

Etiska vägmarken 5

EUTANASI
– en debattskrift

STATENS MEDICINSK-ETISKA RÅD

Etiska vägmärken 5
Eutanasi – en debattskrift
Upplaga 1:1
ISBN 91-38-12787-3
ISSN 1101-0398
Omslag: Jupiter
Tryck: Gotab, Stockholm 1992

Innehåll

Förord 5

Inledning 7

Är det en plikt att leva? 17
P C Jersild

Rätten till en värdig död 27
Erwin Bischofberger

Eutanasi. En veterinär- eller humanmedicinsk angelägenhet? 37
Jan-Otto Ottosson

Eutanasi. En verklighetsflykt? 43
Johan Holmdahl

Döden – en livsfråga 50
Helge Brattgård

Vem skall bestämma om den värdiga döden? 61
Bo Holmberg

Hjälp att leva 65
Barbro Carlsson

Den svåra gränsen. Om eutanasi, dubbla avsikter och effekter 69
Göran Hermerén

Bilaga 1. Rättsfall och anmälningsärenden 97

Förord

Statens medicinsk-etiska råd har tidigare i serien ”Etiska vägmärken” presenterat bl.a. en introduktion till etiken och en skrift om det svårfångade människovärdet. Nu går vi vidare med en skrift om hur människovärdet kan tillämpas i den vårdsituation som innebär att en svårt sjuk patient begär eutanasi (dödshjälp).

Skriften skall ses som ett inlägg i diskussionen om var gränsen mellan det tillåtna och det förbjudna skall sättas i livets slutskede. Det är en svår fråga, som väcker starka känslor och som berör alla.

Vi är medvetna om detta och har ändå efter moget övervägande beslutat oss för att ge ut denna debattskrift. Vår utgångspunkt har därvid varit att även en känsloladdad och djupt personlig fråga vinner på en öppen diskussion. Vår förhoppning är att en redovisning och analys av de argument som förekommer i eutanasi-debatten, skall ge stoff åt och bredda läsarnas egna reflexioner och diskussioner.

Namngivna författare, som samtliga ingår i rådet, står själva för innehållet i sina respektive kapitel. Hela texten har varit föremål för diskussion i rådet men vi presenterar inga gemensamma slutsatser.

Gunnar Bengtsson

Ordförande

Inledning

Bakgrund och syfte

Statens medicinsk-etiska råd har valt att kalla den här skriften **Eutanasi – en debattbok**.

Eutanasi betyder ursprungligen god död (från grek. eu, väl och tanatos, död). I den här skriften används ordet som en synonym till dödshjälp.

Vad är tillåtet och vad är förbjudet inför en nära förestående död är en fråga som med jämna mellanrum dyker upp i massmedia. Tidningsrubriker som ”Jag vill hjälpa min son att dö”, ”Ättestupa eller rätt till sin död?”, ”Dödshjälp 90-talets fråga”, ”Vi måste våga leva nära liv och död”, ”Viktigast att få dö smärtfritt” är några få exempel som skulle kunna mångfaldigas.

Statens medicinsk-etiska råd har också i många olika sammanhang haft anledning att fördjupa sig i dessa frågor och vill i den här skriften syna skälen för och emot eutanasi.

Eutanasi är en svår och komplex fråga som berör alla människor. Diskussionen kan därför inte enbart fokuseras på juridiska och medicinska bedömningar. Den måste också speglas både i ett allmänmänskligt perspektiv och ett samhällsperspektiv. Rådet vill med denna skrift belysa var diskussionen hamnar om man försöker renodla de etiska aspekterna, sedda och uttolkade av åtta personer som ingår i rådet.

Perspektiven är olika, slutsatserna blir därmed också olika. Oberoende av i samhället gällande meningar synas argumenten från flera håll i enlighet med den etiska dialogens villkor och livsluft.

Det finns inget facit att titta i för läsaren. Skriften skall ses som ett underlag för att tänka vidare och komma till egna slutsatser. Rådets riktmarke har vid tillkomsten av denna skrift varit ”att den ena människan kan se det som den andra inte ser och att ingen därför kan vara så säker på sina ögon” (August Strindberg).

Varje författare står själv för innehållet i sitt kapitel men hela texten har diskuterats i rådet. Vi vill också göra läsaren uppmärksam på att några författare markerar sina referenser i texten medan andra enbart hänvisar till en litteraturförteckning.

Definitioner

Eutanasi (dödshjälp) är ett känsloladdat men också mångtydigt ord, som inte är alldeles enkelt att avgränsa och förklara. För att undvika missförstånd vill vi inledningsvis ringa in vår tolkning av ordet.

I denna skrift innebär eutanasi att en läkare avsiktligt avslutar en svårt sjuk patients liv på dennas begäran. statens medicinsk-etiska råd har med denna definition försökt att renodla ordets innebörd. Skriftens syfte är att från etiska utgångspunkter diskutera om eutanasi kan rättfärdigas.

Eutanasi är enligt denna definition inte samma sak som att avstå från livsuppehållande åtgärder i livets slutskede. Riktlinjer för dessa vårdssituationer ges i allmänna råd från Socialstyrelsen (1). Dessa blir inte analyserade eller ifrågasatta i den här skriften. Däremot diskuteras hållbarheten i de etiska och juridiska argumenten för att göra en avgränsning mellan eutanasi och att avstå från livsuppehållande åtgärder i livets slutskede.

Medhjälp till självmord respektive assisterat självmord är andra ord som förekommer i eutanasi-debatten. Med detta menas att någon annan tillhandahåller redskap för att en svårt sjuk människa skall kunna avsluta sitt liv utan att den andra personen själv utför handlingen. Även denna fråga berörs i skriften men blir inte systematiskt behandlad.

Svensk rättstillämpning

Den som ”berövar annan livet” gör sig enligt svensk lag skyldig till mord eller dråp. Detta gäller vare sig det sker på en människas begäran, mot en människas vilja eller riktar sig mot en människa som är ur stånd att lämna sitt samtycke. Det innebär att eutanasi är förbjuden.

Om det inom sjukvården är möjligt att sätta likhetstecken mellan en aktiv handling och en underlåtenhet att handla är däremot föremål för olika tolkningar (2). Den juridiska distinktionen är därför inte alldeles enkel när det gäller vad lagen säger om att avstå från eller att avbryta en behandling i livets slutskede.

Lagen skiljer mellan direkt uppsåt, indirekt uppsåt och eventuellt uppsåt (se vidare s 112 ff). Dessa begrepp är ofta svåra att hantera i brottmål där uppsåtet oftast kan betecknas som ont. Begreppen blir än svårare att tillämpa i sjukvårdssituationer, där uppsåtet är gott.

Det finns endast ett fåtal avgöranden i domstol och i HSN (Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd) som ger en fingervisning om hur lagen skall tolkas. Hänsynen till patientens situation tillmäts i dessa en stor betydelse. De teoretiska principerna har nyanserats till förmån för humana avgöranden från fall till fall. Rättsfallen finns kortfattat beskrivna i bilaga 1 (3).

Sammanfattningsvis innebär nuvarande praxis i korthet att

- åtgärder, vars enda syfte är att orsaka en patients död, aldrig är tillåtna – inte ens om patienten begär det
- en beslutskompetent patients vilja att i livets slutskede avstå från livsuppehållande behandling skall respekteras
- en patient som inte är förmögen att uttrycka sin egen vilja så långt möjligt bör behandlas i överensstämmelse med eventuellt tidigare uttalade önskemål
- en patient, vars vilja inte går att fastställa, skall behandlas enligt det alternativ som både från medicinska och allmänt mänskliga synpunkter bäst tillgodoser den döende människans behov av integritet och värdighet
- självmord inte är straffbart och i princip inte heller medhjälp till självmord. Gränsen mellan medhjälp och gärningsmannaskap är dock oskarp. Vid självmordsförsök skall i regel livräddande behandling sättas in

Dessa punkter finns ytterligare kommenterade i Socialstyrelsens allmänna råd om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede (1).

Undersökningar om allmänhetens inställning

Allmänhetens inställning till eutanasi har kommit till uttryck i såväl nationella som internationella undersökningar. Gemensamt för dessa har under de senaste åren (med något undantag) varit att en majoritet ställt sig positiv till införandet av eutanasi. Många av undersökningarna – speciellt

de amerikanska – har gjorts i anslutning till att ett patient öde refererats i massmedia och blivit föremål för en livlig debatt.

Undersökningarna har ofta blivit kritiserade från metodologiska utgångspunkter. Framför allt har i diskussionen ifrågasatts om det går att i enkla frågor fånga en komplex situation, som inte enbart kan utgå från ett individperspektiv. De har också kritiserats för oklara formuleringar av frågorna. Denna kritik har också riktats mot de två svenska undersökningar, som skall refereras här (4, 5).

Ett exempel på en fråga som kan ha varit svår att tolka finns i den enkät som statistiska centralbyrån (SCB) år 1988 genomförde på uppdrag av Landstingsförbundet. Där ställdes två frågor om eutanasi. Den första av dessa frågor kan ha uppfattats som om den rörde assisterat självmord. Texten lyder: ”Nu anser en del att läkarna borde kunna hjälpa en obotligt sjuk patient att ta livet av sig (kurs. här) om patienten själv uttryckligen önskar det. Andra menar att det skulle undergräva förtroendet för sjukvården om läkarna fick tillstånd att medverka vid aktiv dödshjälp. Vilken åsikt stämmer bäst överens med din egen uppfattning?”

På denna fråga svarade två av tre (65 %) att denna form av dödshjälp skulle kunna ges. Speciellt bland den yngsta åldersgruppen (18–24 år) fanns stort stöd för detta (78 %). Den största andelen negativa återfanns i åldersgruppen 55–64 år (47 %). Förtroendet för sjukvården skulle rubbas om eutanasi blev tillåten ansåg 35 procent.

Den andra frågan gällde om eutanasi skulle kunna införas utan risk för en utvidgning till patientgrupper, som själva inte begär dödshjälp. 54 procent svarade ja på den frågan.

Urvalet för denna enkät omfattade ca 1 200 personer i åldern 18–74 år (4).

Opinionsinstitutet Temo genomförde hösten 1991 en undersökning genom besöksintervjuer med ca 1 000 personer i åldern 15–75 år.

Frågan gällde om en svårt sjuk och lidande människa skall kunna ge en läkare tillstånd att injicera ett preparat, som gör att döden in träffar.

Ja svarade 75 procent. Nej svarade 16 procent. Resterande 9 procent svarade att de inte visste. De som var under 30 år och bodde i större städer hade fler ja-svar än genomsnittet.

De intervjuade tillfrågades också om anhöriga skall kunna ge tillstånd till eutanasi i de fall patienten inte själv kan det. På denna fråga svarade 57 procent ja och 31 procent nej (5).

Resultaten från denna typ av undersökningar måste givetvis tolkas med stor varsamhet. Frågornas utformning inbjuder inte till nyanserade svar, som bygger på genomtänkta ställningstaganden. Men kan – framför allt – de yngres positiva inställning till eutanasi ändå vara ett tecken på värdeförskjutningar i samhället? Och vad kan dessa i så fall bero på? Förklaringen är säkert sammansatt och några enkla orsakssamband går inte att påvisa.

Ja-svaret kan innehålla delkomponenter som

- det starka betonandet av självbestämmandet inom sjukvården (varför gör det halt inför döden?)
- fruktan för en övervård som leder till ett långsamt döende under svåra plågor
- rädsla för att bli ett vårdpaket utan möjlighet att påverka sin situation
- rädsla för en personlighetsförändring både fysiskt och psykiskt
- fruktan att förlora kontrollen över det egna livet
- rädslan för att bli en börda för sina anhöriga
- bristande tilltro till sjukvårdens möjligheter att medverka till ett värdigt döende

Nej-svaret kan innehålla delkomponenter som

- respekt för livet i alla dess former
- respekt för lagen och samhällets normer
- rädsla för en utvidgning av eutanasin till att omfatta även de svårt sjuka som inte ber om att livet skall avslutas
- avskräckande historiska erfarenheter
- svårigheten att förena patientens rättighet att dö på egen begäran med kravet på vårdpersonalens medverkan därtill
- rädsla för att ekonomiska hänsyn kan bli styrande för vården i livets slutskede

Det holländska exemplet

Det enda land som kan erbjuda en erfarenhetsbaserad kunskap om eutanasi är Holland, där man sedan mitten av 1970-talet tillämpar eutanasi inom sjukvården. Den första motionen om eutanasi väcktes i parlamentet

redan år 1977 och frågan om lämpligheten av och formerna för en lagstiftning har alltsedan dess blivit livligt diskuterad. Under tiden 1973 till 1986 kom flera fall upp i domstolarna och undan för undan utvecklades en praxis som gör att läkarna kan bistå patienterna med dödshjälp under strängt reglerade former. Sedan 1986 har inget fall av eutanasi lett till åtal.

Verksamheten har sedan slutet av 1980-talet reglerats genom riktlinjer som baserats på överenskommelser mellan företrädare för läkarna och åklagarna (Dutch Medical Association and Assembly of Attorney-Generals). Även för sjuksköterskor har riktlinjer utfärdats (National Nursing Association).

Villkoren som skall vara uppfyllda för att åtalseftergift skall kunna övervägas är att

- patientens begäran skall vara förenad med ett oacceptabelt lidande på vilket ingen annan lösning kan erbjudas samt vara frivillig, välgrundad och återkommande och läkaren skall handla efter vetenskap och beprövad erfarenhet (rules of careful medical practice)

Tillvägagångssättet måste beskrivas i ett protokoll som skall innehålla en redovisning av

- patientens sjukdom och prognos samt vidtagna behandlingar
- vilka läkare som varit inblandade i patientens vård
- graden av lidande och detaljerade upplysningar om patientens tillstånd
- vilka åtgärder som har övervägts och/eller vidtagits för att göra patientens lidande uthärdligt
- tydligheten i patientens begäran och om den lämnats utan tvång samt vilken information som har getts, vilka vittnen som åhört begäran, om det föreligger en skriftlig begäran och vilka alternativ till eutanasi som har diskuterats
- vilken kollega som har konsulterats och resultatet av den konsultationen
- vem som utförde eutanasin och på vilket sätt den utfördes och vilka som var närvarande

Läkaren skall tillkalla en rättsläkare som går igenom protokollet och utfärdar en dödsattest om ”onaturlig död” och därefter överlämnas materialet

till åklagaren, som slutligen avgör om patienten kan begravas eller om andra åtgärder skall vidtagas.

Våren 1992 tog parlamentet det första steget mot en lagreglering genom ett tillägg till begravningslagen (the Burial Act), vilket innebär att det fortfarande inte är tillåtet att döda en människa men att åtalseftergift kan meddelas den läkare som utför eutanasi. Regeländringen grundar sig på resultatet av den s.k. Rimmelink-kommissionens arbete (uppkallad efter sin ordförande, tillika ordförande i Högsta Domstolen). Kommissionen lämnade sin rapport i september 1991 (6, 7).

Rapportens slutsatser baserade sig i huvudsak på en kartläggning av hur läkarna handlade i samband med vård i livets slutskede. Tre olika studier gjordes med olika metoder: 11 intervjuer med 405 läkare 2/ frågeformulär till läkare som behandlat 7 000 avlidna personer 3/ uppföljning av samtliga dödsfall under en sexmånaders period hos 80 procent av de läkare som deltog i intervjustudien (2 257 avlidna).

Resultaten från de tre studierna visade god överensstämmelse men vissa resultat redovisas som vägda värden från samtliga tre. Av redovisningen framgår att ca 9 000 patienter årligen begär eutanasi och ca 2 300 får det (1,8 % av ca 130 000 avlidna per år). Ca 400 dödsfall (0,3 %) uppges vara assisterade självmord. Drygt 1 000 dödsfall (0,8 %) bedöms vara eutanasi utan patientens begäran. För mer än hälften av dessa fall anges att patienterna hade uttryckt önskan om eutanasi i en tidigare fas av sjukdomen eller att frågan tidigare hade diskuterats med läkaren.

