hör hit. Den tilltar i styrka ju närmare relationen till individen i fråga är, ibland på ett absurt sätt. En person som i eutanasi-frågan

demonstrerat en bejakande grundinställning kan i akut läge vid en nära anhörigs dödsbädd gripas av ångest och reagera på ett sätt som helt strider mot tidigare övertygelse.

Det moderna samhället förändras kontinuerligt. Tidigare självklara regler modifieras. Så också inom sjukvården. Vi kan numera ingripa i dödens framfart på ett mirakulöst sätt betraktat med vår äldre generations ögon, men tyvärr inte alltid på gott. Våra medicinska möjligheter har inte så sällan resulterat i en orimlig förlängning av ett finalt lidande. Detta föder krav på nya tänkesätt såväl hos allmänheten som inom sjukvården – se terminalvården, se organdonationer, se abortlagstiftningen.

Man hävdar ibland att det förändrade synsätt som noterats inom läkarkåren efter den nya abortlagens tillkomst inte motiverar en liknande attitydförändring ifall läkarassisterad eutanasi genomförs. Visst gör det det!

Båda frågorna är jämförbara och avhängiga av förmågan till nytänkande även inom den etiska sektorn i takt med förändringar i vårt samhälle. (Se t ex den attitydförändring som skett inom den holländska läkarkåren.) I dag överväger andelen svenska läkare som säger nej till läkarassisterad eutanasi. I morgon förhoppningsvis inte!

Jag har själv en nära 40-årig verksamhet som invärtesläkare bakom mig. Ett fåtal gånger under denna tid har patienter, som genom åren blivit »närstående«, bett mig om hjälp att få avsluta ett ur deras och även min synvinkel outhärdligt finalt tillstånd. Jag har då med sorg och en känsla av svek varit nödsakad att säga nej. Det är en av orsakerna till att jag nu med beundran och stor tillfredsställelse konstaterar att Statens medicinsk-etiska råd kunnat enas om ett offentligt förslag som tillåter läkaren att förskriva läkemedel till självvald död; ett ytterligare litet steg för att

legalisera den självklara rätten att bestämma över sitt eget liv. (Observera att 70 procent av svenska folket ansluter sig till ett sådant synsätt.)

Till gruppen av motståndare inom den religiösa sektorn, i politiska kretsar, hos mina kollegor och annorstädes framför jag min respekt. Det här är ett svårt och personligt känsloladdat område. Samtidigt väddar jag om återhåll-

samhet i att utmåla följderna i alltför svarta färger. Visst finns det många vanskligheter att övervinna inför en ny lagstiftning. Men i vårt jämförelsevis homogena och socioekonomiskt högstående land är svårigheterna inte oöverstigliga, och man kan dra stor lärdom av andra länders erfarenheter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REPLIK:

Den lidande och döende människan måste själv få sista ordet

Det förslag vi vill pröva innebär ett ökat patientinflytande endast för den patient som själv befinner sig i livets slutskede, som själv vill ha och som själv kan ha möjlighet till ökat självbestämmande över sin vård och behandling under den sista tiden av livet – inga andra människor!

När vi som en mindre arbetsgrupp inom Statens medicinsk-etiska råd publicerade vårt dokument om patientens självbestämmande i livets slutskede var vi medvet-

na om att detta skulle väcka debatt. Det var också avsikten med dokumentet <<http://www.smer.se/Uploads/Files/56.pdf>>.

Vi var också medvetna om att frågor om döden i allmänhet och dödshjälp i synnerhet väcker mycket starka känslor. Dessa känslor riskerar ibland att bli så dominerande att de skymmer sikt och klarsyn. Vi har skrivit ett dokument. Andra har läst vad vi har skrivit. Några av de debattinlägg som förekommit visar tydligt att alla inte har läst vad vi har skrivit utan i stället har läst mellan raderna. Därför vill vi komma med vissa klagörananden och nyanser, som annars riskerar att gå förlorade.

I vårt dokument lyfter vi fram fem punkter om vården i li-



DANIEL BRATTGÅRD sakkunnig i Statens medicinsk-etiska råd (SMER); sjukhuspräst, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg



NIELS LYNÖE sakkunnig i SMER; professor i medicinsk etik, Karolinska institutet, Stockholm niels.lynoe@ki.se



BARBRO WESTERHOLM ledamot i SMER; professor emerita; riksdagsledamot, Stockholm

»... tycker vi att det är hög tid att det är den lidande och döende människan själv som måste få ha sista ordet och därmed ett avgörande inflytande över slutskedet i sitt liv.«

vets slutskede. Som bakgrund till våra punkter anger vi två viktiga faktorer – dels kunskapsutvecklingen inom medicinen, dels patientens allt starkare ställning och inflytande över sin egen vård och behandling. Vi menar att båda dessa faktorer ger anledning till en fördjupad analys av och reflektion över vården i livets slutskede i sin helhet.

