

Lagförslag om dödshjälp noggrant granskat och avvisat av brittiska överhuset

Brittiska överhuset röstade i maj 2006 nej till ett lagförslag om läkarassistans för att dö. En omfattande utredning föregick omröstningen: en kommitté inhämtade upplysningar från 140 experter, och kommittémedlemmar besökte Oregon, Holland och Schweiz.

I en ledare i Clinical Ethics kommenterar ordföranden för the Royal Society of Medicine, palliativvårdsprofessorn Iloira Finlay, röstningsutslaget, som innebär en klar nej-övervikt, också när man räknat bort biskopar. Hon påpekar att kliniker som arbetar med döende patienter mycket oftare är motståndare till dödshjälp än teoretiker, fjärran från klinisk praxis. 94 procent av läkare i palliativ vård har motsatt sig en lag om rätt till läkarassisterat självmord/eutanasi. Detta är en något större del än bland andra brittiska läkare och tolkas kunna bero på att läkare i palliativ vård har kunskap om dödsönskans fluktuerande karaktär och att diagnoser och prognoser ofta grovt felbedöms.

De som är för läkarmedverkan för att förkorta ett lidande framhåller att det gäller enbart terminalt sjuka. Men också om man här bortser från frågan om varför dödshjälp skall ges endast de terminalt sjuka, om nu outhärdligt lidande skall vara motivet för att få livsförkortning, så kvarstår svårigheter med avgränsning av terminal sjukdom. Flera överhusmedlemmar påpekade att vi alla påverkar varandra i ett samhälle. I varje samhälle finns gränser för vårt självbe-



Foto: IBL/Bildbyrå

Kommittén fann hållpunkter för att eutanasi i Holland ibland ses som en lösning på inadekvat symtomkontroll. Bilden: »Den döende dandyn« målad 1918 av Nils von Dardel.

stämmande: det är förbjudet att bära vapen i Storbritannien, också om många skulle känna sig säkrare vapenförsedda. Riskerna för samhället ses överväga enstaka individers upplevda nytta.

Kommittén var klar över att det inte går att säkert uttala sig om prognoser. Överhusmedlemmen Chapman med osteogenesis imperfecta redogjorde för handikappades motstånd mot lagförslaget. Hon hade tappat räkningen på hur många gånger hon fått reda på att hon var döende. En annan medlem skildrade hur hon vakat hos en ung man med aggressiv leukemi. Han uppfyllde lagförslaget uppställda kriterier för att få assistans att dö. Några gånger visste man inte om han skulle överleva dygnet. Hans fysiska smärta och ångest var oer-

hörd. Han sade upprepade gånger att han inte orkade längre. Nu fjorton år senare mår han bra, men han skulle inte leva om lagen funnits när han var sjuk.

Artikelförfattaren ställer frågan om det är värre för några att leva dagar/veckor längre än de önskar än det är för andra att få sina liv avslutade månader eller år i förväg, därför att deras beslut grundas på bristande kunskap eller på att de är i en fas av oförmåga att se framåt.

Ovannämnda kommitté fann hållpunkter för att eutanasi i Holland ibland ses som en lösning på inadekvat symtomkontroll och att holländska läkare ser behovet av eutanasi som mindre när de lärt sig den palliativa vårdens grunder. Kommittén fann också att effektiv smärt- och symtomkontroll reducerades i Oregon sedan man där fick rätt till läkarassisterat självmord.

I artikeln hänvisas till studier där man påvisat att läkares bedömning förvrids när det finns laglig möjlighet till terapeutiskt dödande. I en svensk TV-debatt (Argument 31 oktober 2006) anförde deltagare att svenska politiker inte vågar ta i frågor om assisterat självmord/eutanasi. Nu har alltså politiker i ett land med många likheter med Sverige gjort en noggrann genomgång.

Reet Arnman

reet.arnman@telia.com

Finlay I. The flip side to »assisted dying« – why the Lords were wise to reject Lord Joffe's Bill. Clinical Ethics. 2006;1:118-20.

Lägger vi för mycket pengar på HIV?

BMJ Spenderar vi för mycket pengar på HIV? Den kontroversiella frågan ställs av Roger England vid organisationen Health Systems Workshop i BMJ. England hävdar att HIV-bekämpningen ofta är långt ifrån kostnadseffektiv och ibland till och med kontraproduktiv.

Frågan ställs baserat på beräkningar från OECD-länderna (Organisation for Economic Cooperation and Development). Enligt dessa spenderades 21 procent av det sammanlagda biståndet för sjukdomsbekämpning från i-länderna till världens fattiga länder på HIV år 2004; idag kan andelen överstiga 25 procent, tror England. Motsvarande andel

år 2000 var 8 procent; detta trots att HIV, enligt OECDs beräkningar, endast bidrar med 5 procent av den totala sjukdomsburden i låg- och medelinkomstländer beräknat som sjukdomsjusterade levnadsår (disability adjusted life years, DALY).

Luftvägsinfektioner och ischemisk hjärtsjukdom är exempel på sjukdomsområden som orsakar större sjukdomsburda än HIV/aids men som får nöja sig med en mindre andel medel. Program för HIV-intervention är, jämfört med behandlingsprogram mot flera andra sjukdomar, inte tillräckligt kostnadseffektiva för att motivera en så pass kraftig snedfördelning, menar England.

Åsikterna får dock kraftigt mothugg av

Paul de Lay vid Förenta Nationernas UNAIDS (Joint United Nations Program on HIV and AIDS) som bland annat anser att HIV försvårar den ekonomiska återhämtningen för länder i tredje världen och att sjukdomen omöjliggör för människor i dessa länder att skapa sig drägliga levnadsvillkor. De resurser som idag läggs på HIV är »gravt otillräckliga«, och de framtida kostnaderna av att inte omedelbart ta krafttag mot HIV är högre än för något annat allvarligt hälsoproblem, anser de Lay vidare.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

BMJ. 2007;334:344.