Av de intervjuade läkarna uppgav 54 procent att de hade utfört eutanasi eller hade assisterat till självmord. Den högsta andelen hade familjeläkarna (62 %) och den lägsta läkare vid sjukhem (12 %). Fyra procent av läkarna kunde inte tänka sig att själva medverka till eutanasi eller assisterat självmord, ej heller remittera sina patienter till en annan läkare för dessa åtgärder.

I 187 fall försökte forskarna klarlägga vilka faktorer som låg bakom patientens önskan om eutanasi. Den visade sig i flertalet fall vara sammansatt av flera samverkande orsaker: Förlorad värdighet (57 %), smärta (46 %), ovärdigt döende (46 %), beroende av andra (33 %) och livsleda (23 %). I fem procent var smärta det enda skälet. Cancer var den dominerande diagnosen (68 %) bland de patienter som hade fått eutanasi (8).

Det holländska samhället företer stora likheter med det svenska men det finns också väsentliga kulturella olikheter t.ex. i synen på människans

rätt att bestämma över sitt eget liv. sjukvårdsstrukturen är också en annan med ett stort inslag av familjeläkare. Det är därför vanskligt att jämföra de holländska erfarenheterna med förhållandena i ett annat samhälle. De torde ändå vara av intresse för den svenska eutanasi-debatten.

Om smärta vid livets slut

Redovisningen från Holland tyder på att reaktionen inför döden är sammansatt. Det är svårt att skilja ut den fysiska smärtan från ångest, skräck och känslan av förödmjukelse. Men risken att hamna i en situation med olidliga fysiska plågor som ingen smärtbehandling råår på brukar ändå åberopas som ett tungt vägande skäl för att eutanasi skall tillåtas.

Svenska riktlinjer för hur döende patienter skall behandlas, finns i "Smärtbehandling i livets slutskede" (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:1). Råden togs fram i samarbete med smärtexpertis inom områdena anesthesiologi, neurokirurgi och klinisk farmakologi. Den psykiska smärtlindringen belyses också (9).

Det är med nuvarande behandlingsmetoder möjligt att dämpa flertalet smärttillstånd i livets slutskede till uthärdlighet. Aktuella enkäter visar dock att det fortfarande finns en besvärande eftersläpning av kunskaper inom de cancervårdande specialiteterna, som leder till underbehandling. Det pågår dock ett kontinuerligt arbete med att öka kunskaperna inom berörda specialiteter.

Ca 80 procent av alla patienter med svåra smärtor i livets slutskede reagerar på läkemedel från morfingruppen under förutsättning att doseringen är tillräcklig.

Det är en vanlig missuppfattning att dessa patienter skulle kunna dö av en ökad morfintillförsel. De aktuella patienterna har ofta stått så länge på morfingruppens läkemedel att de har hunnit utveckla en tolerans mot morfins andningsdämpande effekter. Vid en ökad tillförsel av morfin ser man oftare att patienten återkommer till ett liv med god kvalitet än motsatsen.

För de ca 20 procent av patienterna som inte reagerar på läkemedel från morfingruppen finns andra metoder att tillgå. Ger man i dessa fall mer och mer morfin, som inte påverkar smärtan, kan en överdosering leda till andningsstillestånd, hjärtsvikt och död. Kunskaperna om morfinkänslig-

het och alternativa smärtbehandlingsmetoder är på många håll bristfälliga.

För att lindra besvären i den absoluta slutfasen av döendet används sedan länge lätt nedsövning. Denna metod synes dock förekomma allt mindre. Möjligheterna att ge en effektiv smärtlindring, som syftar till att öka patientens livskvalitet ända till det ”naturliga” slutet, blir allt bättre (10).

Livets slutfas kan också innehålla andra symtom än fysisk smärta: långsam kvävning, förlamningstillstånd, svår ångest och skräck kan till exempel inte dämpas med enbart smärtbehandling. Andra symtom som kan vara svåra att lindra är stopp i mag-tarmkanalen. Problemen är ofta sammansatta och kräver därför ofta att människor med kunskaper från flera områden samarbetar. Den medicinska kunskapen behöver också kompletteras med kunskaper om psykologiska reaktioner och i existentiella frågor. Vården i livets slutskede ställer stora krav på vårdpersonalens kompetens och förmåga till medkännande. En döende patient får aldrig överges. Omvårdnaden har stor betydelse och dessa patienter måste ägnas särskild omsorg, där även patienternas sociala, psykiska och andliga behov måste tillgodoses med respekt för de olikheter som finns mellan människor i olika kulturer och religioner (1).

Den fysiska smärtlindringen utgör ofta den bas från vilken vägar till kontakt, samtal och förtroende öppnas. ”När den fysiska smärtan hade lindrats, kunde jag få hjälp att inse att jag hade rätt att leva, den tid jag har kvar”, har en döende patient sagt. Ett uttalande som understryker betydelsen av att få stöd för att behålla identitet och självrespekt och inte behöva uppleva sig som en börda. Enligt samstämmiga uppgifter från många svenska läkare och annan vårdpersonal händer det att patienter uttrycker en önskan om att få dö men att en uttalad begäran om eutanasi är ovanlig inom svensk sjukvård.

Litteratur

- 1 Socialstyrelsen. Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede. Stockholm: Allmänna Förlaget 1992 (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2)
- 2 Vängby S. Avbrytande av behandling och brottsbalken. Svenskjuristtidning 1991;76 s. 245–255

- 3 Svenska Läkaresällskapet och Spri. När får man avstå från behandling? Stockholm: Spri, 1991. (Svensk medicin 24)
- 4 Landstingsförbundet. Politikerna och etiken i hälso- och sjukvården. Stockholm: Landstingsförbundet, 1989. Med bilagedel.
- 5 Opinionsinstitutet Temo. Svenskarnas syn på aktiv dödshjälp, Stockholm: 1991. Stencil
- 6 Gevers JKM. Legislation on euthanasia: recent developments in the Netherlands. *Journal of Medical Ethics* 1992;18: 138–141
- 7 Material från Holland, 1992
- 8 Van der Maas PJ, van DeldenJJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991;338:669–674
- 9 Socialstyrelsen. Smärtbehandling i livets slutskede. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1989. (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989: 1)
- 10 Arner S. m.fl. Personligt meddelande

Är det en plikt att leva?

P C Jersild

Frågan är om det finns något medicinsk-etiskt problem som är svårare att diskutera än eutanasi. Varför frågan är så känslig är emellertid inte helt lätt att reda ut. Säkert kan en rad juridiska, praktiska, etiska och andra goda skäl mobiliseras både för och emot eutanasi. Men det är svårt att frigöra sig från misstanken att ämnet som sådant, döden och dödandet, för de flesta människor har en så stark emotionell laddning att den väcker en svårhanterlig ångest. Och att denna dödsångest kan förvilla debatten och argumenten, både för dem som talar för eutanasi och för dem som talar emot.

Att hitta en bra definition på eutanasi utan att hamna i otympliga, juridiska spetsfundigheter är inte helt lätt. Det närmaste jag kommit är följande: eutanasi innebär att en läkare avsiktligt avslutar en svårt sjuk patients liv på dennas begäran.

Att olika former av dödshjälp förekommit och förekommer i enstaka fall i många länder är känt, men det sker i så fall utanför lagen. Så vitt jag känner till är eutanasi legalt i ett enda land, för övrigt inte så olikt Sverige, nämligen Nederländerna. Där infördes 1992 ett tillägg till lagen som medger åtalseftergift om eutanasi utförs enligt strikt uppställda kriterier. Men åklagare kan alltid pröva fallen i efterhand.

I Sverige föreligger en remarkabel skillnad i uppfattning mellan sjukvårdens personal och folk i allmänhet. Tillfrågade i enkäter har en stor procent av allmänheten förklarat sig positiva till eutanasi, medan till exempel läkarkåren med få undantag torde ställa sig negativ. Man kan också

se hur attityderna förändras hos medicinstuderande, så att de i början av sina studier är mer positiva till eutanasi än senare i yrkeskarriären.

En alldeles avgörande fråga för den fortsatta diskussionen blir därför om allmänhetens tämligen positiva inställning till eutanasi kanske bygger på felaktig information, på att man är vilseledd i tron att sjukvården inte klarar av att låta människor dö på ett någorlunda värdigt och smärtfritt sätt. Eller om det faktiskt förekommer att ett antal människor tvingas till en svår och ovärdig död.

Finns behov av eutanasi?

Vilka krav kan man ställa på sitt döende? Själv kan jag tänka mig främst tre krav, smärtkontroll, ångestkontroll och värdighet. Vad jag menar med värdighet är jag inte helt klar över. Kanske kan man säga att jag vill dö som jag har levat, att jag vill vara mitt liv, min personlighet och mina värderingar någorlunda trogen också i döden.

När det gäller smärtkontroll och ångestkontroll – vilket inte skall förväxlas med smärtfrihet och fullständig frihet från ångest – är dessa lättare att definiera. Att skilja olidlig smärta från acceptabel smärta är inte svårt, varken för patienten eller omgivningen. Man kan förstås tänka sig att det kan finnas en diskrepans, att den döende själv säger sig lida outhärdligt medan omgivningen inte tycker att det verkar så farligt. Men vem skall i sista hand ha tolkningsföreträde? Rimligen patienten, den som så att säga har förstahandserfarenhet av sitt lidande.

Att det finns människor som dör på ett outhärdligt, ovärdigt sätt torde vara svårt att förneka – men hur många är de i så fall? Är det en handfull varje år, eller är det flera tusen? Tyvärr finns inga bra svenska uppgifter att tillgå. Ibland nämns siffran tio procent, ibland att fem procent av dem som har ett utdraget döende får otillräcklig smärt- och ångestlindring. Dessa siffror är naturligtvis högst approximativa, ty hur vore det alls möjligt att få fram en någorlunda rättvisande statistik? Man kan inte gå runt och fråga döende människor utan att riskera störa dem och förvärra deras lidande. Inte heller kan man fråga dem som redan ”klarat av” sitt döende, hur det egentligen var och vad de skulle vilja ändra på. I stället är man hänvisad till gissningar, främst från sjukvårdspersonalen. Men det kan inte vara helt lätt att svara objektivt för den personal som samtidigt sätts att värdera sin egen insats. Jag tror faktiskt att här finns en väsentlig fel-

källa: det kan vara både självförnekande och ångestframkallande för den som kanske måste erkänna att man misslyckats att hjälpa en patient till en hygglig död.

Ur strikt etisk synpunkt spelar denna sifferexercis emellertid liten roll. Det räcker med ett fall av ohygglig död för att problemet skall vara etiskt relevant. Däremot är det förstås så, att om det bara skulle röra sig om något enstaka fall per år, väger det lätt när sjukvården skall prioritera sina insatser.

Men det vore underligt om det bara skulle röra sig om enstaka fall. I Nederländerna finns sedan något år en ibland motsägelsefull statistik kring eutanasi-problematiken, en statistik som dock kan ge en viss vägledning. Ur medicinsk synpunkt kan det knappast vara några stora skillnader mellan sjukdomspanoramata och behandlingsmöjligheterna i Nederländerna och i Sverige. I Nederländerna tillämpas eutanasi enligt antagna kriterier (se s. 15) i 1,8 procent av alla dödsfall. Läger man därtill av läkare assisterade självmord kommer man upp i 2,2 procent. Omräknat till svenska förhållanden skulle det innebära cirka 2 000 fall per år. En osäker siffra naturligtvis, men långt ifrån försumbar. Därför måste min slutsats bli att det finns ett icke oväsentligt antal människor som skulle kunna tänkas – på goda grunder – vilja ha eutanasi också i Sverige.

Kan man då inte förbättra smärt- och ångestlindringen? Beträffande smärtan talar de holländska erfarenheterna för att den numera spelar en mindre roll än ångesten och skräcken att tappa kontrollen över sin person. Och säkert kan man med bättre kunskaper och ny teknik nå längre och så småningom sänka antalet presumtiva eutanasier. Men att man inom överskådlig tid skulle kunna hjälpa alla eller ens majoriteten verkar inte sannolikt. Ibland hör man argumentet att en legalisering av eutanasi skulle göra att man blev mindre benägen att förbättra smärt- och ångestbehandlingen, och att eutanasi av det skälet inte bör tillåtas. Det är ett ovärdigt argument. Man måste kunna göra bägge delarna, både förbättra behandlingen och ge eutanasi om man trots allt skulle misslyckas med behandlingen. Man kan inte hålla svårt lidande människor som ett slags gisslan bara för att pressa fram resurser till smärt- och ångestforskning.

Tre fall ur verkligheten

För att ge någon föreställning om vilka svårt sjuka patienter som kan tänkas begära eutanasi, återger jag här tre holländska fall:

En äldre gift kvinna led av ett svårt hjärtfel som långsamt försämrades. Från att ha kunnat röra sig i hemmet blev hon så småningom helt sängbunden. Om nätterna hade hon svår ångest och andnöd. Hennes läkare gick hem till henne varje kväll och gav henne en morfinspruta så att hon skulle få några timmars ro. Sprutorna fick allt sämre effekt. En kväll sade patienten till läkaren:

– Vet doktorn vad det är för dag i dag?

Läkaren blev generad; han trodde att det rörde sig om någon högtidsdag som han borde ha kommit ihåg.

– Ikväll är det hundra gången doktorn kommer hem och ger mig en spruta, sade patienten då. Jag tycker det kan räcka med det.

Efter att läkaren hade resonerat igenom situationen flera gånger med patienten och hennes make, gick han så småningom med på att ge henne en överdos så att hon avled.

En 41-årig gift kvinna med två tonårsbarn hade efter en mångårig multipel skleros hamnat på vårdhem. Hon var helt förlamad utom i hals och huvud. Hon visste att nästa fas skulle innebära att förlamningen också drabbade hennes andning och hennes medvetande. Hon uttryckte en önskan att få dö innan hon förvandlades till ett ”paket”. I samråd med familjen beslöt hennes läkare att villfara hennes begäran.

En 27-årig kvinna led av tungcancer i slutstadiet. Hon kunde varken prata eller svälja. Hon matades genom en stomi, ett hål på magen, men de två liter saliv som rann ur hennes mun dagligen hade ingenstans att ta vägen. Hon hade, medan hon ännu kunde tala, flera gånger sagt att hon ville ”ha en spruta” när slutet var oundvikligt. Läkaren insåg att de måste göra ett hål också i luftstrupen, för att hon inte skulle kvävas. Patienten skrev emellertid en lapp att hon inte ville vara med om ännu en operation – hon skulle ju ändå kvävas till slut. Strax efteråt fick hon en blödning som täppte till luftvägarna nästan totalt. Efter att ha talat igenom situationen med avdelningspersonalen villför läkaren hennes begäran och gav henne en dödande spruta.

Att bestämma över sitt liv

Den främsta mänskliga rättigheten är rätten till liv, rätten att få behålla sitt liv. Ingen har rätt att beröva en annan människa livet mot hennes vilja. Men också denna till människovärdet knutna grundregel har sina undantag. De flesta anser det rimligt att man får döda en annan människa i självförsvar som en yttersta nödfallsåtgärd. Dödandet i krig kan med någon svårighet pressas in under detta undantag. De flesta anser också – åtminstone i vår kulturkrets – att man får döda foster genom abort. Däremot är de flesta emot dödsstraff. Men trots att det alltså finns några få undantag, är den allmänt accepterade huvudregeln att rätten till liv skall gälla.

Att varje människa har rätt att få leva kan emellertid inte innebära att varje människa har en plikt att till varje pris hålla sig vid liv. Själv-mord är inte längre straffbart enligt svensk lag, ej heller medhjälp till självmord. Men att en handling inte är straffbar betyder självklart inte att den är önskvärd. Tvärtom vill jag påstå att de cirka 2 000 självmord som varje år begås i Sverige i de flesta fall är tragedier som borde ha undvikits. Men att många självmord aldrig borde ha fått äga rum betyder inte att varje självmord måste undvikas. Jag hävdar att det finns situationer, även om de är ovanliga, då ett självmord framstår som rimligt därför att det i praktiken inte finns något bättre alternativ.

