



Utan hopp kan man

Få kan ha missat den senaste tidens debatt om assisterad dödshjälp, och det är en fråga som engagerar många. I denna krönika lyfter **Åke Andréén-Sandberg**, professor emeritus i kirurgi, fram sina personliga funderingar.

Efter en folkkär sommarpratades uppmärksammade – nästan spektakulära – avslutande av livet i slutstadiet av plågsam ALS har debatten om dödshjälp blossat upp igen. Dessvärre förs diskussionen i massmedia oftast med obevekliga ord, trots att verkligheten är så mycket mer nyanserad. Jag vill därför här ge några personliga reflexioner av den art som mer sällan hörs i diskussionen om assisterad dödshjälp. Jag är emellertid helt ointresserad av att ge rekommendationer av hur andra bör tycka, mer än att det i denna fråga gäller

att inte tänka i schabloner utan att förstå att ett problem kan ha mer än en lösning och att vi kan tänka olika men ha det mesta rätt på ömse håll ändå.

HUR LÅNGT HAR VI KOMMIT I DAG?

Jag var medicinstudent på 1960-talet och ivrig att lära mig allt, allt. I första hand ingick då den praktiska medicinen – hur skall jag göra praktiskt för att bli en bra läkare?. Men för oss som upplevde "68-åren" var det naturligt att också ta upp sociala och psykologiska (ibland kallade etiska) aspekter på vad

vi stod inför. Såsom helt oerfarna hade vi ofta skarpa och djärva lösningar på problemen och var mycket nöjda med oss själva. När jag nu har 50 år bakom mig sedan jag började som AT-läkare är jag inte lika skarp och djärv i mina uttalanden längre (även om grundkoncepten finns kvar) och någon kanske säger att jag mjuknat i ryggen. Själv tror jag att jag fått erfarenheter av livets olikheter och förståelse för att man måste ta hänsyn till flera aspekter samtidigt.

Min far var distriktsläkare på 1960-talet och berättade att han under-

låt tit att behandla lunginflammationer och urinvägsinfektioner på döende människor, och det verkade så enkelt och rimligt. I flertalet fall är det kanske nästan lika enkelt i dag för geriatrikern och distriktsläkaren, medan neonatologen, intensivvårdsläkaren, onkologen och neurologen – kanske, kanske – har det svårare i dag. Svårigheterna består

självt har så få evidens om hur det skall levas respektive avslutas.

Det finns goda argument både för och emot assisterat döende. I Statens medicinsk-etiska råds (SMER) kunskapssammanställning (2017) ställs de vanligast förekommande argumenten i relation till empiriska data. De argument som är av värdekaraktär blir då oftast kvar i debat-

”personcentrerad vård” är det svårt att tänka sig att alla som avlider skall göra det på samma sätt – och därför bör få samma vård. Några kommer att avlida plötsligt genom en trafikolycka, andra på minuter eller timmar efter en hjärtinfarkt eller hjärnblödning, en betydande andel dör i sömnen därhemma och många andra under ordnade och förut-

inte leva

” *Kunskapen ger oss således inte rätt att enbart tänka i evidensbaserade termer, eftersom livet självt har så få evidens om hur det skall levas respektive avslutas.*

mest i att vi kan så mycket i dag, och att vi människor har en större benägenhet att försöka göra något än att hejda oss och låta bli att agera. Tekniska möjligheter är emellertid inte liktydigt med tekniska skyldigheter. Kunskapen ger oss således inte rätt att enbart tänka i evidensbaserade termer, eftersom livet

ten, medan de praktiska effekterna av sammanställningen inte heller i dag ger ett rakt svar på frågan.

DET DÖR NÄSTAN 100 000 SVENSKAR PER ÅR

När vi nu lever i en era då en majoritet av alla läkare och sköterskor tror på

sedda förhållande på sjukhus. Vi avlider på olika sätt!

Min erfarenhet är emellertid att det finns några sätt att dö på som alla vill försöka undvika. Det ena är ett utdraget lidande i en situation då döden är den enda utvägen – lidande var måhända något moraliskt gott en gång i tiden, men det är det inte längre. Den andra situationen ingen vill avlida i är på en intensivvårdsavdelning kopplad till en respirator, med slangar och kanyler överallt och med total oförmåga att kunna påverka vad som sker. Men ... de flesta avlider under ordnade förhållanden efter att ha kunnat ta adjö av sina anhöriga. Döden är i de flesta fall inte något som upplevs som ett stort problem, utan är snarare en händelse och ett förlopp som vi inte har någon vana vid.

EN KVANTITATIV ASPEKT

Ett bekymmer i den pågående debatten är att det i diskussionen ofta verkar som om motståndarna till assisterad dödshjälp tycks tro att om handlandet tillåts – moraliskt eller juridiskt – så kommer det att bli en stor kvantitativ verksamhet. Det liknar lite argumentet som mamman har när barnet inte ställer undan sina skor utan låter dem stå precis innanför dörren: ”Tänk om alla gjorde så? Då skulle vi snart inte kunna komma in genom dörren?” Nej, om tusentals eller fler skulle ställa skorna precis innanför dörren skulle det bli ett problem – men om ett eller några barn gör det är det faktiskt ett lätt lösbart problem (om det är ett problem över huvud taget).

Vi bör också dra lärdom av hur man gjort i andra länder; frågan är faktiskt löst i ett tjugotal länder och delstater genom att dödshjälp är tillåten. Hur har det gått där: Är det ett ständigt ökande antal som väljer denna utväg? Har möjligheten till dödshjälp förvanskats av kommersiella krafter? Har förtroendet för sjukvården i livets slutskede minskat i dessa länder och finns det där personer som är rädda för att bli utsatt för dödshjälp mot sin vilja?

