

Apropå en bok om eutanasi i Holland:

## Vi läser, ser och tolkar olika

**Susanne Ringskog och Danuta Wasserman har i Läkartidningen 3/00 kommenterat Gunnar Hagbergs recension av boken »Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia» (Läkartidningen 36/99).**

**Bokens styrka ligger, som jag ser det, i spänningen mellan vad flera medförfattare säger sig ha för åsikt och vilka berättelser de anför som stöd.**

Berättelsernas mångtydighet verkar Hagberg inte ha noterat. I boken berättar familjeläkare om det fina förhållandet till patienterna, men bakom anhörigas och doktors berättelser skymtar svårt sjuka människors övergivenhet. I boken framkommer också att en del läkare, i den maktposition de nu fått i Holland, visar omdömeslöshet med förödande resultat.

Vi läser, ser och tolkar olika. Jag vill komplettera Hagbergs recension av ovannämnda bok med att återge innehåll ur den och också själv kommentera den. Nedanstående berättelser och citat är alla hämtade ur boken. De två läkare jag namnger har skrivit var sitt kapitel i boken.

### Tre berättelser från dagens Holland

- En kvinna berättar att familjeläkaren åkte ikapp den tolvåriga dottern, som var på väg till skolan. Cyklandes berättade läkaren för flickan att den tretiosjuårige leukemisjuka pappan skulle dö under dagen. När också åttaåringen gått till skolan fick deras far en av honom själv begärd dödsspruta. Ankan säger att hon sex år efteråt fortfarande inte vet hur hon skall berätta för barnen hur deras far dog. Barnen skall i årtal efter

### Författare

REET ARNMAN

överläkare i medicin, doktorand i medicinsk etik vid Karolinska institutet, Stockholm.

E-post: reet.arnman@swipnet.se

faderns död ha varit rädda för familjeläkaren. Ankan säger att hon inte orkade med när maken var sjuk, hon behövde då själv psykiatrisk hjälp.

- Hustrun till en man som erhöll dödande injektioner berättar att hon gick ut i köket i dödandeögonblicket; hon stod inte ut att vara inne i mannens rum då. Hon tyckte att det var som att söva ett djur, och önskade att det inte skulle ha gått så fort. Efter makens död vill hon inte bo kvar hemma, egentligen vill hon flytta till ett åldersboende, men då måste hon döda hunden och hon vill inte återuppleva det som hände med maken genom att avliva hunden.

- En man med lungcancer fick i hemmet hjälp av en dotter. Mannen var deprimerad och talade om eutanasi. Dottern ville inte höra talas om detta men en sjuksköterska ordnade blanketter och informerade om ansökningsprocessen. Dottern hittade papperen och blev väldigt upprörd. En plats på hospice ordnades, den sjuke bedömdes där av läkare som svårt depressiv. Han fick antidepressiv medicin, kom ur sängen, började äta, läsa tidningar och böcker.

Kapitelförfattaren (hospiceläkaren) skriver att sjuksköterskan inte tyckte om att döendet på detta sätt förlängdes, men den sjuke mannen ville inte längre ha dödshjälp. I slutet av sitt liv hann han nu med att samtala med dottern om viktiga händelser som tidigare gömts undan.

### I Holland finns läkare och filosofer som är emot eutanasi

Zbigniew Zylicz, läkare på ett hospice där man inte ger dödshjälp, menar att eutanasi i många fall är ett resultat av förnekande av döden. Han anser att man ställt fel fråga i Holland. I mer än 20 år har man frågat: »Är du för eller emot eutanasi?» Människor kommunicerar inte längre med varandra, säger han. Den fråga som skulle behöva diskuteras, menar han, är om man kan ge vård så att eutanasiiförfrågan ej behövs. Zylicz säger att det idag ofta är läkaren som tar upp frågan om dödshjälp. Han uppger att en del människor är så rädda för eutanasi att när de får en medicin blir de rädda för att doktorn vill att de skall dö.