Man skulle kunna beskriva eutanasi som en form av assisterat självmord. Om den människa som begär eutanasi hade kunskaper, tillgång till dödande preparat och andra tekniska förutsättningar, och därtill den rent praktiska förmågan att använda dessa, behövde hon ju knappast be om hjälp. Då kunde hon begå självmord. Om man drar en mycket skarp gräns mellan assisterat självmord och eutanasi måste man rimligen kunna visa på någon väsentlig principiell skillnad mellan självmord och eutanasi. Den skillnaden kan inte gärna gälla vad man kan kalla huvudpersonen, den som vill dö, utan i så fall den som skall utföra eutanasin, läkaren.

Om nu läkaren fullt frivilligt går med på att hjälpa den som begär eutanasi, måste man, om man fortfarande vill förbjuda två människor att fullfölja en frivillig överenskommelse, förlägga motargumentet utanför dessa två agerande. Det måste vara för att skydda någon annan eller ett annat intresse som man vill förbjuda eutanasi. Sådana argument kan vara att det skulle skada sjukvårdens rykte eller på annat sätt hota förtroendet för myndigheter eller lagar, eller skapa oro hos allmänheten.

Få ord är också så missförstådda och missbrukade som eutanasi. Eutanasi kan förekomma som eufemism för mord eller försvagat eller förstärkt med olika adjektiv så som "passiv" eller "aktiv" eutanasi. Jag vill inte förmena andra att använda eutanasi i dessa betydelser eller att hävda att gränserna är svåra att dra mellan t.ex. passiv och aktiv eutanasi. Men här i denna text betyder eutanasi enbart och uteslutande professionell hjälp att dö på egen begäran av en redan dödssjuk person.

De två grunduppfattningarna om eutanasi är inte svåra att beskriva. Den ena sidan hävdar att eutanasi under inga omständigheter får förekomma. Den andra att eutanasi kan accepteras om vissa, mycket strikta kriterier uppfylls. Jag ansluter mig till den senare uppfattningen. Mitt första argument hänger samman med den ovillkorliga mänskliga rättigheten till liv. Denna rätt kan också uttryckas som en absolut självbestämmanderätt över det egna livet. Den som suveränt bestämmer över sitt liv kan naturligtvis också bestämma när det skall upphöra. Vad jag gör om jag begär självmord eller begär eutanasi är att jag utövar mitt självbestämmande, jag avstår från mitt liv om det skulle ligga i mitt eget intresse att göra så. Det betyder inte att jag undervärderar andras eventuella önskan, min familjs, mina vänners, eller samhällets intresse av att jag förblir vid liv ännu en tid. Men jag anser mig dock trots andras eventuella invändningar vara den främste intressenten i diskussionen, den som står problemet närmast, och att det därför är jag och ingen annan som skall ha sista ordet. Min önskan, i detta fall beträffande just mitt liv, måste få gå före andras önskningar, även om avvägningen kan vara mycket svår.

Risken för missbruk

Kärnkonflikten, där argumenten för och emot eutanasi bryts, är om den dödssjuka, svårt lidande människan skall kunna "dömas" att fortsätta detta lidande för att någon annan, inte hon själv, skall få vinsten. I andra sammanhang accepterar vi inte att en person ofrivilligt skall åsamkas en stor förlust, eller ett svårt lidande, för att någon annan, eller många andra, skall kunna göra en vinst. Med särskild kraft fördöms därför all medicinsk forskning där människor utan samtycke åsamkas lidande eller utsätts för risk. Det får inte ske utan samtycke ens om det är till gagn för patienten själv. Men beträffande den döende gör man, som jag ser det, ett flagrant avsteg från denna princip, om man håller någon vid liv mot hans eller hen-

nes vilja, blott till vinst för andra. Om någon skall utsättas för ett svårt lidande – som går att undvika – måste detta lidande vara till gagn för personen i fråga, och därtill vara frivilligt.

Om man vill hävda att denna medicinsk-etiska grundregel inte skall gälla i livets slutskede, måste man kunna mobilisera mycket övertygande argument för sin sak. Man måste kunna visa att den döendes självbestämmande på ett mycket påtagligt sätt hotar andras autonomi, att den döendes frihet är ett hot mot mångas eller kanske allas vår frihet.

Att eutanasi skulle kunna missbrukas är ett sådant argument. Att "eutanasi" har missbrukats är ett faktum, i Nazityskland. Men då gällde det inte eutanasi i dess egentliga betydelse, alltså hjälp att avsluta livet på frivillig begäran, utan då gällde det mord. Kärnfrågan blir då om eutanasi kan glida över i mord i ett civiliserat och demokratiskt samhälle som Sverige. I engelskspråkig litteratur talar man om "the slippery slope", det sluttande planet, vilket betyder att om man börjar rucka på en princip, faller så småningom alla – och man skulle beträffande eutanasi kunna hamna i ett okontrollerat dödande. Ett argument som naturligtvis inte går att avvisa, men vars tyngd är tveksam. Hur skulle riksdagen i en demokrati som Sverige fås att acceptera ett okontrollerat dödande? Först om Sverige inte längre skulle vara en öppen demokratisk stat med fri information och fri åsiktsbildning kommer saken i ett annorlunda läge. Men då hjälper å andra sidan inga tidigare lagar eller försäkringar eller förbud alls.

Argumentet att eutanasi mer eller mindre automatiskt skulle kunna glida över i mord, eller dråp, bygger på ett antagande, på en farhåga, på en risk, inte på ett etablerat faktum. Något som inte finns, eller ännu inte finns, en risk, ställs här emot något som finns, som är ett faktum, den döendes lidande.

Ett annat argument – ofta framfört av handikapporganisationerna – är att de handikappade skulle känna sig hotade. Hotet skulle bestå i att man kan känna sig pressad att begära eutanasi eftersom andra människor skulle kunna påstå att de handikappade ligger samhället och sjukvården till last. Om en grupp medborgare, särskilt en utsatt grupp som de handikappade, känner oro är det naturligtvis något att ta på stort allvar, särskilt i en tid av besparingskrav inom vården. Men ändå måste två frågor ställas: kan inte denna oro stillas på annat sätt? Och är det rimligt att med denna farhåga som argument, tvinga ett fåtal döende till fortsatt svårt lidande? Jag har svårt att acceptera det. Ett mindre obehag buret av många brukar i etiska

sammanhang få väga lättare än ett stort obehag hos ett litet fåtal, i det här fallet de som förnekas eutanasi och tvingas till fortsatt svårt lidande.

I den tidigare citerade statistiken från Nederländerna finns siffror som tyder på att det förekommer ”illegal” eutanasi, så kallad kryptotanas, alltså att liv kortas utan att samtycke skulle ha förelegat. Uppgifterna är emellertid svårtolkade. Det finns heller ingen jämförbar statistik från andra länder. Ett rimligt antagande är att kryptotanas då och då förekommer i många länder, men bara i Nederländerna finns kryptotanas belagt i siffror. Den avgörande frågan blir om legal eutanasi leder till en ökning av kryptotanas – eller tvärtom. Går man till abortstatistiken är det ju uppenbart att en legalisering av aborterna ledde till en minskning av illegala aborter, inte till en ökning.

Mot eutanasi finns förstås också religiösa argument, som att det skulle vara mot Guds vilja att döda. För att ett sådant argument skall vara giltigt – vi har trots allt religionsfrihet i det här landet – måste detta religiösa argument omfattas av den som begär eutanasi, och den läkare som i så fall vore beredd att utföra den. Och då faller saken. Den som uppfattar eutanasi som en svår synd begär knappast eutanasi eller medverkar till den. Religionsfrihet i modern mening måste innebära att jag inte kan tvingas underkasta mig en tro – som förbudet mot eutanasi – som jag inte frivilligt är beredd att anta.

Det finns förstås också professionella och organisatoriska motargument. Jag tror, som nämns i inledningen, att de flesta svenska läkare är motståndare till eutanasi, till skillnad från i Holland där bara fyra procent är bestämt emot. Det finns förstås ett högst berättigat professionellt argument mot att slippa göra något som man anser vara moraliskt fel eller som känslomässigt kan vara mycket svårt. Men såvitt jag vet har ingen förespråkare att man skulle kunna ålägga läkare eller annan sjukvårdspersonal att mot deras vilja medverka till eutanasi. En sådan medverkan måste vara fullständigt frivillig.

Organisatoriskt kan det naturligtvis också stöta på hart när oöverstigliga svårigheter om eutanasi skulle bli legaliserat inom svensk sjukvård. Hur skall det gå till? Vem skall göra det? Var skall det göras? Vem bevakar att det går rätt till osv.? Men varken de professionella eller de organisatoriska argumenten kan så att säga överflygla den etiska kärnkonflikten, den att var och en måste få bestämma över sitt liv. Och, om detta liv skulle bli outhärdligt, också kunna begära hjälp att korta det.

Plikten att leva

Är det en plikt att leva? Jag kan själv inte acceptera en sådan plikt. Livet är ju inte frivilligt i den mening att man fått välja mellan att födas eller inte födas. Somliga menar att livet skall betraktas som en gåva. Det vore i så fall en underlig gåva, som varken går att tacka nej till eller fritt förfoga över. Man kan också se livet som ett uppdrag, men det väcker genast frågan vem som i så fall meddelar uppdraget, och vad det går ut på.

Livet är för mig i stället ett faktum, något som jag utan egen förskyllan har hamnat i, ett förhållande som man får försöka hantera så gott man kan. Ett sådant uttalande kan för vissa öron låta frånstötande eller cyniskt. För mig är det i stället en utgångspunkt för att ta ansvar för det egna livet, och om det skulle visa sig nödvändigt, för sin egen död.

Jag menar att också beträffande eutanasi skall de tre etiska grundreglerna gälla, nämligen att varje människa har en oavvislig rätt till självbestämmande, så länge det inte går ut över andra. Att varje handling, och behandling, vi utsätter andra för skall ha ett gott syfte. Och att rättvisa skall råda, att vi alla är lika inför lagen, och inför sjukvården. Att neka mig att begära eutanasi kränker i första hand mitt självbestämmande och i andra hand syftet att målet med en behandling skall vara gott. Att mot hennes vilja tvinga en medmänniska till fortsatt lidande utan hopp, kan jag inte uppfatta som gott. Den tredje regeln, den om rättvisa, säger att om jag anser mig ha rätt att begära eutanasi, kan jag inte förmena andra att begära samma sak.

Jag träffade en gång en holländsk läkare som medverkat vid många eutanasier. Enligt honom finns det bara två vägande argument mot eutanasi. Det ena är förbudet att döda över huvud taget, det andra att alla som begär eutanasi är tokiga och inte vet sitt eget bästa.

Till det skulle man kunna lägga ännu ett "argument". Att förespråka rätten till eutanasi är ett svårt och ett inom sjukvården impopulärt ställningstagande. Det blir inte lättare av att man bland eutanasiförespråkarna inte sällan träffar på avvikande och vurmiga personer. Det vore för min del mycket enklare, bekvämare och i mångas ögon mera hedervärt att ta avstånd från eutanasi. Men jag skulle se det som oärligt att försöka smita ur mitt eget resonemang. Jag kan inte komma fram till annat än att eutanasi, i betydelsen professionell hjälp att avsluta livet efter frivilligt och informerat samtycke, borde vara en mänsklig rättighet.

Men samtidigt går det inte att blunda för de många praktiska svårigheterna, för de icke-etiska argumenten, som är om inte övertygande så i varje fall överväldigande. Vilket till slut gör att jag i mitt försök till summering riskerar hamna mellan två stolar: att finna eutanasi etiskt rätt, men kanske på praktiska grunder svårigenomförbart eller rent av ogenomförbart inom svensk sjukvård.

Syftet med denna uppsats är emellertid främst att diskutera eutanasiens etik, inte dess praktik. Att försöka diskutera de praktiska svårigheterna innan man tagit itu med de etiska som ett första steg, förefaller inte meningsfullt.

Litteratur

Ardelius L, Jersild PC. Slutet: om dödens höghet och låghet. Stockholm: Legenda, 1990.

Humphry D. Final exit. Oregon: The Hemlock Society, 1991

van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991;338:669–74

Selvbestemt d d. Oslo: Human-Etiskt Forbund, 1988. Stencil

Rätten till en värdig död

Erwin Bischofberger

För tre generationer sedan var eutanasi frågan i stort sett okänd. Efter hand har den moderna medicinens janusansikte framträtt allt tydligare. Den har, i kombination med bättre föda, bostäder, arbetsförhållanden och andra icke-medicinska faktorer, befriat många människor i de industrialiserade länderna från tidigare obotliga sjukdomar och berikat dem med ett eller flera årtionden av produktivt liv. Samtidigt blev samma människor till sist utlämnade åt ett ofta utdraget lidande och långsamt döende. Man gläder sig över vinsten av ett förlängt gott liv samtidigt som man har blivit skeptisk inför en livsförlängning som ofta medför en ofrånkomlig fysisk och psykisk nedbrytning.

Medicin och livsstil har alltså skapat följdproblem som man har svårt att komma till rätta med. Vad innebär en värdig död när döden har blivit oundviklig? Hur skall man utforma behandling och vård av en till sist obotligt sjuk person? Skall man avstå från eller fortsätta livsförlängande behandling? Skall man nöja sig med palliativ behandling dvs. symptomlindring, kombinerad med basal omvårdnad? Skall man avsluta en persons liv med hjälp av en dödlig drog på egen begäran? Och vilka är villkoren, i synnerhet samtyckesreglerna, för valet av medicinska beslut vid livets slut?

Det finns alltså flera tänkbara medicinska beslut när vägen tillbaka till hälsa är blockerad. I detta bidrag söker jag ur etisk synpunkt belysa den handling som har kommit att kallas eutanasi. Den innebär ett medicinskt ingrepp med det direkta syftet att avsluta en patients liv på hennes begäran genom en dödlig drog. Jag kommer att lägga fram de argument för eutanasi som oftast förekommer i nyare litteratur. Jag söker sedan ifrågasätta

argumentens hållbarhet och dra mina slutsatser. Det ligger nära till hands att föra resonemanget mot bakgrunden av eutanasisituationen i Holland. Det är också i mötet med den situationen som argumenten för och emot har finslipats.

Det holländska experimentet

Holland är det första och enda landet i världen där man sedan några år trots lagförbud tolererar eutanasi på vissa villkor. Den senaste tiden har flera rapporter lagts fram om pågående praxis på området (1). Den mest kända och officiella publicerades av Rimmelink-kommitten (benämnd efter dess ordförande som också är ordförande i Högsta domstolen i Holland) i september 1991. Den hade av den holländska regeringen fått i uppdrag att utreda eutanasi frågan i den holländska sjukvården. Kommitténs rapport är bl.a. baserad på en utredning under ledning av professor Paul J van der Maas vid Erasmus universitet i Rotterdam (2).

Utredningen säger bl.a. att ca 9 000 patienter årligen ber om eutanasi och att 2 300 får den. (I Holland dör årligen ca 130 000 personer.) Ytterligare 1 000 patienter får den dödliga injektionen (*lethal drug*) utan uttrycklig begäran. Av de sistnämnda patienterna hade drygt hälften tidigare i livet diskuterat ett eutanasi beslut eller uttryckt önskemål om att få hjälp att avsluta sina liv, om smärtan skulle bli outhärdlig. Drygt hälften av läkarna har gjort ett eller flera eutanasiingrepp. Holland är alltså ett land där man inte bara hypotetiskt testat eutanasis teoretiska möjligheter. Man har gått vidare från tankeexperiment till tolererad handling.

Rimmelink-kommitténs rapport ligger till grund för utförliga överläggningar inom den holländska regeringen. Under maj månad 1992 godkände det holländska parlamentet ett lagförslag som innebär, att eutanasi förblir förbjuden i lag. Ett tillägg till lagen garanterar emellertid åtalsfrihet för de läkare som i sin eutanasi-verksamhet håller sig inom vissa riktlinjer. En viktig regel är patientens egen uttryckliga begäran om eutanasi.

