

Får man hjälpa någon till döden?

Denna fråga har i sin formulering två helt skilda betydelser. Den ena är att hjälpa någon att dö (dödshjälp) och den andra är att hjälpa någon under själva dödsprocessen, vilket ofta kallas palliativ vård. Med begreppet *dödshjälp* avses inom sjukvården en handling som är direkt avsedd att avsluta livet på en patient, med eller utan dennes medgivande. Med begreppet *assisterat självmord* (inom sjukvården talas det om *läkarassisterat självmord*) avses en handling som ger en person förutsättningarna för att begå självmord. Inom sjukvården skulle det senare innebära exempelvis att en läkare skriver ut ett preparat i en dos som, om den tas, direkt leder till döden, med hänvisning till att preparatet förskrivs i detta syfte. I den aktuella debatten om dödshjälp och assisterat självmord förekommer många andra uttryck, som till stor del speglar vilken attityd man själv intar i frågan. Som med många andra etiska resonemang används språket till stor del som ett sätt att förmedla en känsla av bifall eller aversion, och vi bör vara medvetna om vad vi använder för begrepp och vad de kan tänkas väcka för respons hos andra. Hur som helst så innebär assisterat självmord en minst lika aktiv handling i syfte att åstadkomma döden, även om det är patienten själv som tar det slutgiltiga steget.

De som förespråkar legalisering av dödshjälp brukar hävda att dödshjälp redan förekommer inom sjukvården och att man genom en legalisering skulle uppnå en ökad kontroll över det som redan görs i praktiken. De brukar också anföra som argument att den palliativa vården inte är tillräcklig för att lindra allt det lidande som uppstår i livets slutskede och att den kontrollerade döden borde vara ett alternativ. Argumentet bottnar i att det finns situationer av stort lidande som upplevs vara värre än döden, vilken ofta betraktas som ett neutralt tillstånd eller som ett icke-vara (eftersom många dödshjälpsförespråkare inte tror på ett liv efter detta). I dödshjälpsdebatten framkommer också att man i livets slutskede inte vill förlora kontrollen, ”värdigheten”. Här uppstår ofta också ett slags rättighetstänkande – att man har rätt till kontroll över sin egen död.

Dödshjälp motståndare argumenterar ofta utifrån att livet i alla dess former är skyddsvärt och/eller heligt samt att man aldrig får utföra en handling med direkt syfte att förkorta eller avsluta livet. Det är denna syn som den katolska kyrkan försvarar. Svensk lagstiftning har dock redan bortsett från denna princip om *livets helgd* eftersom abort är lagligt i Sverige. Det är sannolikt en minoritet av alla svenskar som skulle hålla med om att livet har ett egenvärde

(alltså värde i sig själv), utan man brukar istället hävda att livet är viktigt för det som det innehåller, det viss säga som ett instrumentellt värde.

Medan dödshjälpsförespråkarna anser att en legalisering skulle vara möjlig genom en strikt reglering av de fall då dödshjälp skulle vara laglig, anser dödshjälpsmotståndare att det finns en risk för ett *sluttande plan*, det vill säga att indikationerna kommer att vidgas successivt till att innefatta fler och fler situationer då dödshjälp anses legitimt. Det finns också en rädsla för att en legalisering gör att redan svaga grupper i samhället blir ännu mer utsatta, exempelvis personer med funktionshinder, äldre och multisjuka där dödshjälp inte alltid skulle vara önskad av personen själv utan av andra personer i dess närhet, eller av sjukvården själv. Ekonomiska motiv dyker också ofta upp som ett varningstecken – dödshjälp skulle enligt detta argument vara billigare än flera månaders återstående palliativ vård. I ett sjukvårdssystem som eftersträvar ”ekonomi i balans” skulle det enligt denna tanke vara frestande att välja dödshjälp i första hand för de patienter där man förutser en dålig prognos och behov av långvarig palliativ vård. Det finns en risk att man bedömer lidande eller nedsatt livskvalitet utifrån sina egna föreställningar och inte tar reda på hur personen själv uppfattar sitt liv. Livskvalitetsbegreppet i sig är mångtydigt och med en subjektiv karaktär som gör att vi inte kan ”skatta” livskvalitet på det sätt som exempelvis många medicinska forskningsstudier gör.

Rent symtomlindrande åtgärder kan ha som bieffekt att livet förkortas. Finns det då någon skillnad mellan åtgärder i syfte att lindra lidande och åtgärder som syftas till att påskynda döden? Frågan kommer till sin spets i fallet med palliativ sedering, där en person sövs ner periodvis i livets slutskede, som en sista utväg för att lindra exempelvis smärta eller svår ångest, när inte andra behandlingsåtgärder har gett tillräcklig effekt. Palliativ sedering, som den används inom svensk palliativ vård, syftar inte till att påskynda döden utan är ett sätt att lindra svårbehandlade symtom i livets slutskede. Vid dödshjälp är det direkta syftet att orsaka eller påskynda döden.