»Han anser att man ställt fel fråga i Holland. I mer än 20 år har man frågat: »Är du för eller emot eutanasi?» Människor kommunicerar inte längre med varandra, säger han. Den fråga som skulle behöva diskuteras, menar han, är om man kan ge vård så att eutanasiiförfrågan ej behövs.»

Henk ten Have, professor i medicin och filosofi, skriver att det som började som en protest mot medicinsk makt endast har ökat den, och att det i Holland också finns läkare som tar avstånd från den nuvarande ordningen och som menar att om samhället beslutar att det skall finnas en yrkesgrupp som skall hjälpa människor att dö så skall det inte vara doktorer.

Han säger också att det är en vansinnig tanke som nu ofta förs fram att det inte finns någon skillnad mellan att döda och att låta dö; som om inget kan hända om inte en doktor fattar ett beslut. Läkare är inte och skall inte hållas ansvariga för allt som händer i världen, inkluderande döden, säger han.

ten Have beskriver hur en ändring skett på några få år så att en människa i början av en demens idag i Holland kan säga »Mitt lidande är outhärdligt» och begära dödshjälp. I förlängningen kommer det inte att finnas skäl att vårda svårt handikappade, säger han.

### Otillräckligt belyst

Många gånger upprepas att man inte tror sig vara på ett sluttande plan beträffande dem som får eutanasi »utan uttrycklig förfrågan» (bl a svårt missbil- ▶

**ANNONS**

**ANNONS**

dade spädbarn och långvarigt medvetlösa).»Inget sluttande plan» betyder ju inget när man inte vet var man är.

En 25-årig kvinna med anorexia nervosa, och en man som vägrade ta rekommenderad antidepressiv medicin och som hotade att kasta sig framför tåget om han inte fick självmordsassistans, nämns bland dem som fått självmordshjälp. Rättsliga prövningar redovisas men hur domslut accepterats bland innevånarna kommer inte fram.

### Lite om det praktiska

Det är ofta familjeläkaren som i hemmet utför eutanasin. Det förekommer dock också eutanasi på sjukhus. En sjukhusläkare beskriver att eutanasi-fallen måste bokas in på vanligt sätt som till exempel till mellan klockan nio och tio. Han påpekar att proceduren sker i ett separat rum där det finns möjlighet till avskildhet.

Den oberoende läkare som skall konsulteras före eutanasi är i praktiken ofta eutanasi doktors praktikkompanjon. Varaktigt dödsönskan skall föreliggande men tolkas olika; en läkare berättar att när han kom till en bokad eutanasi tid hos en patient ville denne skjuta upp beslutet. Patienten fick då en ny tid två dagar senare men sköt också då upp eutanasin. Först vid tredje eutanasi tid bokningen var den sjuke redo och fick då hjälp att dö.

### Hur påverkas läkarna?

Vid intervjuer med läkare har framkommit att doktorer i allmänhet fann dödan oerhört svårt och värre för varje gång. De lärde sig att värja sig genom att vägra ge garantier åt en patient vid hans begäran, därför att utförandet var ett för stort personligt offer för läkarna själva. Läkarna berättar om sömnsvårigheter innan och efter dödan och behov av att prata med en kollega.

Ungefär hälften av de holländska läkarna har utfört eutanasi, ingen läkare tvingas medverka. Två läkarcitat visar på läkarnas svårigheter: »Ögonblicket kommer när jag måste döda honom.» »I det ögonblick när jag administrerar drogen undrar jag alltid om jag handlat rätt. --- jag handlar nästan mot min övertygelse.»

### Referens

Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucci C, eds. Asking to die. Inside the dutch debate about euthanasia. Dordrecht-Boston-London: Kluwer Academic Publ, 1998.