I Sverige är eutanasi förbjuden i lag. I den nyligen publicerade skriften "Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede" skriver Socialstyrelsen "att ingrepp eller åtgärder, vars syfte är att orsaka en patients död, aldrig får användas" (3).

Autonomiprincipen

Utvecklingen i Holland ger anledning till en reflektion över det etiska riktmärke som man brukar återropa som grundläggande argument för eutanasi: varje persons självbestämmande (autonomi) över sitt eget liv och sin död (4). En patient som frivilligt begär att genom en dödlig spruta få avsluta sitt liv skall få göra det. Eutanasiens tillskyndare hävdar, att personen själv har den absoluta rätten att bestämma över sitt eget liv.

Håller denna tolkning av autonomiprincipen måttet? Jag är skeptisk mot argumentets bärkraft. Rätten till självbestämmande tolkas oftast inom ramen för en individualistisk människosyn. De som erkänner rätten till eutanasi på egen begäran förankrar nämligen denna rätt i den enskildes rätt till självbestämmande.

Den förra rätten kan emellertid inte logiskt härledas av den senare. Att erkänna rätten till självbestämmande måste innebära att erkänna varje persons rätt att bestämma över sitt eget liv och sin egen kropp. Det innebär bl.a. att en autonom patient får *vägra* behandling.

Men frivillig eutanasi omfattar mer än denna innebörd av rätten till självbestämmande. Det är också *andra* personer som deltar i eutanasiproceduren, nämligen läkare, sjuksköterskor, kuratorer, kanske också anhöriga och juridisk expertis. Rätten till eutanasi omfattar alltså inte bara rätten att utöva kontroll över den egna personen utan även över andra. Det kan inte ingå i autonomiprincipen att *begära* eller *kräva* en viss behandling och *få* den. Då blir alltid också en eller flera andra personer involverade.

En tillskyndare av eutanasi kanske invänder, att avgörandet om eutanasi hör hemma i den unika läkar-patient-relationen. Det är inom den ramen som beslutet skall fattas. När en patient som plågas av en obotlig cancer ber om den förlösande injektionen, och doktorn är villig att administrera den, skulle i så fall inget etiskt motargument stå i vägen för ingreppet.

Detta resonemang rymmer emellertid ett problem. Helt bortsett från att en läkare inte bara är privatperson utan representerar en offentlig institution kan en analogi belysa problemet. Som bekant förbjöds slaveri för länge sedan. Det tog olika lång tid i olika länder. Att man avskaffade slaveriet berodde på insikten att en person inte får äga en annan person, inte ens med denna persons tillstånd eller uttryckliga begäran. Man får alltså inte föra över sitt liv i en annan människas äganderätt och maktbefogenhet hur goda konsekvenserna i ett enskilt fall än kan bli (5). Varför får jag

då inte bli en annan människas slav, om jag frivilligt önskar det och om dessutom min frihet har blivit en outhärdlig börda? Varför får jag inte frivilligt bli en annans slav om nu autonomiprincipen är så grundläggande? Och varför får jag inte utmana en motståndare till en dödlig duell om han har kränkt min integritet och därmed ålagt mig ett ohyggligt lidande? Givetvis under förutsättning att båda parterna gett sitt fria samtycke.

Kanske förmår jag inte formulera det exakta svaret. Jag förmodar starkt att det måste sökas i våra fundamentala övertygelser om hur vi skall förhålla oss till varandra. Vi får inte förfoga över varandras liv. Jag får inte äga, än mindre döda, en annan människa även om hon ber mig om det. Erich Fromm skulle säga att döden inte får äga rum inom ägandets livsform (6).

Autonomiprincipen som legitimationsbas för eutanasi håller inte måttet.

Godhetsprincipen

Ett andra huvudargument för eutanasi är patientens personliga välbefinnande (*individual well-being*, 4, 7). När detta har satts ur spel genom ett svårt lidande skall sjukvården i enlighet med godhetsprincipen – som ibland kallas barmhärtighetsprincipen – befria patienten från hennes lidande, under förutsättning att hon själv begär det.

Kan man inte på annat sätt uppfylla godhetsprincipens krav? Kan inte dagens sjukvård ge sådan behandling att smärtorna inte behöver vara outhärdliga? För närvarande diskuteras frågan livligt och lidelsefullt. En av världshälsoorganisationens expertkommittéer har i en rapport deklarerat ståndpunkten, att en lagstiftning om eutanasi genom utvecklingen av nya metoder för smärtbehandling har blivit överflödigt (8).

Cicely Saunders som leder det kända *St Christopher's Hospice* i London (med banbrytande vårdinsatser för patienter vid livets slut) har en lång erfarenhet av att vårda patienter som vädjar till doktorn ”låt mig dö”. Hon menar, att patientens vädjan snarare uttrycker ångest inför en plågsam livsförlängande behandling än en begäran att avsiktligt framkalla döden. Det förefaller som om en patient som i en desperat situation begär eutanasi ändrar attityd när någon hjälper henne att bli av med de svåra plågorna. Hon menar att man de senaste 20 åren har utvecklat en adekvat

smärtbehandling vilket är en viktig anledning till hennes motstånd mot eutanasi (9).

Vad är det då för önskemål som patienter har vid livets slut? Saunders menar att ”sökandet efter mening” ofta har framförts av patienter som deras sista centrala mål i livet, och att hon och hennes medarbetare har kunnat observera en kreativ tillväxt av kunskap och insikt hos sina patienter. Mitt i det fysiologiska sönderfallet kan patienten hinna ikapp sig själv. Hos många skulle denna tid av emotionell och andlig tillväxt ha gått förlorad genom eutanasi. Det är inte minst hospicerörelsens företrädare som hävdar, att sjukvården inte har uttömt alla vårdmöjligheter men att den bör ta chansen att utveckla dem till förmån för de socialt utsvaltna, för dem som tycks sjunka ner i förvirring och beroende och sakta tar sig fram på livets sista svåra vägsträcka.

Godhetsprincipen är för tvetydig för att kunna ligga till grund för eutanasi.

Offentlighetsprincipen

Ett argument för eutanasi som ibland förs fram låter så här: Det är bättre att avkriminalisera och legalisera – eller åtminstone tolerera – eutanasi, och veta vad som händer i samhället, än att förbjuda den och löpa risken att den förekommer i det fördolda. Det är inte minst denna offentlighetsprincip som har varit vägledande i valet av rättslig ordning i Holland (10).

Ett förbryllande inslag på den holländska eutanasicenen är de många patienter som har fått en dödlig injektion utan att någonsin ha bett om den eller gett sitt samtycke till den. Det är inte minst medvetlösa, gamla och dementa patienter som ”ofta” tas av daga (1, 10, 11). På minst tre av åtta undersökta neonatalavdelningar som 1989 undersöktes av landets pediatriiska förening ger man barn med svåra missbildningar i vissa undantagsfall den dödliga injektionen (7).

Eutanasi utan patientens samtycket har kommit att kallas *kryptotanas* som innebär smygödande (11). Kryptotanas brukar av eutanasis tillskyndare avfärdas som ren spekulation eller som något exceptionellt och bara sporadiskt förekommande (4, 10). Problemet är att det finns en omfattande dokumentation (*ample evidence*, 11) som säger att kryptotanas görs alltför ofta, regelbundet och på många av landets sjukhus. Daniel

Callahan, direktor vid *The Hastings Center* i USA, talar om ett betydande antal (*a substantial number*) fall av ofrivillig eutanasi i Holland (5).

Den amerikanske läkaren Carlos F Gomez har gjort en omfattande undersökning av holländska förhållanden (12). Han uppger att de officiella riktlinjer som skall reglera eutanasierksamheten tolkas olika och i vissa fall ignoreras helt. Den formella juridiska aspekten av regelsystemet "non-chaleras rutinmässigt". Av alla de fall som han undersökte och som enligt reglerna borde ha varit föremål för utredning genom åklagare kom bara två procent till åklagarmyndigheternas kännedom. Läkare som utfört eutanasi anger i sina rapporter till myndigheterna "ofta" naturlig död som orsak. Den engelske juristen John Keown gjorde sin egen utredning i Holland och kom till slutsatsen att Gomez' uppgifter och analys var tillförlitliga (*accurate, cogent, persuasive*, 10).

Sedan även Rimmelink-rapporten med uppgift om drygt 1 000 fall av eutanasi utan samtycke från patienten blivit känd anser man åtgärden vara berättigad och försvarar sig med att lidandet hos dessa patienter är ohyggligt och att man genom att direkt och avsiktligt påskynda döden vill hjälpa de döende. När autonomiprincipen inte längre håller eller inte längre är tillämplig får godhetsprincipen motivera ingreppet. Det blir emellertid svårt att begränsa tillämpningen av godhetsprincipen när den kopplas bort från offentlig insyn: närhelst en läkare ser att en patient lider svårt kan han av humanitära skäl, i enlighet med godhetsprincipen, administrera den dödliga drogen. Blir godhetsprincipen ett annat namn för godtycke?

Man skulle kunna invända att dessa empiriska fakta från Holland inte behöver rubba det berättigade i en öppen redovisning efter en legalisering: det rättsliga kravet på frivillig eutanasi kan missbrukas men kan också uppfyllas. Invändningen är emellertid inte övertygande. För det första tycks det vara ytterst svårt för att inte säga omöjligt att stifta en eutanasilag som utesluter missbruk (13). För det andra skapar själva möjligheten till eutanasi en situation där frivilligheten är ifrågasatt. De amerikanska forskarna Peter A Singer och Mark Siegler framhåller, att ett politiskt klimat som accepterar frivillig eutanasi kan befrämja "eutanasi i hemlighet" av sårbara patienter mot deras vilja. Kroniskt sjuka och döende kan dessutom pressas till att begära eutanasi för att bespara familjen och samhället den ekonomiska eller emotionella belastning som ett fortsatt liv skulle medföra. De skriver att eutanasi i vår tid och i våra samhällen som i viss omfattning präglas av kostnadsbegränsningar, sociala orättvisor och etisk re-

lativism inte bör accepteras. Det dynamiska och funktionalistiska samhällets syn på det stora och ökande antalet gamla och svaga skapar knappast ett socialt klimat som frivillig eutanasi skulle behöva (14). Rätten att få eutanasi kan för oöverskådligt många människor vändas till en plikt att be om den – och för många läkare att utföra den.

I stället för att reglera och kontrollera eutanasierksamheten har offentlighetsprincipen i Holland bidragit till förekomsten av kryptotanas.

Integritetsprincipen

I ett samtal vid institutionen för bioetik vid Maastricht-universitet i december 1990 mellan läkare och jurister från flera länder beskrev E Borst-Eilers, f.d. chefsläkare vid universitetssjukhuset i Utrecht och vid tiden för samtalet ordförande i det holländska hälsorådet (*Health Council*), sin roll som eutanasipraktiserande läkare. Hon framhöll att det finns situationer där det bästa sättet att bota (*heal*) en patient är att hjälpa honom till en fridfull död genom en dödlig injektion. Om hon gör detta då handlar hon som läkare (*healer*) par excellence (7). Att utöva eutanasi strider alltså *inte* mot läkarrollen och i sista hand mot läkarens integritet dvs. mot hennes yrkesetiska självuppfattning och moraliska självaktning. Tvärtom, eutanasi sätter en utmärkande moralisk prägel på hennes integritet som läkare.

Det är förmodligen inte ens alla entusiastiska tillskyndare av eutanasi som delar Borst-Eilers uppfattning om läkarens yrkesroll. Eutanasiingrepp kan inte härledas från några befintliga etiska riktlinjer eller läkarregler. Den grekiske läkaren Hippokrates, läkaretikens fader (400-talet f.Kr.), säger uttryckligen att en läkare inte skall ge sina patienter något gift (av sammanhanget framgår dödligt gift), även om han blir ombedd, och ej heller ordinera något gift (15). (Jfr Lichtenthaeler C. *Der Eid des Hippokrates. Ursprung und Bedeutung*. Köln 1984.) Sveriges läkarförbunds fullmäktige antog 1968 nya *Läkarregler* som slår fast att läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Att döda en patient, med eller utan samtycke, skulle avvika från och direkt strida mot denna regel och tillföra läkarrollen och sjukvården en ny dimension. Läkare och annan vårdpersonal skall bota, lindra, trösta, men inte döda. Svenska läkaresällskapet har bekräftat denna huvudregel och entydigt tagit avstånd från eutanasi (16).

Någon kanske invänder, att varken Hippokrates läkared eller de svenska läkarreglerna har evighetsvärde. De skall anpassas till nya tiders krav. En kort påminnelse om det rättfärdiga dödandets förekomst kan avvisa invändningen. Som Daniel Callahan påpekar (5) finns det i dag tre former av legitimt dödande i extrema gränssituationer: för det första ett lands självförsvar i krig mot yttre fiender, för det andra dödsstraff som ett samhälles självförsvar mot inre fiender, och för det tredje enskilda personers självförsvar mot en eller flera våldsverkare med avsikt att döda. Alla dessa former av dödande sker i självförsvar, för att säkerställa statens, samhällets och enskildas integritet. Den etiska och juridiska diskussionen om dödandets legitimitet i dessa tre kategorier är långt ifrån avslutad.

Eutanasi som läkaringrepp är en ny kategori av dödande. Det sker inte i självförsvar, och den slår inte vakt om läkarens eller sjukvårdens integritet. Det är intressant att notera, att det legitima dödandets front har krympt undan för undan. Många länder har avskaffat dödsstraff. Det märkliga är alltså att medan fronten av legitimt dödande under historiens lopp har blivit allt kortare så försöker man genom att legitimera eutanasi öppna en ny front. Denna uppfyller dessutom inte de etiska kriterier som enligt mångas mening rättfärdigar dödande i de nämnda tre kategorierna. Eutanasi som läkaringrepp saknar både etisk och juridisk legitimitet.

I stället för att rättfärdiga eutanasi visar sig integritetsprincipen vara ett starkt stöd för ett samhälle och en sjukvård utan eutanasi.

Utblick

I sina allmänna råd för vård i livets slutskede (3) säger Socialstyrelsen, att alla människor har rätt att dö under värdiga former. Visserligen är det sjukvårdens uppgift att i möjligaste mån befria patienten från sjukdom och skada. Men när detta inte låter sig göras skall patienten få den vård som hennes tillstånd kräver. God vård och omvårdnad vid livets slut skall inte bara ta hänsyn till patientens fysiska och psykiska behov. Den skall också lindra hennes ensamhet och inte minst hennes andliga nöd. Sjukvården skall inte minst möta ”patientens andliga och existentiella behov”.

Som jag inledningsvis har konstaterat uttalar sig Socialstyrelsen mot eutanasi. Med undantag av Holland finns det i dag heller inte något land som har en rättsordning med tolererad eller legaliserad eutanasi. Men den befintliga rättsordningen håller på att ifrågasättas på sina håll. De som vill

ändra den ordningen – framvuxen ur flertusenåriga traditioner – kräver och kanske strävar efter något gott, men de kan mycket väl, som så ofta i historien, bli orsak till något ont.

Ytterst finns det, kanske, ett grundläggande antagande som ligger bakom och driver önskan om eutanasi, nämligen att den mänskliga tragedi och den ångest som mötet med döendet och döden innebär kan lösas. Men döden förblir den bastion som människan inte kan erövra. Att ödmjukt erkänna detta vore den bästa medicinen mot eutanasin.

