

## **När livet och människovärdet hotas - Katolsk tro och samvetsfrågor i sjukvården**

Finns det i Sverige en plats för katolsk tro inom sjukvården? Frågan har egentligen två bottenar – den ena om det finns en plats för personer som bekänner sig till den katolska tron och den andra om det finns plats för katolsk trosutövning inom svensk sjukvård. Generellt förekommer det i Sverige rätt stora restriktioner mot att öppet utöva sin tro inom ramen för ett yrkesarbete, och detta gäller även för sjukvårdsarbetande personal. Just de sjukvårdande yrkena innebär dock att man möter människor vid livets gränser och vid svår sjukdom där de existentiella och andliga frågorna ställs på sin spets. Såväl i patientmöten som i den allmänna organisationen och prioriteringen av vården förekommer besluts- och handlingssituationer där den personliga synen på människan och livet är avgörande, och i dessa situationer bör den katolska tron skina igenom hos dem som bekänner sig till den – något annat skulle innebära dubbelmoral. I andra frågor behöver inte detta uttryckas på ett så tydligt sätt, även om man som katolik alltid behåller sin katolska identitet. Det är viktigt att undvika såväl extremen att ens katolska identitet aldrig visar sig utåt, som den extrem som innebär att man i alla situationer handlar och uttrycker sig så att säga under en ”katolsk” etikett – vi är ju i första hand medmänniskor som strävar tillsammans med andra mot det vi uppfattar som gott, oavsett vilken tro vi bekänner oss till. Den här artikeln vill peka på några aktuella frågor inom sjukvården som har fått allt större aktualitet, inte minst frågor som rör livets slut, och deras betydelse för en katolik i utövandet av sitt sjukvårdande yrke.

Sjukvårdspersonal som bekänner sig till den katolska tron måste precis som alla andra anpassa sig till sociala, juridiska och ekonomiska förhållanden och ramar som råder för sjukvården. Detta kan ibland vara svårt eftersom det kan innebära att man inte får utrymme att handla enligt sina personliga önskemål om att göra gott – lagar, prioriteringar och ekonomi sätter hinder i vägen. Ibland krävs avgörande samvetsval som kan ifrågasättas utifrån. Ibland görs stora uppoffringar på det yrkesmässiga området för att följa den egna övertygelsen om vad som är det rätta. Det gäller att göra den viktiga avvägningen mellan situationer där det är aktuellt att protestera, och situationer där man bör finna sig i de yttre ramarna för yrkesutövningen. Detta kräver jämnmod, moralisk klarsyn och mod att handla enligt sin övertygelse i de fall då detta krävs.

Som juridiskt skydd för både vårdgivare och vårdtagare finns en omfattande lagstiftning som inkluderar skydd mot diskriminering, vilket även inkluderar religiös diskriminering på arbetsplatsen. Diskrimineringslagen är dock, såsom andra lagar, underkastat den tolkning man gör av exempelvis samvetsfrågor inom sjukvården. Svenskar berömmar sig ofta över hur tolerant det svenska samhället är. Ofta avses i dessa fall en tolerans gentemot liberala politiska och moraliska åsikter. I rak motsats till detta förekommer ofta en häftig intolerans exempelvis när någon vågar invända emot en liberal abortpraxis, utökningen av indikationer och mål för

konstgjord befruktning samt olika former för dödshjälp. Det finns flera exempel på händelser där enskilda personer har blivit hårt ansatta på grund av sina moraliska eller religiösa övertygelser. På arbetsplatser blir detta särskilt tydligt eftersom det där ofta kan uppstå en stark spänning mellan å ena sidan individens tro och övertygelse och å andra sidan de normer som sätts upp av arbetsgivaren – av ledningen i sig eller ibland genom ett informellt ledarskap och rådande medarbetarkultur.

Samvetsfrihet har under flera år varit ett aktuellt debattämne såväl i Sverige som internationellt. Till skillnad från flera andra länder så har Sverige inte tillgodosett något lagligt stöd för samvetsfrihet för sjukvårdspersonal. 2013 anmäldes Sverige till Europarådets kommitté för sociala rättigheter av flera kristna organisationer men efter att ha inhämtat information från Sveriges regering som angav att det inte finns några reella arbetsrättsliga problem med samvetsfriheten utan att samtliga fall har kunnat lösas utan konflikt, så beslutade kommittén att inte driva frågan vidare (källa: Respekt). Frågan kring samvetsfrihet har i Sverige främst rört kvinnosjukvården och där särskilt abortverksamheten. De personer som i första hand har drabbats har varit barnmorskor som av sina arbetsgivare inte har tillåtits utöva sin samvetsfrihet utan avskedats när de har åberopat samvetsskäl för att inte medverka vid aborter. Kvinnoklinikchefer har nyligen enats kring ett kompakt försvar mot att erkänna samvetsfrihet för sina medarbetare. I andra länder har det också funnits debatt kring samvetsfrihet rörande andra företeelser såsom tillhandahållande av preventivmedel och dödshjälp, två frågor som liksom abort rör människovärdet vid livets gräns.

