

Replik till Göran Isacsson

UTRED HUR MÄNNISKOR I VÅRT EGET LAND DÖR!

**Vi vet inte hur människor dör i vårt eget land. Därför bör vi utreda frågan, och när resultatet föreligger kan man gå vidare med förslag till reformer om t ex en liberaliserad syn på döds-
hjälp. Patienternas medverkan i beslut som rör deras liv och död måste få större utrymme.**

I motsats till vad Göran Isacsson påstår (Läkartidningen 51–52/96) har jag inte argumenterat för självmordskliniker. Jag har velat få till stånd en prövning av argument både för och emot. Jag har vidare aldrig hävdat att människor vid självmordskliniker skulle »av-livas». Klinikens uppgift vore, om den alls inrättades, att ge hjälp med *självmordet*, då en individ bedömts som beslutskapabel samt avvisat all erbjuden hjälp till fortsatt liv.

Det är som om Isacsson inte förstått skillnaden mellan hjälp till självmord och dödande av en individ på hennes begäran (dödshjälp).

Notera att vi i vårt land har rätt att hjälpa varandra att begå självmord. Vad min diskussion handlar om är inte om den rätten skall finnas, utan om också sjukvården ska (under vissa omständigheter) kunna ge samma slags hjälp.

Tre villkor

Om tre villkor vore uppfyllda, skulle jag bestämt argumentera för införandet av självmordskliniker: Om 1) de bidrog aktivt till självmordspreventionen, 2) de underlättade filosofiska självmord, och 3) de saknade dåliga sidoeffekter. Jag noterar att vissa debattörer gör en annan bedömning. De skulle också om punkterna 1–3 var uppfyllda motsätta sig införandet av klinikerna.

De hävdar att det inte kommer an på sjukvården att hjälpa människor att dö. Denna »de rena händernas moral», som backas upp med hänvisningar till en ab-

strakt läkareetik, motsätter jag mig bestämt. Det vore grymt och inhumant att inte inrätta klinikerna, om de skulle visa sig fungera enligt villkoren 1–3.

Adekvat hjälp

Kan vi alls tänka oss att villkoren uppfylls? Ja, Isacssons kollega Lars Ullerstam har i Läkartidningen 37/96 argumenterat för att villkor 1 skulle uppfyllas om klinikerna infördes [1].

Det faktum att vi tog självmordskandidatens önskan att dö på allvar, skulle göra det möjligt att få kontakt med henne och att erbjuda adekvat hjälp. Hon skulle erbjudas antidepressiv medicinering. Hon skulle få en chans att tänka över sin situation. Och hon kunde göra det i den trygga förvisningen att det hängde på hennes eget beslut, om hon skulle få hjälp att leva eller hjälp att dö.

Är det så långsökt att tänka sig att de flesta som man på så vis fick kontakt med skulle kunna få hjälp att leva? Ullerstam finner det inte långsökt. Hans inlägg förtjänar att tas på stort allvar.

Oprecist begrepp

Hur är det då med villkor 2? Skulle kliniken kunna underlätta filosofiska självmord? Isacsson ifrågasätter, som Susanne Ringskog tidigare gjort, detta. De ifrågasätter om det finns något sådant som filosofiska självmord.

Enligt Isacsson är detta åtminstone något som undrandar sig vår bedömning. Hans argument är i två delar. Han menar dels att begreppet är oklart. Därför är det svårt att avgöra om ett givet självmord är filosofiskt. Men också om begreppet görs klart har vi anledning att ställa oss skeptiska, tycks han mena.

Jag går med på att uttrycket inte är särskilt precist. Kanske bör vi skilja mellan rationella och filosofiska självmord. Ett rationellt självmord är ett självmord som är följdriktigt i ljuset av självmördarens egna värderingar och trosföreställningar.

Kraven på ett filosofiskt självmord bör kanske ställas högre. Vi ska då också kräva att självmördarens trosföreställningar är någorlunda välunderbyggda och att hennes värderingar är förnuftiga i den meningen att de överlever »kognitiv psykoterapi». Hon skulle

DEBATT

”Från doktors synpunkt må skillnaderna mellan aktiv och passiv, avsedd och blott förutsedd dödshjälp ha upplevts som viktiga. Ser vi frågan ur den patients synvinkel som inte blev tillfrågad, torde skillnaderna ha liten betydelse. Viktigare för henne var rimligen när och hur hon dog.”

behålla dem också sedan hon fått insikt om varför hon hyser dem.