Litteratur

- 1 Ten Have HA, Welie JV. Euthanasia: normal medical practice? Hastings Center Report 1992;22:34–38
- 2 van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 1991;338:669–74
- 3 Socialstyrelsen. Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede. Stockholm: Allmänna förlaget, 1992. (Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2)
- 4 Brock DW. Voluntary active euthanasia. Hastings Center Report 1992;22:10–22
- 5 Callahan D. When self-determination runs amok. Hastings Center Report 1992;22:52–55
- 6 Fromm E. Att ha eller att vara? Stockholm: Natur och Kultur, 1982
- 7 de Wachter MAM, Ethanasia in the Netherlands. Hastings Center Report 1992;22:23–30
- 8 World Health Organization. Cancer and pain relief and palliative care. report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1990. (WHO Technical Report Series 804:1990)
- 9 Saunders C. Voluntary euthanasia. Palliative Medicine 1992;6:1–5
- 10 Keown J. On regulating death. Hastings Center Report 1992;22:39–43

- 11 Fenigsen R. A Case against Dutch Euthanasia. *Ethics & Medicine* 1990;6:11–18
- 12 Gomez CF. *Regulating death: euthanasia and the case of the Netherlands*. The Free Press. New York 1991
- 13 Capron AM. Euthanasia in the Netherlands – American observations. *Hastings Center Report* 1992;22:30–33
- 14 Singer PA, Siegler M. Euthanasia critique. *New England Journal of Medicine* 1990;322:1881–3
- 15 Statens medicinsk-etiska råd och Socialstyrelsens rådgivande nämnd för etiska frågor. *Etiska deklARATIONER och riktlinjer*. Stockholm: Allmänna förlaget, 1990. (Etiska vägmarken 2)
- 16 Svenska läkaresällskapet När får läkare avstå från behandling? *Etiska riktlinjer*. *Läkartidningen* 1991;88:2165

Eutanasi

En veterinär- eller humanmedicinsk angelägenhet?

Jan-Otto Ottosson

Den krassa verkligheten

En topprankad och segertippad kapplöpninghäst leder en prestigeladdad hindertävling. Inför sista hindret – det svåraste under tävlingen – forcerar ryttaren hästen. Hästen slår kraftigt i hindret och bryter vid nedslaget ena frambenet. Hästen försöker resa sig och följa det bortflyende fältet men benpipan sticker ut och hästen skriker av smärta. Så småningom får ryttaren hästen att lugna sig och lägga sig ned. Tillspringande veterinär konstaterar ett komplicerat benbrott. Efter kort diskussion med ägaren avlivs hästen med slaktmask.

Det rädde ingen tvekan bland hästfolk och publik att handlandet var riktigt. För hästens plågor fanns möjligen annan lindring men under alla förhållanden var hästens dagar på tävlingsbanan räknade. Möjligen kunde den användas i avel men värden skulle bli långvarig och dyrbar. Eftersom hästvärde huvudsakligen mäts i prispengar och språngavgifter var avlivandet både djurvänligt och rationellt. Eftermälet var en fantastisk tävlingshäst som sprungit ihop miljontals kronor.

Den trista verkligheten

En älskad familjehund får ett svårläkt eksem på svansen. Salvor har dålig effekt men efter vård på djursjukhus torkar eksemet upp och verkar vara på väg att läkas. Hunden förses med en hink över huvudet för att den inte skall bita och slicka sin svans. Hinken kränger den emellertid av sig titt som tätt och snart är åter eksemet rött och vätskande. Ny vistelse på djursjukhus ger ny förbättring och denna gång gör en bättre fastsatt hink att svansen får vara ifred. Hunden verkar emellertid så skamsen och olycklig över sin hink att familjen ibland låter honom slippa den. Då är han förstås där och biter och slickar igen. Till råga på allt blir eksemet infekterat av stafylokokker som vanliga antibiotika inte biter på. Två barn i familjen får bölder som varet rinner ur. Veterinären anser situationen ohållbar och råder familjen att avliva hunden. Familjen tvekar i det längsta men när ett tredje barn får bölder fattar man det tunga beslutet. De förtvivlade barnen får löfte om en ny hund.

Även här var det i efterhand enighet om att situationen inte gav många valmöjligheter. Ny och dyrbar vård på djursjukhus hade kanske så småningom fått eksemet och infektionen under kontroll men prognosen på sikt var oviss. Eftersom hundvärde anses underordnat människovärde var det aldrig någon tvekan om vem som skulle offras. Dessutom led hunden svårt både av sitt kliande eksem och sin tvångströja. Även detta avlivande var därför både djurvänligt och rationellt. Minnet av en trevlig, barnvänlig och förståndig kamrat förbleknade rätt snart vid jämförelse med den nya hunden.

Den mänskliga verkligheten

En 60-årig änka med metastaserande bröstcancer har snabbt tacklat av. Sjukvården har gett beskedet att den inte kan erbjuda annat än smärtlindring. Kvinnan vill inte dö på sjukhus eller sjukhem utan i sitt hem. De fyra barnen kommer resande för att vara hos sin mor den sista tiden. En av dem är läkare och modern ber honom om en spruta för att göra pinan kort så att barnen kan fara tillbaka till sina familjer. Sonen vägrar med hänvisning till sin läkaretik. Modern försöker få de andra barnen att övertala sin bror. De försäkrar emellertid sin mor att de vill ha all den tid de kan få tillsammans med henne. Modern lever ytterligare i två veckor. Hon är klar in i det sista och uttrycker ofta tacksamhet för den tid hon fått med sina

barn. Barnen är överens om att de inte skulle velat vara utan den tiden. De hade talat igenom sin ofta stormiga uppväxt i en anda av försoning och gemenskap. De kände att de aldrig hade kommit sin mor och varandra så nära som under dessa veckor. Visserligen hade modern trots regelbunden opiattillförsel ibland svåra smärtor men alla – inklusive modern – ansåg att det vägdes upp av den djupa gemenskap som det långa avskedet inneburit för dem. Barnens minnesbild av sin mor som en oförliknelig, varm, ömsint och generös människa präglades av de sista veckornas samvaro.

Detta är en typsituation för eutanasi: hopplös prognos, svåra smärtor, klar patient som vet vad hon begär, en nära anhörig som är läkare. Han hade kunnat ge den dödande sprutan utan att det någonsin skulle ha blivit känt utanför familjen och utan att dödsorsaken hade ifrågasatts. Han hade också kunnat hjälpa sin mor att begå självmord genom att ställa en tillräcklig dos av en dödande medicin till hennes förfogande – ur etisk synpunkt en handling som står nära eutanasi. Han – och den övriga familjen – valde dock att i stället ge omvårdnad och visa tacksamhet och kärlek till sin mor. Det gav en tidigare inte upplevd familjegemenskap som gjorde den fysiska smärtan uthärdlig. Moderns begäran om eutanasi kunde samtidigt uppfattas som utslag för osjälviskhet och vädjan om närhet. Genom att vägra eutanasi och visa lyhördhet för moderns djupare behov av gemenskap erkände barnen hennes rätt till en människovärdig sista tid.

Helhetsvård

Den engelska hospice-rörelsen har i praktiken illustrerat vad en människovärdig sista tid innebär. Rörelsen tillkom just som en reaktion mot krav på eutanasi och som ett alternativ härtill (1, 2). Hospice-rörelsens ideologi är inte att hjälpa människor att dö utan att hjälpa dem att förbli levande – i ordets djupaste mening – tills de dör. En ledande princip är att smärtan inför döden inte bara är fysisk utan också psykisk, social och andlig. Endast om alla fyra smärtformerna lindras blir levandet människovärdigt.

Med modern smärtbehandling kan praktiskt taget samtliga bli fria från fysisk smärta och påtagligt opåverkade. Därigenom får de möjlighet att ägna sig åt reflektion, läsning, samvaro och annat som känns viktigt och som de orkar med. Annan symtomlindring har hög prioritet och man använder moderna metoder i individuellt avpassade behandlingsprogram.

Den psykiska smärtan, ångesten för döden, för de efterlevande, för det som förblivit ogjort bemöts med personalens empatiska inställning och vilja att söka orsakerna till ångesten. Särskilt har omvitnats att döende har behov av att förmedla vem de är och vem de har varit under livet, att få tala om sina besvikelser och nederlag, förhoppningar och framgångar. Ett starkt behov finns också att med någon få dela vad de upplever under döendet och sina fantasier om vad som väntar (3). De fundamentala behoven av trygghet, mänsklig kontakt och respekt för sin individualitet beaktas således vid sidan av bästa möjliga fysiska omvårdnad.

Den sociala smärtan – bristen på gemenskap – lindras genom återupptagna och intensifierade kontakter med närstående. Alla, inklusive barn och husdjur, kan komma alla tider på dygnet. Om närstående saknas eller inte orkar med är personalen beredd att gå in i personliga relationer med patienterna. "To comfort is to share". Den andliga smärtan, ofta aktualiserad när döden närmar sig, kan mötas genom samtal med vårdpersonal eller präster, när en sådan önskan uttalas.

Ambition kontra verklighet

De flesta som valt att arbeta med sjuka människor har säkert ambitionen att göra vården mänsklig. Regeringsformen och vårdlagarna kodifierar också allas lika värde och rätt till frihet och respekt för sin mänskliga värdighet. Men vården är ofta fysiskt belastande och psykiskt påfrestande. Hopplöst sjuka och döende människor väcker ångest och otillräcklighetskänslor hos personalen. Man står inte ut och vill komma ifrån men känner samtidigt att man måste göra någonting. När det inte finns bot och trösten inte förslår finns alltid möjlighet till symtomlindring. Opiater i höga doser ger samtidigt smärtlindring, ångestreduktion och medvetandesänkning. Man uppnår därför inte bara symtomfrihet utan bryter också kommunikationen med patienten och slipper höra och bli illa berörd av hans existentiella nöd. Det kan ske med kylig snabbhet ("give him a shot") eller med olust och tvivel. I båda fallen får man själv ångestreduktion genom att rationalisera (dvs. konstruera en för sig själv acceptabel förklaring) sina handlingsmotiv till barmhärtighet och respekt för autonomi. Att avväga den rätta dosen av opiater fordrar inte bara kunskap och erfarenhet utan också medvetenhet om de egna bevekelsegrunderna. Det finns en uppen-

bar risk att en läkare slirar på sina motiv så att smärtlindring till patienten blir ångestlindring för egen del och i sista hand eutanasi.

De ökande kraven på genomströmning, rationalitet och ekonomi i vården kan också förkläs till barmhärtighet och respekt för autonomi. En underström som sjukvårdens personal riskerar att malas ner i är att eutanasi blir ett sätt att tillgodose vårdens ekonomiska krav. Även om det sällan öppet sägs ut innebär eutanasi en taxering av människovärdet i produktiva termer. Människan anses förbrukad och riskerar att bli avlivad som ett djur när hon inte längre bedöms lönsam.

Djur- eller människovänlig vård?

Även om alla människor inte är djurvänner tar de flesta avstånd ifrån eller reagerar med avsky på djurplågeri. Det anses självklart att oskyldiga djur inte skall behöva lida av skador som perversa människor tillfogar dem. Ett skadeskjutet villebråd avlivas för att det skall slippa plågas. Med samma motiv avlivas en skadad tävlingshäst, och ett sjukt, skadat eller ålderskröpligt husdjur. Denna veterinärmedicinska position är allmänt vedertagen. Djurägare som mobiliserar stora resurser för vård av sina fyrbenta vänner betraktas med en blandning av medkänsla, förvåning och ibland indignation för vad de kostar på i form av pengar och engagemang. Vad de egentligen gör är att närma sig den humanmedicinska positionen, att behandla djur som människor.

Den motsatta förflyttningen, från den humanmedicinska till den veterinärmedicinska positionen, att behandla människor som djur, möter anmärkningsvärt nog mer förståelse. Å ena sidan skall människor, lika litet som djur behöva plågas. Människor kan dessutom uttrycka en vilja att dö, snabbt och smärtfritt, och vi vill respektera deras självbestämmande. Utifrån vedertagna etiska principer verkar således eutanasi ha goda argument. Å den andra sidan innebär eutanasi ett negligierande av de genuint mänskliga behoven. Det som är djurvänligt och ytligt sett också människovänligt riskerar att bli omänskligt. Människan reduceras till ett djur när hennes livsvärde inskränks till smärtfrihet och vad som ytligt sett verkar vara autonomi. De psykiska, sociala och andliga behoven, som gör människan till något mer än ett djur förnekas.

Så länge det inte skadar någon annan bör det vara en mänsklig fri- och rättighet att behandla djur som människor. I den långa raden av åtgärder

från den veterinärmedicinska till den humanmedicinska positionen bör man således vid behandlingen av djur ha rätt att flytta sig mer eller mindre långt mot den humanmedicinska positionen. Vid behandling av människor är det däremot ett förnekande av människans värdighet och en reduktion av människovärdet att flytta sig även ett litet stycke mot den veterinärmedicinska positionen.

Referenser

- 1 Saunders CM (red). Den goda döden: om vård av döende cancerpatienter. Stockholm: AWE/Geber, 1980
- 2 Birath G. Det mänskliga i sjukvården. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1981
- 3 Feigenberg L. Terminalvård: en metod för psykologisk vård av döende cancerpatienter. Lund: Liber läromedel, 1977

Eutanasi

En verklighetsflykt?

Johan Holmdahl

På förstasidan i Newsweek kunde man den 14 mars 1988 se Ingrid Frank, som i en trafikolycka brutit nacken och drabbats av en totalförlamning av armar och ben. Inför videokameran dricker hon en dödlig dos cyanid ur ett glas med hjälp av ett sugrör. Ingrid dör inför gående kamera. Detta ses av somliga som exempel på barmhärtighetsdråp eller en värdig död.

Ingrid Frank var 28 år gammal när hon i slutet av sin utbildning till gymnastikdirektör i det dåvarande Västtyskland fick uppleva hur hennes framtidsdrömmar slogs i spillror. Efter två år av totalt beroende beslutade hon sig för att ta sitt eget liv. En 73-årig kvinna från en ”rätten till vår död”-organisation i München försåg Ingrid med det dödande giftet.

På en annan kontinent drygt tjugo år tidigare upplevde en annan ung kvinna en liknande tragedi då hon i skymningen den 30 juli 1967 dök ner i det rödskimrande mörka vattnet i Chesapeake Bay. Huvudet slog hårt mot den steniga botten. Joni Eareckson bröt nacken och en förlamning av armar och ben gjorde henne helt beroende av sin omgivning. Joni kastades obevekligt in i en värld av lidande och förtvivlan. Den då 17-åriga flickan får uppleva hur den nya baddräkten klipps i småbitar på operationsbordet, rumskamraten i respiratorn slutar andas och pojkvännen säger adjö och försvinner – för alltid. Joni kastas mellan hopp och förtvivlan i sin kamp för att komma tillbaka till livet. På ett förunderligt sätt finner hon nya dimensioner i livet. För henne blir inte ett sugrör med ett dödande gift vägen ut ur förtvivlan utan en pensel som hon med hjälp av sin mun lär sig styra över staffliets uppspända duk.

TVå tragedier med många gemensamma nämnare men ändå så olika. Vad är det som gör att vissa väljer döden och andra livet? Är det beroende av typen av lidande och förtvivlan som drabbar den enskilde? Eller kan det vara relaterat till hur den drabbade och/eller omgivningen förhåller sig till lidandet och den som lider?

I en debattartikel i Dagens Nyheter den 8 oktober 1987 med rubriken "Sjukhusens tekniska barbari" framförde Berit Hedeby föreningen "Exits" krav om fri dödshjälp. Jag har full förståelse för Berit Hedebys vanda inför framtidsutsikten att bli offer för "den medicinska teknologins överlevnadsteknik". Jag känner mig själv medskyldig till att vi läkare ibland utvecklat sjukvårdsteknologin på bekostnad av läkekonsten. Med det menar jag att vi förlorat den helhetssyn som innebär att vi inte bara ser människan som en maskin eller ett djur utan som en unik person med fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Vidare tror jag att det medicinska etablissemangets ibland snäva världsbild bidragit till att de för den lidande centrala frågorna "varifrån, varför och varthän" lämnats därhän med förödande konsekvenser. Inte undra på att utbrändhet blir allt vanligare bland oss som är satta att vårda. Utan verkligt hopp står vi där med vårt eget och våra patienters lidande och hopplöshet. Lidande och död verkar alltid ha funnits och ter sig som något vi aldrig kan komma ifrån. Men förhåller det sig verkligen så?

Är det naturligt att dö?