Frågan kring samvetsfrihet rör upp starka känslor och för att ytterligare späda på dessa så kallas samvetsfrihet för vårdvägran av de som ställer sig negativa till att individer kan undantas från vissa arbetsuppgifter med hänvisning till sin moraliska eller religiösa övertygelse. Det finns åsikter som talar för att samvetsfrihet skulle vara ett förtäckt eller indirekt abortmotstånd och att den lagliga aborträtt som kvinnor har i Sverige skulle vara hotad genom att man inför samvetsfrihet. Med tanke på att det är förhållandevis få barnmorskor i Sverige som i nuläget driver frågan om samvetsfrihet för att kunna undvika att medverka vid aborter kan det tyckas något absurt att tro att införande av samvetsfrihet skulle ha så stora konsekvenser. Dock kan ju själva förekomsten av samvetsfrihet indikera att det kan finnas moraliska skäl att vilja avstå från medverkan vid aborter och på så sätt uppfattas som ett indirekt ifrågasättande av aborträtten. Farhågan finns kanske också att flera skulle vilja undvika att medverka vid aborter om samvetsfrihet skulle kunna garanteras, och den dörren vill man inte ens glänta på, vilket känns som ett sätt att sopa ett problem under mattan och låtsas som att det inte finns.

Sjukvården är en värdeladdad verksamhet samtidigt som det är påtagligt hur omedveten man ibland är både inom ledningen och bland medarbetare om vilka moraliska värden man bör eftersträva – vad av allt det man

kan göra bör man faktiskt göra? Det finns knappt någon diskussion kring moraliska värden, utan det mesta av den medicinska etiken rör sig kring falldiskussioner och situationsbundna resonemang kring medicinska beslut. I vissa kretsar likställs en etisk diskussion med samtal kring fikabordet och allmänt avlastande debriefing kring svåra händelser, inte som en konstruktiv hjälp att fatta moraliskt goda beslut. Därmed har man också svårt att hantera värdekonflikter och vad det innebär för beslutsfattandet inom vården. Exempelvis kan medicinska åtgärder samtidigt både skada och leda till bot eller lindring på sikt. Därför krävs det ständigt en vägning mellan skada och nytta med behandlingar, samtidigt som man alltid måste se till den enskilda individens önskemål i relation till den allmänna nyttan av olika behandlingar och rättvis fördelning av resurser. När etiska riktlinjer saknas eller är svårtydda, så är det lättare att lita till lagstiftningen, som man ser som etikens väktare. Men lagarna behöver också tydas och tolkas med sunt förnuft och etisk vägledning.

Traditionellt har man kanske haft en förhoppning att medicinen främst tjänat livet och hälsan. I dessa tider då det förekommer debatt och påtryckning från flera håll om att sjukvårdens roll, förutom att bota, lindra och trösta, även kan vara att avsluta livet, så förs saken till sin spets. Detta blir tydligt i debatten om dödshjälp (etuanasi) och läkarassisterat självmord. I Sverige finns, precis som i många andra länder, framträdande läkare, kulturpersonligheter och politiker som öppet argumenterar för dödshjälp. Deras argumentation kretsar ofta kring att sjukvården bör kunna erbjuda människor en "god död" och medverka till ett "självalt livsslut", genom att direkt åstadkomma döden eller bidra med medel för att patienten själv ska kunna ta sitt liv. Denna populistiska kraftsamling med förvrängda termer, där argument för dödshjälp och läkarassisterat självmord upprepas gång på gång och i olika former, undergräver respekten för sjukvården och för sjukvårdspersonalen som förväntas utföra dödshjälp på patientens begäran. I nuläget är åtminstone Läkarförbundet och flera andra företrädare för professionen starkt kritiska mot legalisering av dödshjälp, av hänsyn mot läkaryrket som rymmer många uppgifter men inte uppgiften att medvetet och direkt påskynda döden.