De två första punkterna pekar på risken för en samman-

blandning av maximal och optimal vård och behandling. Maximal innebär mesta möjliga vård och behandling. Optimal innebär bästa möjliga vård och behandling. Att göra det mesta för en patient innebär inte alltid det bästa för patienten. Vi menar att vi måste finna ett bättre förhållningsätt till hela den medicinska kunskapsutvecklingen. Det var på ett sätt enklare att tillhöra den läkargeneration där kunskapen satte gränserna för det medicinska behandlingsarbetet – dvs man gjorde allt man kunde.

I dag inser alla att om man inom professionen gör allt man kan finns det klara risker för att medicinska ingrepp kan bli mänskliga övergrepp. Med tanke på detta har både Läkaresällskapetets etikdelegation och Svensk förening för

anestesi- och intensivvård gett ut nya riktlinjer som stöd för arbetet att avstå från och att avbryta livsuppehållande behandlingar. Så långt handlar det om de två första, okontroversiella punkterna i vårt dokument – att avstå från och att avbryta livsuppehållande behandling.

Den tredje punkten berör den palliativa vården, där kunskapen i alla dess dimensioner – medicinskt, psykologiskt, socialt och existentiellt/andligt – har utvecklats till allt bättre vård i livets slutskede. Denna punkt kan knappast uppfattas som »en kapitulation inför den palliativa vårdens förmåga att ge psykologiskt, socialt och andligt stöd till de döende«, som Roland Andersson anklagar oss för. Vi menar tvärtom att det krävs krafttag för att denna kunskapsutveck-

ling i alla dess dimensioner ska få genomslag. Därför vill vi genom SMERs brev och vårt PM strida för en utbyggnad och en utveckling av den palliativa vården i vårt land – utan minsta tanke på kapitulation.

»Att dra in dessa tämligen okontroversiella frågor i en diskussion om dödshjälp är däremot att lägga ut dimridåer«, avslutar Göran Isacson sitt debattinlägg. Vi menar att det aldrig kan bli liktydigt med dimridåer att sätta in frågor i sitt sammanhang. Det är ingen hemlighet att frågan om dödshjälp i olika former i debatten ofta har blivit aktuell när man inom hälso- och sjukvården antingen gått för långt i medicinsk behandling eller inte respekterat en patients rätt till självbestämmande i livets slutskede.

I vårt dokument har vi tyd-

ANNONS

»... dessa svårigheter för människor runt omkring en döende människa får inte hindra oss från att ta den döende människans egen situation på allvar ...«

ligt uttalat att vi inte är beredda att bejaka möjligheten till ett införande av aktiv döds hjälp i vårt land – punkt fem. Vi skriver: »Att till en allvarligt sjuk patient i livets slutskede skriva ut läkemedel med vilka patienten själv kan välja att för egen hand förkorta sitt lidande är något annat än att en läkare aktivt ger läkemedel så att patienten avlider, även om det i både fallen sker på den beslutskapabla patientens begäran.« Därför vill vi pröva tanken på och möjligheten till läkarassisterat livs slut – punkt fyra.

Ingen av oss vill förneka de svårigheter som föreligger när det gäller att bedöma en patients tillstånd i livets slutskede:

- hennes möjligheter till att utöva sin autonomi utan påtryckningar av olika slag
- hur autentisk hennes önskan att dö är
- hur outhärdligt lidandet och döendet kan vara eller tänkas bli
- var gränsen ska sättas för när livets slutskede inträder
- om nya steg kan leda till bättre vård eller ett slutande plan.

Men dessa svårigheter för människor runt omkring en döende människa får inte hindra oss från att ta den döende människans egen situation på allvar genom att undersöka möjligheten att ge patienten själv i slutskedet av sitt liv ett större inflytande över vård och behandling.

Om de tre första punkterna i vårt dokument blir uppfyllda är det möjligt att det endast blir ett mycket begränsat antal patienter, där det behöver bli aktuellt med läkarassisterat livs slut. Men för dem det

gäller kan det ha en avgörande betydelse i slutskedet av livet att möjligheten finns – oavsett om de väljer att använda sig av den eller inte.