Det kan te sig naturligt att dö då alla organismer, växter, djur och människor, förr eller senare går under. Redan från födelsen börjar vi åldras och kroppen slits undan för undan ner. Hjärnceller dör och några nya bildas inte. Lederna slits, huden blir rynkig, blodkärlen förkalkas och stelnar, lungorna fylls av föroreningar osv.

Trots alternativmedicinens och några religiösa ledares löften om framgång och hälsa bara vi tror rätt måste vi konstatera att verkligheten är en annan. Oavsett vad vi tror. Vi får inte en himmel här på jorden bara för att vi presterar ett visst beteende eller anlitar den senaste terapin. Nej, vi drabbas alla av sjukdom eller olycka och slutligen förmår inte kroppen mer och vi dör. Det är vår lott. Detta faktum tycks inte påverkas av att vi syns mer upptagna än någonsin tidigare med bodybuilding, workout, stretching, hälsokost osv. för att skaffa oss evigt unga kroppar.

Våra ansträngningar till trots står vi alltså maktlösa inför döden. Även om vi kan erbjuda bot vid allt fler sjukdomar så dyker nya upp som t.ex. aids. Även om vi genom transplantationer kan byta ut sjuka organ kan vi inte förhindra åldrandets oåvårliga process.

Har det alltid varit på det viset? Den frågan kan inte vetenskapen med säkerhet besvara. Den vetenskapliga metoden par preference bland naturvetenskaperna går ut på att med all slags teknisk apparatur experimentera och genom upprepade försök utsluta och finna samband och på detta sätt försöka förstå verkligheten. Biologi (läran om livet) och tanatologi (läran om döden) är vetenskaper som studerar och uttalar sig om verkligheten sådan vi kan erfara den med våra sinnen. Biogeni (läran om livets ursprung) och tanatogeni (läran om dödens ursprung) däremot är människans spekulationer om företeelser som ej kan studeras med hjälp av den vetenskapliga metoden. Denna grundläggande och egentligen självklara skillnad måste vi ha klart för oss för att kunna skilja vetenskaplig kunskap från spekulationer och gissningar.

Är det då omöjligt att finna några vetenskapliga svar på dessa fundamentala ursprungsfrågor? Nej, det är det inte. Vi kan om vi förenklar det hela principiellt tänka oss två alternativ: 1) En tidsmaskin som förde en observatör till händelsernas centrum tur och retur och som kunde avge en rapport. 2) En rapportör som levde samtidigt med alltings ursprung och som genom en skriven och till vår tid bevarad rapport förmedlade information som kan besvara dessa fundamentala frågor.

Vad jag vet är det bara i science fiction's världar som man lyckats förverkliga alternativ 1) så då kvarstår endast alternativ 2).

Om vi antar att Gud existerar och att denne Gud är den som skapat hela universum och allt liv så skulle det revolutionera vår syn på kunskap (epistemologi) och naturligtvis borde han kunna ge oss enkel men saklig information, låt vara ej vetenskaplig med noter och referenser, om vårt ursprung och dödens orsaker.

Under en lång tid i västerlandets historia har den Heliga Skrift ansetts vara just den källa till kunskap Gud försett oss med för att vi skall kunna besvara ursprungsfrågorna. Svar som vi inte kan få genom vetenskaplig verksamhet. I Bibelns första kapitel kan vi läsa att Gud skapade universum och livet i olika grundläggande former ur intet (creatio ex nihilo). Död och sjukdom existerade ej från allra första början. Allt var mycket gott.

Genom att människan skapats med fri vilja kunde människan välja att lyda Gud eller ej. Som bekant valde de första människorna det senare och detta ledde bland annat till att död och sjukdom kom in i den tidigare fullkomliga skapelsen. Detta innebär att vår tids mest omfattande uttryck för barmhärtighet nämligen "sjukvårdsapparaten" har ett gudomligt mandat att bekämpa död och sjukdom som något verkligt ont och främmande i den ursprungligen goda skapelsen. Detta innebär dock ej att vi inom sjukvården är satta att ge evigt liv utan vi får alla böja oss för det faktum att liv och död ytterst sett ej ligger i mänsklig hand. Det finns anledning till ödmjukhet och detta förhållningssätt uttrycks väl i devisen på den medicinska fakulteten vid ett franskt universitet: "Läkaren förband såren men Gud helade dem".

Död och sjukdom är således något vi får leva med, men de är inte naturliga i den meningen att de alltid har funnits.

Dela smärtan

Vi läkare har lätt att uppleva det som ett misslyckande att vårda kroniskt sjuka och döende patienter. Vi rycks med i det tänkande som innebär att man får sitt värde utifrån vad man gör och inte vem man är. Då kan det vara frestande att ordinera en dödande dos av någon för ändamålet lämplig substans och åstadkomma en radikal förändring i en för alla inblandade plågsam situation. Det kan till det yttre te sig rationellt och barmhärtigt. Frågan är emellertid om det inte från läkarens sida kan finnas motiv som mer tyder på försvar och en önskan att skydda sig själv från den smärta det oundvikligt innebär att vara nära en kroniskt sjuk eller döende medmänniska. Som Sheila Cassidy (överläkare vid St Lukes Hospice, Plymouth) uttrycker det i sin bok "Sharing the darkness" så innebär vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet i detta läge att **dela** den smärta (fysiskt, psykiskt, socialt och andligt) som patienten upplever.

En läkare som fick frågan av en döende cancerpatient hur lång tid som återstod att leva svarade med spelad optimism: "Det kommer säkert gå bra, du verkar ju mycket piggare nu!" Patienten hade då modet att förmana doktorn och berättade att hon förstod att det ej var ärligt talat. Att läkaren genom detta fick förmånen att lära sig något mycket väsentligt om ärlighet och kroppsspråk kan jag försäkra. Läkaren var jag.

Även om vi inte kan **bota** en patient kan vi **lindra** och **trösta**. Det är inte alltid som injektionsnålar, katetrar och andra tekniska-lösningar är det den döende mest av allt behöver. Ofta kan vi läkare ha en tendens att gömma oss själva och vår egen dödsängest bakom apparater och obegripligt fackspråk. Istället för en nål kanske en utsträckt hand skulle vara den mest adekvata medicinska åtgärden.

”Samtidigt som det kan bli för mycket teknik kan det viktigaste bli helt försummat, nämligen den varma mänskliga vården som även innefattar det vi kallar sjukavård. För att kunna avstå från de medicinska åtgärderna – inte från den riktiga vården – måste man ha mognat så långt att man vågar erkänna och acceptera dödens faktum” (Erik Ewalds, sjukhuspräst, Helsingfors). Detta innebär inte att vi avstår från självklara åtgärder som t.ex. smärtlindring. För att citera Dame Cicely Saunders, en av pionjerna bakom Hospice-rörelsen i England, bör ”en framgångsrik behandling av symptomen skaffa patienten en sådan lindring av de fysiska plågorna att han förmår koncentrera sig på annat. Om vi skall få bukt med den känsla av misslyckande som så lätt präglar stämningen kring döende människor, måste vi få klart för oss vad som är rätta måttet på framgång i denna situation. Den mäts inte främst i vad vi gör utan visar sig framför allt i vad patienten och hans familj förmår då de befinner sig öga mot öga med en fortskridande fysisk försämring. Detta skede kan vara det viktigaste i patientens hela liv, och anden blir ofta starkare och mer individuellt särpräglad när kroppen försvagas”.

Inte bara läkaren utan även patienten kan bakom en fasad dölja de verkliga behoven. Följande fallbeskrivningar får tjäna som illustration. De har förändrats så patienterna ej skall gå att identifiera men innehållet är autentiskt.

En dag fick jag av tjänstgörande sjuksköterska uppmaningen att tala med en patient som önskat få en ”spruta för att dö”. Kvinnan var i femtioårsåldern och hade en tumör som förhindrade normal andning. Hon hade fått en s. k. tracheostomi dvs. en öppning på halsen att andas genom. Eftersom tumören även hindrade normal sväljning var en slang nedlagd till magsäcken för näringstillförsel. Jag kände stor vända och ville först inte gå in till henne. Jag tänkte på vad jag skulle svara och vad som skulle hända mig om jag beviljade kvinnans önskan. Som väl var stod sjuksköterskan på sig och jag satt vid patientens sida. Jag visste inte vad jag skulle säga och tystnaden kändes för mig alltmer plågsam. Till slut började dock kvinnan

berätta om den vända hon upplevde. Oro för hur döden skulle gestalta sig kunde lindras genom samtal och den abstinens hon kände efter ett liv med regelbunden om än måttlig konsumtion av alkohol och tobak kunde behandlas genom tillförsel av önskad dryck i ventrikelsonden och rökning via tracheostomin. Kvinnan blommade upp och ville leva ända in i det sista.

Vid ett annat tillfälle upplevde både patienten och vi runt omkring situationen helt hopplös. Mannen hade en tumör som hade spridit sig till skelettet och patienten fick det allt värre. Trots allt högre doser av smärtlindrande medel och insatser av olika smärtspecialister kunde vi inte bemästra situationen. Så en dag hade något hänt. Trots att vi nu plötsligt kunde minska doserna av morfin mädde mannen allt bättre. Vad hade hänt? Det visade sig så småningom att vi alla s.k. specialister hade missat något väsentligt. Vi hade försökt att lindra existentiell smärta med enbart morfin. Mannen hade under sin sjukdomstid samtalat med en god vän och de hade gemensamt kommit fram till att det fanns mycket av bitterhet och skuld både i de horisontella och i de vertikala relationerna. När mannen förstod att det inte finns något som Gud inte kan förlåta och att det var möjligt att försona sig med de anhöriga steg en hoppets sol upp mitt i den mänskligt sett hopplösa situationen.

Finns det något verkligt hopp?

Österländska religioner talar om reinkarnation med evigt liv i form av ett evigt kretslopp. Utvecklingsläran talar om evolution från enklare till mer komplicerat liv under årmiljoner och möjligtvis evigt liv i form av en avkomma som överlever på grund av sin överlägsenhet i positiva egenskaper.

I litteratur, konst och musik utmålas ofta frustrationer över att allt tycks meningslöst då vi en gång skall dö och sedan ej finnas mer. Sist i raden av protestanter är Per Ahlmark som i sin brevväxling med Georg Klein skrev att ”döden är en förolämpning”.

På samma sätt som vi inledningsvis kunde konstatera att vetenskapen står svarslös inför frågan varifrån, så står vetenskapen utan verktyg att lösa problemet och svara på frågan varthän.

Precis som när det gäller ursprungsfrågorna så ser jag bara två alternativ för att kunna besvara frågan om evigheten: 1) Tidsmaskinen 2) Någon som dött kommer åter till livet och rapporterar. Då jag förutsätter att

ingen ännu har lyckats med tidsmaskinen återstår alternativ 2). Om vi antar att evangelierna ger en korrekt historisk beskrivning av Jesu liv och död så kan vi konstatera att vi har hittat den person vi söker.

Vad jag förstår så dog inte bara Kristus för vår skull för två tusen år sedan, utan han uppstod också kroppsligen och visade sig för mer än 500 personer. På samma sätt säger Jesus att vi skall uppstå till evigt liv. Döden får således inte sista ordet. Det finns ett hopp som står sig bortom döden.

Hemligheten när det gäller att ge ett livsbejakande alternativ till döds-hjälp tycks ligga i insikten att det inte är någon verklig hjälp att döda den som lider utan endast en flykt från verkligheten. Jag vill avsluta med att återknyta till Joni som trots sitt svåra handikapp kunde utvecklas i sitt konstnärskap som författare och målare till glädje inte bara för sin egen familj utan också för människor runt om vår jord som med hennes liv som förebild blivit uppmuntrade och återvunnit modet att leva.

Joni började se lidandet i ett nytt ljus, inte som svårigheter man måste försöka att undvika utan som möjligheter att gripa tag i. Det är min förhoppning att vi som fått förtroendet och förmånen att dela en medmänniskas lidande **inte skall hjälpa någon att dö** utan istället låta oss inspireras av människor som Joni och bidra till att den som lider får **leva så rikt som möjligt** den tid som återstår.

Litteratur

Beck-Friis B, Ewalds E. Förstå mig även nu!: om vård i livets slutskede. Örebro: Libris, 1987

Cassidy S. Sharing The Darkness. London: Darton, Longman & Todd, 1988

Eareckson JJ. Zondervan. Michigan: Grand Rapids, 1976

Ewalds E. Döden som livskvalitet, Herrljunga: Interskrift, 1983

Kreeft PJ. Starkare än döden. Om dödens ansikten och kärlekens makt. Malmö: Kumla: HF's förlag, 1992

Saunders CM. Den goda döden; om vård av döende cancerpatienter. Lund: Stockholm: AWE/Geber, 1980

Döden – en livsfråga

Helge Brattgård

En ung flicka hade gjort ännu ett självmordsförsök. Läkarteamet arbetade en natt för att rädda henne. Då hon på morgonen kom till medvetande blev hennes första ord en tankeställare för många: ”Ni räddar oss från döden men ni hjälper oss inte att leva”.

Vad är eutanasi?

I nutida debatt är begreppet oklart. Det blir därför både missbrukat och misstolkat. Ordet kommer från grekiskan och betyder ordagrant och ursprungligen ”god död”. Från början avsågs därmed åtgärder att med medicinska och andra medel underlätta den döendes avsked från livet. In till mitten av 1800-talet hade begreppet denna sin entydiga och ursprungliga innebörd. I denna debattbok utgår vi ifrån följande definition: eutanasi innebär att en läkare avsiktligt avslutar en svårt sjuk patients liv på dennas begäran. Även om denna definition bidrar till klarhet i den ofta oklara debatten kring detta svåra ämne ger också den från många synpunkter anledning till kritiska aspekter.

Teologisk reflektion

Mitt bidrag till diskussionen i ämnet utgår ifrån en teologisk reflektion, sådan jag finner den grundad i de bibliska texterna och en i stort sett samstämmig kristen tradition. I detta perspektiv är grundförutsättningen för allt tänkande om livets slut, att människans död är något mer än en rent

biologisk avslutning på livet, som kan hanteras med enbart rationella och naturvetenskapliga synsätt. Kristen antropologi betonar vikten av en genomförd helhetssyn på både människan och tillvaron. Den varnar för att i och för sig riktiga delasppekter, inte minst på döden, lätt görs absoluta på andra väsentliga punkters bekostnad. Rubriken på denna uppsats är ett uttryck för en sådan kristen totalsyn. Döden är en livsfråga inte bara i den meningen, att åldrandet börjar samtidigt som livet startar utan i en mer existentiell förståelse. Den argumentering mot eutanasi, som denna uppsats erbjuder, bygger på en teologisk reflektion över döden och dess plats i livet.

Livet som gåta och gåva

Kristen reflektion, som annat tänkande, stannar inför livet som ett mysterium. Många frågor förblir obesvarade i en ofullkomlig tillvaro. Rationella förklaringar och synsätt förslår inte. Öppenhet inför livet som ett mysterium måste få lyfta tanken in mot ödmjuka insikter om våra gränser. Detta gäller också dödens mysterium.

En avgörande utgångspunkt för kristet tänkande kring dödens plats i livet är den bibliska föreställningen om livet som Guds gåva. Därför är livet inte en rättighet, som människan kan göra anspråk på för själviska syften och hantera efter sitt eget begränsade jagintresse. Att leva innebär enligt detta synsätt att utifrån mottaga Guds avsikt med skapelsen av människan var att hon skulle förverkliga hans avbild, dvs. leva sitt liv i utgivande kärlek. Förverkligas detta när människan sin autonomi. Hon förverkligar sig själv. Varken människan själv eller någon annan varelse eller funktion skapar hennes värde. Det vilar enbart i hennes existens och den är Guds gåva. Denna gåva omfattar både det biologiska och det andliga livet, vilket redan nu också innesluter evigt liv.