Förändringarna har varit stora:

## Internmedicin, quo va-

**Den allmänna internmedicinen håller på att försvinna från universitetsklinikerna. Subspecialiteterna har under de gångna åren vuxit sig allt starkare och bildat mer självständiga enheter, de har gått samman med närliggande andra specialiteter.**

Kardiologerna lierade sig t ex med fysiologer och toraxkirurger, gastroenterologerna med kirurger etc. Avdelningar med allmänmedicinsk inriktning försvann eller blev åtminstone sällsynna på universitetsklinikerna. Även andra större sjukhus tycks visa liknande tendenser.

Förr hade man gemensamma röntgenronder för hela medicinkliniken. Det var enormt lärorikt för alla deltagande. Sedan tog ronderna allt längre tid eftersom klinikerna växte och undersökningarna blev mera komplicerade och tog längre tid att demonstrera. Man var tvungen att dela upp ronderna efter subspecialiteterna. Fortfarande finns dock vissa andra gemensamma aktiviteter för medicinkliniken kvar, men även dessa har minskat i omfattning och frekvens. Det är svårt att samla större delen av kliniken till allmänna möten.

### Internmedicinens patienter

Vem tar hand om de vanliga internmedicinska patienterna? De som inte kvalificerar sig för en specialavdelning. Specialavdelningarna har ofta inga lediga sängar eller vill inte ta emot patienter med »vanliga» åkommor, de multistjuka, de oklara fallen. Geriatrikerna? Till dem får man ju först komma när man är över 65 år. Allmänläkarna? De har inga sängplatser.

Hur måste det inte kännas att vara en sådan patient som ingen vill ha? Hur utbildar man de läkare som skall ta hand om dessa patienter, som faktiskt är den långt övervägande delen av våra sjuka. På universitetsklinikerna får man det

allt svårare att lära sig sådant.

Man klagar över att läkarna saknar helhetssyn. De enda som försöker leva efter helhetsmaximen är numera nästan enbart allmänläkarna och geriatrikerna. Var får de sin utbildning i framtiden?

Visserligen finns det professorer i internmedicin och medicinkurser kvar, men knappast några allmänmedicinska patienter att visa.

Redan medan jag för några år sedan fortfarande var aktiv i läkarutbildningen var det svårt att undervisa i allmän internmedicin. Det fanns redan då mest specialavdelningar kvar och de inneliggande patienterna hade så speciella åkommor så att en vanlig doktor sällan kommer att se dem i framtiden, det var inte idealiskt att visa dem. De studentgrupper som vi på grund av patientbrist placerade på mindre sjukhus var helt förtjusta när de kom tillbaka eftersom det ju var ett »riktigt sjukhus» de fått gå på.

### Vill vi ha det så här?

Hur kan vi utbilda våra blivande läkare om vi saknar patienter att visa dem? Vill vi ha det så här? Det hela tycks ha skett utan en principdiskussion om dessa förändringar. Man har intrycket att utommedicinska krafter har åstadkommit åtminstone en del av dessa förändringar. Är den allmänna internmedicinens tid förbi?

Vad beträffar undervisningsaspekten måste universitetsklinikerna ändra sin struktur om de vill fortsätta att meddela grundutbildning. Om det inte sker, borde undervisningen flyttas dit där patienterna finns, vilket fordrar en grundlig omorganisation.

Då kan eventuellt den teoretiska delen av undervisningen stanna kvar på universitetsklinikerna. Man kan även visa några enstaka patienter med ovanliga sjukdomar, men den övervägande delen av bedside-undervisningen måste ske på »vanliga» sjukhus där de »vanliga» patienterna finns. Kanske inom öppenvården. Studenter och lärare måste huvudsakligen finnas där.

Kjell Asplund, medicinprofessor i Umeå och SBU-ordförande, har nyligen i en intervju i tidningen »Överläkaren» 6/99 diskuterat liknande tankegångar vad beträffar klinikernas organisation och läkarnas arbetsförhållanden.

### Författare

DIETER LOCKNER

docent, Trångsund, f d studierektor, medicinkursen, Huddinge sjukhus.