Britta Hännestrand anför i sitt debattinlägg fyra argument mot eutanasi:

- De som oftast hörs i debatten är starka och friska.
- Eutanasi ger läkaren mera makt.
- Gränsen mellan att döda och låta leva.
- Varför inte vid andra lidanden än sjukdom?

I den mån hennes inlägg är en kommentar till vårt dokument förefaller de fyra argumenten förbryllande när man läser vad vi har skrivit. Vi vill inte ha ett ökat inflytande för de starka och de friska i samhället. Vi vill inte genom vårt dokument öka möjligheterna för vare sig medicinskt eller ekonomiskt resultatansvariga att minska kostnaderna inom hälso- och sjukvården. Vi vill inte genom vårt dokument ge något bidrag till lösningen av lidandet i tredje världen.

Det förslag vi vill pröva – exempelvis möjligheten till läkarassisterat livs slut – innebär visserligen ett ökat patientinflytande vid vård i livets slutskede. Men det innebär ett ökat inflytande endast för den patient som själv befinner sig i livets slutskede, som själv vill ha och som själv kan ha möjlighet till ökat självbestämmande över sin vård och behandling under den sista tiden av livet – inga andra människor!

Trots alla farhågor som vi i vissa stycken själva delar med många av dem som deltar i debatten med anledning av vårt dokument tycker vi att det är hög tid att det är den lidande och döende människan själv som måste få ha sista ordet och därmed ett avgörande inflytande över slutskedet i sitt liv.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

FÖRSÄKRINGSKASSAN SVARAR ÖJERSKOG:

Inte ovanligt att det medicinska underlaget behöver kompletteras

■ Björn Öjerskog har i LT 5/2009 (sidan 262) uttryckt hur han tycker att svårt sjuka patienter trakasseras av Försäkringskassan. I det aktuella fallet är det en av Björn Öjerskogs egna patienter där Öjerskog ombetts komplettera sitt medicinska underlag för bedömning av förmåga att arbeta vid sjukdom. Patienten är proktokolektomerad och försedd med ileostomi, vilket Öjerskog angett under »status« på blanketten, och som beskrivning av nedsatt förmåga till aktivitet på individnivå angett »stomiskötsel, sårskötsel samt smärtor«.

Öjerskog anger sedan att »okunnigheten bland handläggarna på Försäkringskassan torde vara monumental om man inte har klart för sig att om tjocktarm inklusive ändtarm avlägsnats och patienten försetts med ileostomi (påse på magen) så innebär detta en total avsaknad av arbetsförmåga oavsett vilket arbete man har«.

Öjerskogs inlägg kan läsas som att han menar att alla individer med ileostomi är helt arbetsoförmögna oavsett arbete. Så ser inte verkligheten ut. Möjligen är det så att patienten i detta fall är nyopererad men det framgår inte av Öjerskogs inlägg. Om informationen i det medicinska underlaget var lika sparsam som det verkar av Öjerskogs inlägg att döma så finns det full förståelse för handläggarens begäran om kompletterande uppgifter. Med all respekt för Öjerskogs känedom om sin patient så är »stomiskötsel, sårskötsel samt smärtor« ingen beskrivning av aktivitetsnedsättning på individnivå.

I detta fall, liksom i andra fall, försöker handläggaren att

göra ett gott arbete genom att ha ett tillräckligt medicinskt underlag för sitt beslut angående rätten till sjukpenning.

Det är inte ovanligt att de medicinska underlag som lämnas till Försäkringskassan behöver kompletteras. Kompletteringarna görs för att bättre kunna bedöma rätten till ersättning. Det är med respekt för den enskilde och raka motsatsen till trakassering. För det förtjänar handläggaren respekt såväl av patienten som, inte minst, av den läkare vars uppgift är att tillhandahålla det medicinska underlaget för beslutet. Om då denne läkare vid en begäran om komplettering känner sig som en bov så är det dennes problem och inte någon annans.

När det gäller Öjerskogs redovisade problem med kommunikationen så kan vi bara beklaga att det inte nått fram till Öjerskog att Försäkringskassan sedan något år tillbaka har ett särskilt inrättat Kundcenter för partners med ett direktnummer, 0771-17 90 00. Där finns det alltid en kvalificerad handläggare som är beredd att svara på Öjerskogs frågor. Många av Öjerskogs kollegor har använt sig av den möjligheten, och så vitt vi vet så har den servicen blivit mycket uppskattad. Pröva den nästa gång.

Jan Weibring
försäkringsmedicinsk
koordinator, nationella
försäkringscenter (NFC) och
lokala försäkringscenter (LFC)
jan.weibring@
forsakringskassan.se

Siwert Gårdestig
programdirektör;
båda vid Försäkringskassan