Då människan inte har självbestämmanderätt över sitt livs början har hon det inte heller över sitt livs slut. ”Min tid står i dina händer” (Ps. 31:16). Trons gudsförtröstan behöver inte rubbas av att medicinsk teknik i profant perspektiv tycks lägga livet i läkares händer. Också deras verksamhet är enligt kristet synsätt ett av många exempel på att Gud fortsätter att vårda sig om sin skapelse, som destruktiva krafter vill bryta ner. ”Visa läkaren aktning för den nytta han gör – även han är ju skapad av Herren – ty från den Högste kommer förmågan att bota. – Men låt också läkaren

göra sitt. – Låt honom inte lämna dig, ty du behöver honom. Ibland ligger en lycklig utgång i läkarnas händer” (Jesu Syraks Vishet 38:1–2, 12–13).

Dödens realitet

Alla inser den biologiska dödens verklighet. Även om mänsklighetens historia vittnar om försök att förtränga tanken på den eller förskjuta reflektionen över den så drabbar den mänskligheten till 100 procent. Ibland har debatten kring döden hamnat i ett falskt alternativ, då man skapat en motsättning mellan biologisk och religiös syn på döden. Kristen tro har alltid tagit den biologiska döden på allvar. Bland litterära texter torde bibeln stå i särklass, när det gäller realistiska skildringar av den biologiska döden. Vad man däremot från kristet håll reagerar emot är föreställningen att döden endast är att förstå som biologiskt fenomen. Den som företräder en sådan uppfattning har lämnat biologin som vetenskap och företräder den som ideologi eller som biologiskt färgad livsåskådning.

Enligt kristet tankesätt ger en sådan uppfattning uttryck för en reducerad människosyn. Biologiserar man döden uppfattar man den principiellt som samma företeelse, när den drabbar människor och djur. Troligen ligger här den avgörande skillnaden mot bibeln. Dess författare inregistrerade samma iakttagelser som vi, nämligen att människor och djur dör på liknande sätt för ett yligt betraktelsesätt. Med stark realism beskriver de bådadera. Men däremot hade de inte en rent biologisk syn på människan. De såg inte människan som en djurart. Därför är döden en annan, när den drabbar människan än när den drabbar djuren. De är inte skapade till Guds avbild och kan inte avkrävas ansvar. Döden får därför, när den drabbar människan, en som bibeln kallar det, tyrannisk karaktär. Den blir ett stycke onatur. Till denna aspekt på döden återkommer jag senare.

Det för människan specifika när det gäller döden är att den är den in-sedda döden. Den är därför kvalitativt skild från det rena avlidandet. Den blir därför för den reflekterande människan en del av livet och inte endast livets slut. Detta betyder något för synen på livstidens avslutning. Den kan inte isoleras till ett jagintresserat beslut, som inte tar hänsyn till hela det sammanhang i vilket ett liv är inställt.

Existentialfilosofin

Döden som en del av livet snarare än livets slut, den tanken har särskilt framhållits av existentialfilosofin, vars främste företrädare är Martin Heidegger. I sitt mest kända arbete, "Sein und Zeit", analyserar han med stor energi den företeelse, som i tysk språkform benämns "Sein zum Tode" och som är svår att översätta till andra språk. Grundtemat är att livet, varat, är bestämt av den icke undanträngda utan medvetet klargjorda situationen, att man skall dö. Forskare som studerat denna filosofi grundligt brukar sammanfatta dess syn på döden så: döden är inte en av många gränssituationer utan själva grundsituationen. Endast i egenskap av biologiskt fenomen är döden slutpunkten på en livssträcka. Avlidandet representerar endast en sida av döden. I vidaste mening är döden ett livsfenomen. I den existentialfilosofiska tankefäran tänkes den egna döden snarast som en nyckel till egentlig existens. När människan går in i den ensamma död som är hennes villkor, frigörs hon från det Heidegger kallar det allmänna "man" och blir sig själv. Det innebär att det är först i döden som hon når sin egentliga identitet. Här har evangeliet ingen plats ty människan har funnit sitt sanna jag i detta sitt inre ensamgörande. Dessa reflektioner har haft stor betydelse för det västerländska tänkandet om döden. De har sitt ursprung inte minst hos Sören Kirkegaard, som dock utvecklat dem i kristet sammanhang. I ett kapitel om eutanasi finner jag det befogat att aktualisera dem. De motverkar på skilda plan den isolering av döden som biologiskt fenomen vid livets slut som jag menar kan vara en risk med eutanasin i den mening begreppet har i detta sammanhang.

Det bibliska perspektivet

Återvänder vi nu till de bibliska tankar om döden som kan vara aktuella i denna uppsats vill jag först erinra om ett intressant användande av dödsbegreppet i Nya Testamentet. I liknelsen om den förlorade sonen (Luk. 15) beskrivs hans situation i det främmande landet som en död mitt i livet. Han lever av bröd allena och därför dör han av bröd allena. Livet reduceras till ett rent vevegeterande. "Min son var död", säger fadern om detta liv på tomgång (Luk. 15:24). Han förbrukades av systemet. Det finns många sätt att döda folk på. Byråkratin är ett av dem. Inte utan effekt har psykoanalytikern Erich Fromm kallat byråkratins väsen för "nekrofil", kärlek till det som är dött. Denna form av död härskar över mänskligheten som

ett välde. Vid ett dödsfall som berättas om i ett av evangelierna kom en son till den bortgångne och sade sig vilja följa Jesus men bad om att först få begrava sin far. Svaret blev: "Låt de döda begrava sina döda" (Matt. 8:22). Sina adressater kan Paulus i brev tilltala med orden: "Ni som var döda genom era överträdelser" (Kol. 2:13). Bristen på kärlek är ett tecken på död i denna betydelse. "Vi vet, att vi har gått över från döden till livet, ty vi älska våra bröder. Den som inte älskar är kvar i döden" (1. Joh. 3:14). Ett starkt uttryck för den svåra situationen att behöva vistas i ett sådant dödens rike finner vi i psalm 88 i Psaltaren, där det bl.a. heter: "Jag är övergiven bland de döda" (v. 6).

Här vidgas perspektivet över döden. Den är inte bara en individs slut på livet utan den kastar sin skugga över livet i dess helhet. Denna tanke fördjupas på andra ställen i Nya Testamentet. Döden betraktas oftast i dessa texter som en universell makt, vars herravälde sträcker sig inte bara genom en människas liv utan genom hela mänsklighetens historia. Framför allt utvecklas dessa tankar av Paulus i Romarbrevet. När Gud betraktas som livets källa betyder den brustna gudsrelationen att döden kommer in i tillvaron som en "fördärvsmakt". Den får herravälde inte bara över människan utan även över hela skapelsen. Kristen tro ser miljöförstörelsen som ett av många exempel på denna makts härjningar, då skogar och vatten dör och fåglarnas sång förstummas. Skapelsen har lagts under "tomhetens välde" och hoppas under otålig väntan på befrielse (Rom. 8:19 ff). Samma villkor gäller inte minst människan. Vi är vana vid att tänka i individualistiska banor, något som skapar svårigheter att förstå det bibliska tänkandet. Detta är genomgående präglad av övergripande historiska perspektiv och utifrån dessa ser man på och förstår de konkreta livssituationerna.

Mot denna bakgrund skall man förstå några bibliska uttryck, som annars lätt misstolkas. Det gäller föreställningen, att döden är en fiende. Ja, det sägs till och med att den är den siste fienden, som skall förintas (1. Kor. 15:26). Det gäller också den ofta återkommande tanken att "döden är syndens lön" (Rom. 6:23). Tillämpas dessa bibeltexter individualistiskt hamnar man i orimliga konsekvenser. Om de däremot ställs in i det nyss nämnda övergripande sammanhanget, kommer den bibliska grundtanken till sin rätt.

Dödshjälpen

Livets Gud vill inte döden. ”Det är inte Gud som har gjort döden, han gläder sig inte åt att liv släcks” (Salomos Vishet 1:12). Centrum i det kristna budskapet är evangeliet om att Gud besekrat döden, när Jesus Kristus, Guds son, går igenom den och på tredje dagen uppstår från de döda. Hans ord vid en av jordens gravar sammanfattar den kristna trons summa: ”Jag är uppståndelsen och livet. Den som tror på mig skall aldrig någonsin dö” (Joh. 11:25 t). För kristen tro är detta den tillförlitliga ”dödshjälpen”. Den är förankrad hos honom, ”som inte skonade sin egen son utan utlämnade honom för att hjälpa oss alla” (Rom. 8:32). Mot bakgrund av dessa tankar skall man förstå de starka uttrycken för att denna hjälp består i att den som tror ”icke skall se döden” (Joh. 8:51, 11:25 f, 5:24; 1. Joh. 3:14).

Samma universella karaktär, som döden har i de bibliska texterna har naturligtvis också den dödshjälp, som innebär dess besegrande. Realistiskt skildras människans situation som en existens i ”dödens skugga” men det talas samtidigt om ”soluppgång” (Luk. 1:79). Vad ljus över griften!

Utifrån den teologiska reflektionen kring döden som en livsfråga vill jag sammanfatta mina argument för min syn på eutanasin.

Autonomiproblemet

Som etisk grundval för eutanasi brukar autonomibegreppet ofta användas. Detta tolkas då som människans rätt att själv avgöra, när hennes liv skall sluta. Redan ur allmän humanistisk synpunkt torde denna tolkning av begreppet kunna ifrågasättas. Den förutsätter en starkt individualistisk människosyn, som inte tillbörligt tar hänsyn till, att varje människa står inställd i ett omfattande socialt sammanhang, i vilket ingår anhöriga, sjukvårdspersonal och i vissa fall även övriga personer med samhällsansvar för denna frågas hantering. Att sätta det egna intresset före alla dessa intressen synes mig vara ett individualistiskt överskattande av den egna självbestämmanderätten.

Den kristna etiken grundar ytterst människans autonomi i hennes gudsförhållande. Hon är helt sig själv och förverkligar sin bestämmelse, när hon lever sitt liv i utgivande kärlek. ”Ty ingen av oss lever för sin egen skull, och ingen dör för sin egen skull. Om vi lever, lever vi för Herren, och om vi dör, dör vi för Herren. Vare sig vi lever eller dör tillhör vi alltså

Herren” (Rom. 14:7 t). Den bibliska tanken kring den egna döden hämtar ingen näring ur en egocentricitet, som låter det egna jaget få sista ordet. Att betrakta sig själv som herre över både sitt liv och sin död framstår som ett orättmätigt anspråk.

Människosyn och gudsuppfattning

Från kristen synpunkt föreligger i detta synsätt ett sammanhang mellan människosyn och gudsuppfattning. Den som är knuten i en falsk självständighet mot Gud blir också knuten i en falsk självständighet mot nästan. Gudsförhållande däremot öppnar för en tillit, som lämnar också livets sista fas i dens händer som gav det. En av lidande hårt prövad gestalt i bibeln har uttryckt detta med orden: ”Herren gav, och Herren tog. Lovat vare Herrens namn” (Job 1:21).

Inom tanatologin har särskild uppmärksamhet ägnats själva döendets process. Man har funnit att de döendes behov måste uppmärksammas. Sker detta händer det inte sällan, att en människa i livets sista fas kan mogna till insikter som hon tidigare inte varit mäktig. Perspektiv öppnar sig och horisonter vidgas. Under detta skede kan det bli tillfälle till djup reflektion över egen och andras identitet, över livets besvikelser och förhoppningar och inte minst tankar kring vad som väntar på andra sidan.

Det vore en förmäten tanke att en enskild individ skulle äga förmågan att avgöra, när möjligheterna till insikt och reflektion är uttömda för honom själv eller för andra. Det hör till människans integritet att ha möjlighet att låta livets resurser ända till slutet få fritt spelrum. Det är sjukvårdens ansvar att erbjuda en sådan fysisk och psykisk omvårdnad av de döende, att dessa ges möjligheter till en värdig död, vilket i detta sammanhang betyder erfarenheter och upplevelser, som endast närheten till döden erbjuder. Det långa avskedets möjligheter kan läkare och vårdpersonal vittna om. Religiös självvård genom tiderna har också en del att berätta om detta. I ett självvårdsbrev av gammalt datum kan man läsa: ”Ty för mig är livet Kristus och döden en vinning” (Fil. 1:21).

Den hastiga döden

Eutanasin aktualiserar också tankar kring den hastiga döden. Intervjuer med dagens jäktade människor bekräftar att många önskar sig en snabb

död. Bakom denna förhoppning kan dölja sig många olika funderingar och värderingar, som här inte kan analyseras. Det är för mig angeläget att betona, att denna begäran inte är gammal. I äldre tider var man angelägen om att möta döden beredd och låta den få sin tid. Den oförutsedda döden var ett problem. Det finns en litteratur från medeltiden och framåt som sysslar med "ars moriendi", konsten att dö. Här är det inte frågan om konsten att låta människor hastigt dö på egen begäran. Avsikten är i stället att låta människor upptäcka att hanterandet av dödens sista fas är något av en konst, som öppnar för många gånger oanade och oväntade erfarenheter. I en nyligen publicerad framställning om lidandets mening, står några rader, som också kan tillämpas på döden: "I den sköna nya världen tillåts ingen att mogna därför att allt som är svårt och gör ont omedelbart röjs undan – inte så att problem löses och människor lär sig att uthärda lidande utan genom att det öppnas flyktvägar i övermått" (Inge Jonsson).

En erfaren gammal kvinna talade otåligt med sin läkare om sin intensiva önskan att snabbt få dö. Hans svar är tänkvärt: "Det är kanske något mer som du skall få uträtta, innan du går".

På egen begäran

Det finns genom tiderna många exempel på människor, som frivilligt låtit sig dödas. Bakom beslutet har legat ett uppoffrande samtycke. Man har gått i döden för att rädda någon annan eller för en ide, som man ansett värdefullare än sitt eget liv. Så var och är alltjämt fallet med kyrkans martyrer men också med många andra, som gett sitt liv för en sak de trodde på. Det gemensamma för en död i frivillighet i denna mening är osjälvisheten, den utgivande kärleken. I dessa fall kan frivilligheten knappast ifrågasättas. I ett kristet perspektiv är det främsta exemplet på sådan frivillig död för att rädda andra Jesu död. Frestelser att gå en lindrigare väg saknades inte (Matt. 16:21 ff.). Segrande gick han genom dem och mötte döden i alla dess gestalter (Hebr. 4:15). Hans sju sista ord på korset ger djupdimension åt vad som kan hända under döendet inte bara hos den döende själv utan i relationerna till omgivningen (Matt. 27:32 med parallellstäl- len). Detta skeende har ju också konsten skildrat, inte minst de stora kompositörerna. Vad skulle ha hänt om Jesus erbjudits eutanasi, är en fråga som möjligen kan ställas. Kan man på sådant sätt undvika via dolorosa?

Den frivillighet som hör samman med eutanasi är av annan karaktär. Avsikten med den är att tillgodose ett individualistiskt egenintresse. Man torde också med skäl kunna fråga sig, om inte en sådan begäran snarare kan vara ett uttryck för inre bundenhet.

Smärtan

Som ett argument för eutanasi har anförts den svåra smärtan. I en tid då man inte hade tillgång till vår tids smärtlindring kan ett sådant argument förefalla rimligt ur både humanistisk och teologisk synpunkt. Med hänvisning till vad som sägs i denna boks inledning om smärtlindring (se också inledningens referens nr 9 och 10) torde man kunna säga att detta argument förlorat sin tyngd. En enig expertis menar, att den vård som inte rår på smärtan har visat bristande kompetens. Avlägsnar man den svåra smärtan kan patienten få tid och möjlighet att bearbeta de existentiella frågor som vid livets definitiva slut gärna blir personligt angelägna.

Sorgarbetet

Efter ett med professionell hjälp utfört dödande av en människa på hennes egen begäran får man, som vid alla dödsfall, räkna med ett sorgarbete hos andra människor. Den expertis på detta område som jag tillfrågat har sagt att de inte känner till några analyser av vetenskaplig karaktär beträffande sorgarbete efter eutanasi. Till en seriös diskussion om eutanasin hör också ett uppmärksammande av det som händer anhöriga och ansvariga, i sorgen och saknaden efter den som lämnat dem i en död som denna. Erfarenheterna av sorgarbete vittnar om att just den karaktär döden haft spelar en stor roll i bearbetandet av sorgprocessen.