Det är således viktigt att inte bara lägga etiska, kvalitativa aspekter på frågan utan att också tänka in det kvantitativa i problemet – och inte göra det större än det är.

KAN MAN LITA PÅ LÄKARNA?

Läkare har en speciell position i den mänskliga samvaron genom att de så påtagligt kan påverka liv och död. Alla vet att läkarna inte är gudar i så måtto att de inte kan rädda alla till livet – den medicinska kunskapen kan inte övertrumfa att alla någon gång kommer att dö. Det hindrar inte är dagens medicinska utövare har fantastiska möjligheter att bota också patienter med mycket svåra sjukdomar, ibland med några enkla penicilintabletter, ibland genom maximala intensivvårdsinsatser. Samtidigt visar exempel som refereras i massmedia att relativt begränsade fel i diagnostik eller terapi kan bli fatala. Det vet alla och är nästan alltid benägna att acceptera.

Samtidigt finns det ju situationer där medborgarna lämnat mycket svåra beslut till läkarkåren och där enskilda lä-



” *Vi behöver alla hopp för att kunna leva, och de flesta behöver mycket stöd för att kunna dö på ett bra sätt också.*

kare – oftast efter diskussion med sina närmsta medarbetare – praktiskt kommer att bestämma över liv och död. Åtgärder vid mycket för tidigt födda barn kan vara ett exempel, vården efter mycket stora hjärnskador kan vara en annan. Varje sådant enskilt beslut kan diskuteras, men vi känner ännu inte till något bättre sätt än att överlåta till kloka läkare att ta besluten i dessa fall, och det förefaller som om huvudparten av befolkningen tycker att det är så man vill ha det.

Tror vi då att befolkningen – de kommande patienterna – inte kommer att lita på läkarnas omdömesförmåga i dessa svåra fall även när man i vissa fall tar beslut som innebär att patienterna dör. I vissa fall har man ju formaliserat

beslutsprocessen direkt eller indirekt som exempelvis när det gäller att stänga av en respirator hos hjärndöda individer. Är det sannolikt att eventuellt tillåtande av dödshjälp under specificerade förhållanden kommer att minska patienterna förtroende för läkarna – eller kanske kommer förtroendet till och med att öka? Måste det bästa bli det näst bästas fiende?

EXISTENTIELLA FRÅGOR

Ytterst kommer naturligtvis frågan om att eventuellt tillåta dödshjälp att vara en fråga om hur vi ser på livet och dess mening. Det är uppenbart att alla vill leva så länge som möjligt så länge livet är bra, men för de flesta blir livets längd till slut underordnat livets innehåll. När

människorna ser slutet av livet närma sig sätter de ofta upp ganska konkreta mål, där exempel är ”jag vill se mina barnbarn växa upp”, ”jag vill se X en gång till innan jag dör” eller ”jag vill vara med på min dotters bröllop till sommaren.” När livet börjar bli tunt och ensamt, är dessa mål till hjälp att uthärda dagens tilltagande svårigheter, vilka så småningom kan betyda både smärta, minnessvårigheter och en allt högre grad av beroende av andra. Det är dock högst rimligt att tänka sig att det finns en situation då det inte längre finns något ytterligare mål man vill uppleva och att det inte längre finns något hopp. Då är det svårt att leva vidare.

Det saknade hoppet exemplifieras också – fast mindre uttalat – av att man inte sällan ser att, då den ena parten efter ett långt äktenskap dör, även den andra parten ganska snart går bort. Det handlar då inte om depression, självmord eller assisterat självmord, utan om att den inre mening livet haft har försvunnit. Det finns också exempel på

personer som haft ett långt framgångsrikt och lyckligt liv, men som när den utåtriktade delen av livet tagit slut ganska snart säger att de önskar att de fick sluta sina dagar. De säger det inte i sorg eller depression utan eftersom de tycker sig ha levt tillräckligt. Ibland kan det kännas rimligt.

Vi måste också inse att vi aldrig kommer att komma fram till en situation där 100 procent av befolkningen – eller ens läkarkåren – har samma uppfattning i frågan. Det måste vi acceptera och leva vidare med sida vid sida på samma sätt som vi gör trots att det exempelvis finns abortmotståndare och vaccinationsmotståndare, om än i minoritet.

SLUTORD

Det är viktigt att vi alla visar full respekt för varandras ställningstaganden utan att lägga den egna slutsatsen som mall för andras. Vi måste förstå det orimliga i att alla kommer att dö på samma sätt – liksom vi faktiskt lever

olika liv. Detta samtal om livets slut måste därför fortsätta med full respekt för den andre, oavsett vad denne står för och undvika att använda ord som ”aldrig” och ”alltid.”

Vi har redan en lagstadgad rätt att tacka nej till vårdåtgärder vi inte vill vara med om. Det gäller även livsförlängande åtgärder. Även den som tackar nej till livsförlängande åtgärder har dessutom full rätt till symtomlindring, omsorg och närståendestöd som behövs.

Vi behöver alla hopp för att kunna leva, och de flesta behöver mycket stöd för att kunna dö på ett bra sätt också.



ÅKE ANDRÉN-SANDBERG
Professor emeritus i kirurgi

Instruktionsfilmer inom NEUROLOGI

– för dig och dina patienter

Även som APP

Ett enda klick för rätt och säker läkemedelsanvändning

Beställ kostnadsfria påminnelsekort: info@medicininstruktioner.se