Svensk lag formulerar genom Brottsbalken (1967:700) ett förbud mot att beröva någon livet, och denna lag omfattar självklart även sjukvårdspersonal. En legalisering av dödshjälp skulle kräva en lagändring som på sikt kan förändra samhällets värdegrund samt attityderna hos befolkningen om synen på människoliv och vad som utgör sjukvårdens kärnuppgifter. Till befolkningen räknas också sjukvårdspersonalen själva, deras fackförbund och patientföreningar. Så skedde också när aborterna legaliserades för många år sedan; när lagstiftningen ändrades så förändrades snabbt också attityderna såväl hos den allmänna befolkningen som hos vårdpersonalen. Motargumenten tystnade och blev slutligen bannlysta i den allmänna debatten.

Dödshjälp är under vissa villkor laglig i Nederländerna, Belgien, Luxemburg och Kanada medan assisterat

själv mord är lagligt i flera amerikanska delstater (med Oregon som tidig föregångare), Schweiz och Tyskland (det senare i extrema undantagsfall). Villkoret har ofta varit att dödshjälp föregås av en juridiskt reglerad process och endast får förekomma för döende patienter med outhärdligt lidande, samt att patienternas självbestämmande är det som driver förfrågan om dödshjälp. Trots dessa regleringar förekommer det flera fall bland annat i Belgien där man frångår både patientens självbestämmande och kravet på att patienten ska vara döende och lida av outhärdliga symtom som inte kan lindras på annat sätt. Framför allt i Belgien har det förekommit flera spektakulära fall av eutanasi, exempelvis av minderåriga, dementa och personer med psykisk sjukdom. I dessa fall kan man knappast tala om självbestämmande och det kan även vara svårt att bedöma symtomens svårighetsgrad endast utifrån.

Frestelserna är många, kontrollbehovet tycks löpa som en röd tråd från vaggan till graven. ' - Det som är lagligt måste ju vara rätt' (legalism).'- Valet är ditt, använd din frihet (moralisk relativism), och '- Valet är patientens' (inte doktors, som då skulle reduceras till en hantverkare). Men vart tog det moraliskt goda vägen? Och vem förväntar man sig skulle expediera dessa önskningar om att avsluta livet? Det är svårt att förstå att kraven på legalisering av eutanasi uppstått i länder med tekniskt väl utbyggd sjukvård och goda möjligheter till välfungerande palliativ vård i livets slutskede.

Det finns gott om andra möjligheter som utvecklats och tagits i bruk de senaste decennierna. Normer förskjuts snabbt. Nya möjligheter till tidig fosterdiagnostik har lett till att Downs syndrom blivit mycket ovanligt på gränsen till icke existerande i en del länder. Andra företeelser är utvecklingen av möjligheterna till insemination av ensamstående kvinnor, embryodonation eller altruistiskt surrogatmoderskap som man knappt kunde föreställa sig för ett tiotal år sedan. Samtidigt diskuteras hur man ska kunna hantera en efterfrågan på mycket kostsamma åtgärder eller läkemedel när tillhandahållandet av dessa innebär att man inte har resurser att behandla mer oglamorösa tillstånd inom rimlig tid. Man kan exempelvis med förvåning se hur köerna växer för äldre kvinnor med smärtsamma framfall, patienter med inkontinens eller andra sviter efter behandling för cancersjukdomar. Nu senast är det möjligheterna för mycket tidig genetisk behandling med CRISPR-Cas9-teknik som väckt så många frågor att t o m forskarsamhället själv slagit till nödbromsen på grund av oförutsägbarheten i resultaten och svårigheterna att styra över den genetiska utvecklingen.

Det gäller dock inte att vetenskap i sig alltid ska bemötas med skepsis. Man bör vara medveten om alla de medicinska framsteg som har gjorts i modern tid. Nya tekniker kan medföra många positiva möjligheter, inte enbart svåra dilemman. Det vore alldeles fel att med automatik slå tillbaks mot den medicinska utvecklingen med någon sorts allmängiltig katolsk nödbroms. Det skulle snarast vara reaktionärt och inte i enlighet med katolska kyrkans läroämne och tradition som snarast sett vetenskap som något som står i Guds och

människornas tjänst. I stället måste vi förutsättningslöst men ingående diskutera varje enskild teknik och de möjligheter den kan ge samtidigt som vi är medvetna om riskerna för ett alltmer urgröpt och grumlat människovärde.

Katolska dilemman i sjukvården finns således på många plan, men blir särskilt tydliga vid livets början och slut. De behöver hanteras med stor varsamhet, med god insikt i både juridiska och etiska ramar. Framför allt måste vi alltid eftersträva det som moralen kräver av oss i beslut och handlingar som drabbar våra medmänniskor och indirekt har återverkningar på livet och människovärdet.

Jenny Lindberg (omarbetning av artikel)

Överläkare i njurmedicin, specialist i internmedicin, medicine doktor. Doktorand, avdelningen för medicinsk etik, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds Universitet. Medlem i Respekts råd.

2018-03-22