Ett gränsfall är då palliativ sedering inleds och man samtidigt slutar att ge patienten vätska och näring. Hur man då klassificerar handlandet beror mycket på hur prognosen ser ut, men även avsikten hos den som sätter in behandlingen. Om döden bedöms vara nära förestående behöver detta inte innebära dödshjälp. Mat- och vätskeintaget minskar naturligt under döendet och kroppen går så att säga på sparlåga så att det snarare kan vara förknippat med lidande att

tillföra kroppen något som den inte kan hantera i den fas den befinner sig (man kan till exempel orsaka vätskeansamling i lungorna med svår andnöd eller illamående och kräkning). Om man däremot förväntar sig flera veckors eller månaders överlevnad och då slutar att ge vätska och näring, så kan döden inträffa på grund av detta, vilket innebär att vi medvetet orsakar eller påskyndar döden. I dessa fall förekommer ofta ett förtäckt motiv att påskynda döden. Man bör dock väga in om det finns andra faktorer som gör vätske- och näringstillförseln plågsam för personen, exempelvis genom att man måste sätta nålar eller ha en sond under längre tid i magsäcken. Om skadan överväger nyttan med behandlingen, så kan det vara legitimt att avbryta vätske- och näringstillförseln, men man måste överväga dessa beslut noga och framför allt ledas av motivet att göra det bästa för patienten, inte att förkorta livet.

Det finns traditionellt inom den katolska moralteologin en princip om dubbla effekter som ofta brukar tas upp vid frågor kring behandling i livets slutskede. Det exempel man brukar ta upp är smärtlindring i livets slutskede, där man eftersträvar symtomfrihet, kanske till priset av ett sänkt medvetandegrad med påföljande risk att påskynda döden. I detta fall är den goda effekt som vi eftersträvar att lindra smärta och den negativa effekt vi *inser* men inte *avser*, att medvetandet rubbas och *eventuellt* att döden påskyndas (ibland förlängs faktiskt livet genom att man lindrar det kroppsliga lidandet). För att principen ska kunna följas krävs att de goda konsekvenser som vi avser är kvalitativt större än de negativa bieffekterna, och att de goda konsekvenserna inte uppstår som en följd av de negativa, eftersom det då skulle innebära att ”målet helgar medlen” vilket inte är moraliskt acceptabelt.

Vad innebär då avslutandet av livsuppehållande behandlingar, exempelvis dialysbehandling vid njursvikt eller annan medicinsk behandling? I dessa fall görs alltid en bedömning om patienten bedöms gagnas av behandlingen, särskilt om denna behandling ger upphov till påfrestningar för kroppen eller innebär mycket lidande för patienten. Skillnaden gentemot dödshjälp är ofta uppenbar: Vid dödshjälp sätter man igång ett kausalförlopp, som leder till patientens död. Vid avslutande av livsuppehållande behandling kapitulerar man inför ett naturligt döende eftersom man bedömer att patienten, oavsett vilka åtgärder som sätts in, kommer att dö och att den livsuppehållande behandlingen snarare bidrar till ett förlängt lidande än till att bevara livet. Man ser då dödsförloppet som att personen dör av sina underliggande sjukdomar och inte av något som sjukvården åstadkommer.

Själv anser jag att dödshjälp är en kapitulation inför en svårt lidande människa, som vi inte erbjuder alternativ hjälp till att lindra ångest, smärta och andra symptom i livets slutskede. På något sätt har den palliativa (symptomlindrande) vården kommit till korta när dödshjälp och läkarassisterat självmord tas upp som lämpliga utvägar. För många är önskan om dödshjälp i själva verket ett nödrop av rädsla och ensamhet, som vi väl inte ska besvara genom ett erbjudande om att avsluta deras liv. Med möjligheten till palliativ sedering faller argumentet att den palliativa vården inte skulle ha resurser att ta hand om alla behov hos den döende patienten. Om legalisering av dödshjälp skulle införas i Sverige, skulle det sannolikt vara omöjligt för vårdpersonal att åberopa samvetsfrihet (laglig möjlighet att avstå från denna typ av åtgärder) eftersom vi utifrån abortfrågan har sett att samvetsfrihet inte är någon lagstadgad rätt som respekteras av landstingen. Detta är ytterligare ett skäl för mig som läkare att motsätta mig legalisering av dödshjälp.

Jenny Lindberg, Överläkare på njurmedicinska kliniken, medicine doktor

Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Medlem i Respekts råd