Svårt för utomstående

Finns det filosofiska självmord i denna mening? Det faktum att den övervägande majoriteten av självmord inte är filosofiska visar på intet vis att det inte *också* finns sådana. Jag tror som bekant att människor jag känt begått filosofiska självmord. Deras livssituation var sådan att självmordet framstod som en adekvat handling.

Men visst har Isacsson rätt i att detta kan vara svårt att avgöra i det enskilda fallet. Det kan framför allt vara svårt för en *utomstående* att bedöma. Det är emellertid inte ett argument mot självmordskliniker. Det är ett argument för att varje individ själv ska äga rätten till sin död!

Argumenten kan vändas på

Hur är det då med villkor 3 – kan man tänka sig ett system av självmordskliniker utan dåliga sidoeffekter? Detta är kanske den svåraste aspekten av frågeställningen. Det är inte lätt att utvärdera olika argument och historiska erfarenheter.

Visst finns det en risk att självmordskliniker medför att sjukvården försummar att utveckla den palliativa vården. Visst finns det en risk att självmordskliniker medför att gamla och svaga, som finner livet föga värt att leva för egen

Författare

TORBJÖRN TÄNNSJÖ

professor i praktisk filosofi, Göteborgs universitet.

del, väljer att dö framför att »ligga samhället och anhöriga till last».

Men det är också möjligt att vända på dessa argument. Om vi avstår från att inrätta klinikerna kan det likafullt hända att den palliativa vården förblir en lyx för några få utvalda (vid särskilda hospice) medan övriga får nöja sig med en eländig död på något sjukhem, utan adekvata resurser. Då hade självmordet kanske trots allt för somliga varit en bättre utväg.

Och även i den bästa av världar kan gamla känna att de levt färdigt – de ogillar det fysiska och psykiska förfall som drabbar dem, de önskar ett snart slut. Borde de inte i så fall ha rätt att *själva* avsluta sina liv? Och borde de inte i så fall få läkarhjälp att välja adekvat medicinering?

Nykter utvärdering

Dessa frågor är som sagt svåra att av-göra. Det är viktigt att vi noga följer den internationella utvecklingen, att vi studerar historien, och – kanske framför allt – att vi undersöker hur det faktiskt går till då människor dör i vårt land.

Viktigt är en nykter utvärdering av den holländska erfarenheten. Den bästa källan är den rapport den holländska regeringen lät göra 1991, och vars resultat van der Maas, van Delden m fl publicerade i Lancet 1991 och 1992. (En »uppdatering» av utredningen är under publicering, men av vad jag förstått av författarna är ingen drastisk förändring att vänta i det nya materialet.)

I den ursprungliga rapporten framgick att bland de 3 700 patienter som dött till följd av eutanasi 1990, 1 030 gjort det utan samtycke. Det handlar om *icke* frivillig eutanasi (inte om eutanasi *mot* patienternas vilja, något som ju vore mord).

Bredare perspektiv

Denna uppgift om ofrivillig eutanasi finner Isacson oroande. Visst är den betänklig. Men den bör sättas in i ett bredare perspektiv. 1990 inträffade 128 786 dödsfall i Holland. Av dessa var det inte mindre än 48 700 patienter som dog till följd av något beslut läkarna tagit. Av dessa dog i grova tal 24 000 till följd av ett läkarbeslut, som fattats utan patientens samtycke.

Det handlade 1) om passiv döds-hjälp, dvs att inte behandla (13 950 fall), 2) om att ge palliativ vård vilken påskyndade döden, utan att döden var avsedd (9 000 fall), och 3) om aktiv döds-hjälp (1 030 fall) [2].

Från doktors synpunkt må skillnaderna mellan aktiv och passiv, avsedd och blott förutsedd döds-hjälp ha upplevts som viktiga. Ser vi frågan ur den patients synvinkel som inte blev tillfrågad, torde skillnaderna ha liten betydelse.

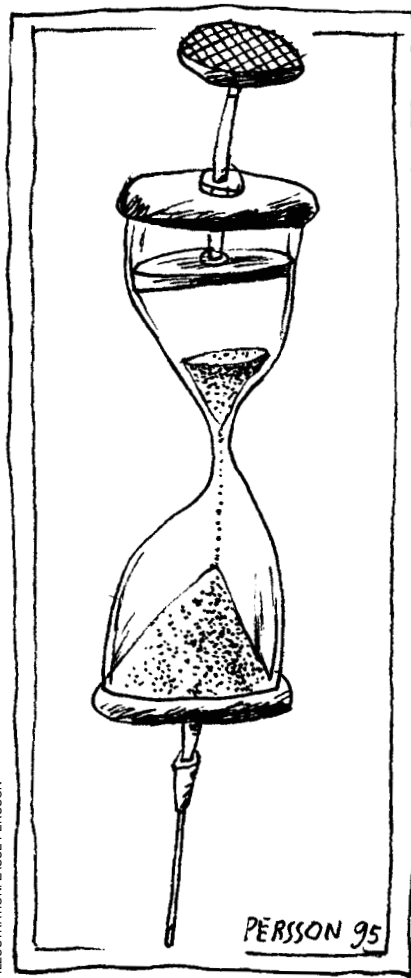


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

se. Viktigare för henne var rimligen när och hur hon dog.

För många av de patienter som dog till följd av läkarbeslut, utan att ha gett sitt samtycke, fanns sannolikt ingen *möjlighet* att göra det. Men också beslutskapabla patienter kan ha dött på sätt de inte samtyckt till. Det är ett obehagligt fynd i den holländska rapporten. Det ska emellertid noteras att det varit långt vanligare att efterfråga patientens samtycke då det handlat om aktiv döds-hjälp än då det handlade om passiv.

Hur dör människor i Sverige?

Vilken slutsats ska vi dra av den holländska erfarenheten? Det är svårt att säga. Vi vet ju inte hur människor dör i vårt eget land. Det torde höra till ovanligheten att läkare uppsåtligt dödar patienter i vårt land, men det är inte ovanligt att behandling undanhålles i syfte att patientens döende ska påskyndas.

Det är inte heller ovanligt med palliativa åtgärder, där döden är en förutsedd men icke önskad konsekvens. I vilken utsträckning tas sådana beslut med en klar medvetenhet om vad de innebär? I vilken utsträckning föregås sådana beslut av diskussion med patienten? I vilken utsträckning journalförs de? Här vill man veta mera exakt hur det ligger till.

Vi bör följa det holländska exemplet

och utreda hur människor i vårt eget land dör. När utredningens resultat föreligger är det dags att gå vidare med förslag till reformer. Reformerna kan handla om både en liberaliserad syn på döds-hjälp och ett annat sätt att närma sig människor som vill ta sina liv.

Utrymmet för patienternas *egen* medverkan i beslut som rör deras liv och död måste vidgas. Det är det viktiga, inte formen för dödan eller uppsåtet hos *läkaren*.

Baseras på grov lögn

Det är till sist beklämmande att ännu en gång tvingas bemöta ett inlägg som sammanställer den holländska erfarenheten med den nazistiska. Isacson gör det också på ett sätt som kommer honom att indirekt godkänna den medicinske officeren (inte läkaren) Karl Brandts eget försvar vid Nürnbergrättegångarna.

Enligt Brandt innebar verkligen det nazistiska »eutanasi-projektets» mord på psykiskt sjuka, asociala och alkoholiserade människor »döds-hjälp». Vid rättegången hade Brandt fräckheten att påstå att det inte alls varit fråga om mord, utan att dödan skett av omsorg om den enskilde individens väl och ve (ungefär som det holländska gör idag).

Men det var ju en grov lögn! Dessa människor dödades därför att *staten* inte ansåg deras liv värda att leva, inte för att deras liv i deras *egna* ögon kommit att framstå som meningslösa. För att alls kunna upprätthålla detta försvar tvingades Brandt under rättegången och ända fram till sin avrättning förneka all kännedom om vad som faktiskt förekommit vid nazityska sjukhus [3].

Farlig demagogi

Isacson tänker väl att han tar en demagogisk poäng, om han tar lätt på dessa distinktioner och jämför dagens holländska system med nazisternas. Han tänker sig att vår avsky mot nazismen ska spilla över på den holländska verkligheten. Detta är en farlig form av demagogi.

Vad är det som säger att inte effekten blir den motsatta? Den berättigade avskyn mot nazismen försvagas. Revisjonistiska historiker kan konstatera: Gjorde de nazistiska läkarna inget annat än vad som idag pågår i Holland, kan det ju inte ha varit så farligt!

Referenser

1. Ullerstam L. Vi behöver självmordskliniker för att rädda liv! Läkartidningen 1996; 93: 3108.
2. Kuhse H. Sanctity of life, voluntary euthanasia and the Dutch experience. Monash Bioethics Review, Vol 15, No 4, Oktober 1996: 13-26
3. Torbjörn Tännsjö. Manipulerat liv (kapitel 23). Stockholm: Thales, 1993.