Slutreflektioner

De argument som framförts för eutanasi grundar sig på ett för mig individualiserat och jagintresserat autonomibegrepp, som jag finner ohållbart utifrån både allmänt humanistiska och teologiska utgångspunkter. De förutsätter enligt min bedömning en reducerad människosyn, som inte tillbörligt tar hänsyn till det sammanhang i vilket ett människoliv är inställt.

Utifrån rent teologiska synpunkter måste livet ses som en gåva människan fått ta emot. Livets slut ligger därför i Givarens händer.

Både en legaliserad och en tolererad eutanasi öppnar för ett skeende, som man inte kan behärska. Risken för den s.k. strömhoppseffekten är uppenbar. Hjälp till en ”god död” erbjuds av en sjukvård som låter döendet skapa möjligheter för varje individs utveckling. Det torde inte vara rimligt att hävda, att en enskild individ kan avgöra när dessa möjligheter är uttömda.

Litteratur

Becker E. Dödens problem. Stockholm: Lindqvist, 1975

Beinert W. Krankheit zum Tod und menschliche Schuld. In: *Creatio ex amore*. Herausgeber Thomas Franke, Echter s. 233

Bengtson BE. Liv till döds – död till liv. I: Tala om döden. Stockholm: Diakonistyreisens förlag, 1967

Brattgård H. Dödens nya ansikte. I: Tala om döden. Stockholm: Diakonistyreisens förlag, 1967

Brattgård H. Vad ljus över griften. I: Tala om döden. Stockholm: Diakonistyreisens förlag, 1967

Feigenberg L. Terminalvård: en metod för psykologisk vård av döende cancerpatienter. Lund: Liber Läromedel, 1977

Feigenberg L. Döden i sjukvården. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsovård, 1972. (Sfph:s monografiserie 3)

Hampe J.C. Sterben ist doch ganz anders: Erfahrungen mit dem eigenen Tod. Stuttgart: Kreuz Verlag, 1975

Heidegger M. Varat och tiden I–II (översättning: Richard Matz). Lund: Doxa, 1981

Kallenberg K. (red). Lidandets mening: individuella och samhälleliga strategier: en essäsamling. Stockholm: Natur och Kultur, 1992

Kloster IM. Sorg – Omsorg – Sjelesorg. Oslo: Universitetsförlaget, 1975

Lepp I. Människan inför dödens mysterium. Lund: H. Ohlsson, 1974

Rahner K. Zur Theologie des Todes. Freiburg: Herder, 1958

Tanatos. In: Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament Herausgeber G. Kittel. Band III:7 ff

Wingren G. Skapelsen och lagen. Lund: Gleerups, 1958

Vem skall bestämma om den värdiga döden?

Bo Holmberg

Hur skall samhället förhålla sig till situationer där människor kan dö med outhärdlig smärta och i känsla av ovärdighet inför sin omvärld? Uppstår sådana situationer eller har sjukvården löst problemet med fullgod smärtlindring i vårt land? Jag väljer att diskutera den frågan utifrån två perspektiv – dels från individens situation och dels i politik- eller samhällsperspektivet

Individperspektivet

Under min tid som landstingspolitiker i Västernorrland gjorde jag flera besök på sjukhus och sjukhem. Jag har många ljusa minnen från besöken. Sjukvårdens framsteg och personalens engagemang i sina patienter blev oftast de dominerande minnesbilderna. Men från några nattliga besök minns jag också skrik av smärta. De förstärktes i den halvmörka sjukhuskorridoren. Nattsköterskan kom och patientens smärta eller ångest skulle lindras. Jag frågade mig själv om hjälpen räckte eller om några förblev ensamma med sitt svåra lidande.

Denna frågeställning och osäkerhet har hängt kvar inombords. Och osäkerheten har stegrats med åren. Kan jag lita på att den senaste kunskapen om smärtlindring klarar alla situationer av outhärdlig smärta? Och tillämpas den bästa smärtlindringen överallt? I dag får jag inte tillfredsställande svar på de här frågorna.

En annan fråga är om sjukvårdspersonalen tror på mig och respekterar min egen upplevelse av situationen? Det finns en risk att röntgenbilden eller provanalysen inte säger hela sanningen om min situation. På vems sida ställer sig då doktorn – på teoretiskt bevisad kunskap eller på min vardagskunskap?

De här osäkerheterna får mig att fullt ut vilja bestämma över mitt eget liv och min egen död. Jag kan inte helt lita till att sjukvården förstår och hjälper mig i en svår situation. Det är denna känsla som vägleder mig att för egen del vilja ha sjukvårdens hjälp till en värdig död – om jag skulle hamna i en sådan belägenhet.

Samhällsperspektivet

I samhällsperspektivet intar jag ett annat förhållningssätt till eutanasi. Jag vill inte som socialdemokratisk politiker förordas lagstöd för eutanasi i Sverige. Frågan väcker blandade reaktioner i befolkningen och opinionen är splittrad.

Den här klivna inställningen delar jag med flera personer. Jag har talat med några aktiva personer inom förvaltning, näringsliv och politik. De ville också för egen del ha rätt till eutanasi. Men att legalisera denna ordning är man emot.

Jag tror att oron kan sökas i risken för missbruk. Vem eller vilka kan egentligen hantera så stora och svåra frågor? Det verkar farligt. Det kan också uppstå s. k. gråzoner och därmed misstag. Ungefär så går diskussionerna. Misstag kan allmänheten acceptera, men knappast i frågor om liv och död.

Möjligtvis ligger också nazismens illdåd och folk mord för nära i tiden. I den tidigare debatten om dödshjälp var nog sådana kopplingar starkare än i dag.

På ett socialdemokratiskt seminarium om socialpolitik träffade jag för en tid sedan Rolf Karlsson. Han är handikappad och rullstolsbunden. Han är också författare till boken "Det gäller livet", utgiven av "Pockettidningen R". Han berättade en historia från det verkliga livet. Norrlänningar håller sig ibland med ordkombinationen att knappen är "oi" eller att jag ogärna sjunger etc. Rolf Karlsson erinrade sig att han vid ett tillfälle fått höra kommentaren: "Vad du är ofärdig." På kvällen sade Rolf till sig själv: "Tänk vad bra att man ännu är ofärdig som människa". Han får inte

sin syn på människovärdet att stämma med en lagfäst rätt till eutanasi – risken för ”de ofärdiga” syns honom för stor.

Här finns också invändningar från rådets teologer. Det gäller den bibliska föreställningen om livet som Guds gåva. Den religiösa tron kan inte förenas med eutanasi.

Alla de här olika invändningarna mot ett lagstöd för eutanasi fordrar respekt. På grund av de särskilda känslor som väcks till liv blir det svårt att inta ett neutralt förhållningssätt till själva sakfrågan. Diskussionen startar inte från noll.

För mig är dagens tidsanda ett annat hinder. Vi lever i en tid där pengar och marknad hyllas på ett sätt som väcker oro. Först kommer marknadens krav, därefter nationens och längst ned solidaritetens och människans.

Sven Lindqvist har nyligen kommit ut med boken ”Utrota varenda jävel”. Där återges citat från ekonomiska tänkare. Jag tycker att det finns risker för människovärdet när ekonomin tenderar att bli hela livets måttstock.

Det är ett tidens tecken att nationalekonomer vill vägleda politiker till stora ekonomiska neddragningar i välfärden utan att resonera om konsekvenserna gentemot människorna. Sverige har världens äldsta befolkning. Och andelen äldre-äldre växer ytterligare under 1990-talet. Kan man då drastiskt sänka skattetrycket och samtidigt klara vård och omsorger till allt fler äldre?

Jag tror inte det är möjligt. De ledande nationalekonomerna predikar motsatt budskap. Att i den här tidsandan med skärpta krav på effektivitet och prioriteringar i vården förorda lagfäst eutanasi känns helt fel.

Många svåra vägval har gjorts mellan individens frihetskrav och samhällets hänsyn till det gemensamma bästa. Detta lär oss den politiska historien. För mig är tillvaron inte en fråga om antingen individen eller samhället. Det handlar om både individ och samhälle, om både frihet och demokrati. Alltså en sammanvägning av var för sig berättigade och intellektuellt hållbara ståndpunkter. Det är i ständiga avvägningar mellan frihet och det gemensamma bästa som vår lagstiftning och vårt samhälle formas. Det är folkstyrets grannliga uppgift.

Det är dock ett mycket svårt beslut för ett samhälle att i sin rättsordning förhindra att en svårt sjuk människa – med outhärdlig smärta och mot hennes vilja – hålls vid liv. Därför måste sjukvården med större kraft och allvar hävda den mänskliga dimensionen i livets slutskede. Det gäller

smärtlindring. Det gäller valet mellan vård i hemmet och på sjukhus. Det gäller också valet av behandlingsmetoder – där svåra operationer behöver avvägas mot andra behandlingsformer med mindre smärta under återstående tid i livet.

Både smärtlindringen och sjukvårdens demokratiska förhållningssätt till patienterna kan utvecklas till det bättre.

Med den fortsatta medicinsk-tekniska utvecklingen och dess möjligheter till livsuppehållande behandlingar är det viktigt med fortsatt debatt om individens rätt till en värdig död. Det är angeläget med öppen debatt också i svåra frågor. Alla vinner på att pröva hållbarheten i sina argument.

Hjälp att leva

Barbro Carlsson

Det är med sorg och med ett starkt inre motstånd som jag ger mig i kast med att återigen skriva ett inlägg i debatten om eutanasi. Sorgen handlar om att mitt värde som människa så många gånger berörts och ifrågasatts i den diskussion om dödshjälp som förts genom åren. Motstånd på grund av rädsla för att en ny debattskrift – med aldrig så seriösa förtecken om en förutsättningslös diskussion – på nytt skall aktualisera frågan om legalisering av eutanasi, dvs. att en läkare avsiktligt avslutar en svårt sjuk patients liv på dennas begäran. För mig är ett avståndstagande till dödshjälp självklart, nödvändigt och omutligt. Mina viktigaste skäl för detta skall jag försöka redovisa här.

Den lindring i smärta, den vård och omsorg vi alla behöver i livets slutskede är för mig en självklar del i en given livshjälp. Att den ges har jag nyligen fått erfara genom min mors sista livstid och död. Gammal, svårt förvirrad och med stor integritet dog hon på ett av våra mentalsjukhus som håller på att avvecklas. Det var där hon fick den värdighet i omvårdnad, den tröst och värme som utredningsrapporterna om vård i livets slutskede har skrivit om. Jag vet att detta inte berodde på en tillfällighet utan på en personal som medvetet och tillsammans utvecklat sin inlevelseförmåga och sitt inkännande med respekt för varje människa, för hennes liv och värde. Mina erfarenheter av min mors sista livsår och död visar att en gammal människas slutliga nedbrytning och döende kan vändas till något ljus och hoppfullt när människor som vårdar har tillräcklig insikt för att se varje människas möjligheter till livets slut. Om vi ger vården det stöd som behövs för att utveckla en sådan hållning tar vi udden av några av de

vanligast förekommande argumenten för dödshjälp. Min erfarenhet och andras ger hopp om en utveckling inom vården som innebär ökad medvetenhet om existentiella frågor.

Jag upplever det från etiskt synpunkt omöjligt att läkare skulle kunna få till uppgift att döda, att sjukvården skulle medverka till en handling motsatt syftet att lindra och bota. Även om ingen undersökning gjorts av hur allmänhetens förtroende för sjukvården påverkas så innebär det med all sannolikhet för oss som lever med varaktiga funktionsnedsättningar att vårt förtroende ytterligare kommer att minska. Vi är redan nu ständigt rädda för att bli bortprioriterade, att inte räknas med när vi behöver anlita sjukvården. Vittnesmålen om detta är många.

Mitt avståndstagande till legalisering och tillämpning av dödshjälp har också i första hand kommit att handla om det hot som finns inrymt däri mot människors liv och värde och särskilt då för människor som lever med varaktiga handikapp och sjukdomar.

I debatten om dödshjälp ställs ofta frågan: Om jag som individ vill dö, varför skall jag då inte få hjälp att dö? Mitt val behöver ju inte påverka situationen för andra som inte vill ha hjälp att dö.

Detta låter bestickande och enkelt om man som individ enbart utgår ifrån sig själv, sina egna önskningar och behov. Detta synsätt är också lätt att få gehör för särskilt i perioder med en samhällsutveckling där individualism och självuppfyllelse är för handen. Man kan heller inte utan vidare avfärda det samband som visar sig i att frågan om eutanasi så envist återkommer i orostider med tal om kriser i ekonomin, med åtstramning och sparbetning i våra offentliga utgifter. Det finns inga entydiga förklaringar till detta. En medverkande förklaring kan vara den allmänna oro och det kristänkande som då får grepp om människor.

Sådana samband brukar i regel förnekas av de debattörer som ser frågan om dödshjälp som enbart en strängt individuell fråga, en fråga om självbestämmande. Jag kan inte se det så. Frågan är mera sammansatt med samhällsutveckling och därmed sammanhängande människosyn som givna komponenter.

För mig är det också omöjligt att göra en sådan avgränsning till det strängt individuella, eftersom jag är övertygad om att när vi ökar den individuella friheten för några så riskerar vi samtidigt att begränsa den för många andra vars frihet inte är eller kan bli lika stor. Det som är en frihet för några kan bli ett outtalat tvång för andra. Eller som den norska socio-

logen Kari Martinsen uttryckt det: ”Den andres beroende sätter ramarna för min frihet.”

Skall man göra frågan om dödshjälp till en uttalat individuell fråga måste man således klara konststycket att avskärma sig från närmaste omgivning och från verkningarna på sikt. För mig handlar det ytterst om att vi inte kan värna den individuella friheten så att vi riskerar att förlora bärande värden som solidaritet och humanism. Att leva med och utveckla ett humanistiskt förhållningssätt är svårt. Det innebär att vi ställs inför dilemman som vi måste lösa utan regelverk

Med detta har jag inte sagt att jag inte förstår och respekterar den rädsla och ångest som finns för att dö och särskilt för att dö med smärta. Den delar jag. Men jag kan inte dela en hållning där vi kanaliserar vår rädsla för döendet till en individuell fråga om dödshjälp. Det är då det blir farligt för människor som lever mera utsatt och villkorligt än andra. Ett förenklat förhållningssätt till frågan om hjälpen att dö riskerar att ta överhand och minska intresset för hjälpen att leva.

Jag har försökt att följa den debatt om dödshjälp som förts under åren i böcker, tidningar och tidskrifter och sett hur den speglar de värderingar som råder. Den syn på människans livsvärde och rätt att leva som förespråkarna för eutanasi ofta har, handlar om att livet inte är värt att leva om man inte kan klara sig själv eller kan föra sin egen talan. Ofta är debattörerna distanserade och talar om sjuka och handikappade människor som vårdpaket och kollin. Livsvärdet betraktas som avhängigt vissa yttre egenskaper hos människan. Eftersom det samtidigt uppfattas som en gång för alla givet kan man också för framtiden ange att man inte vill leva utan de värden som man vid en viss tidpunkt i livet bestämt vara omistliga. Liv värderas och ställs mot varandra. Det talas om meningsfulla och värdiga liv i motsats till andra som betecknas som meningslösa och ovärdiga.

De föreställningar som finns om att bli gammal, sjuk och handikappad förstärks i ett samhälle där vi mäter livskvalitet med nyttans och framgångens måttstock. Det är då lätt att låta olikheter i våra yttre egenskaper och förutsättningar ta överhanden i stället för att ta fasta på det som är gemensamt för oss alla; att vi är människor.

Eftersom dessa föreställningar om vad som är ett värdigt liv finns och också har sin grogrund i ett samhälle som är starkt nytto- och konkurrensinriktat menar jag att dödshjälp reglerad och sanktionerad av detta samhälle måste avvisas. Att säga ja till dödshjälp om än med stora förbehåll

och restriktioner är att ge upp inte bara i medicinskt hänseende utan framför allt socialt och kulturellt.

Det skulle betyda att handikappade och långvarigt sjuka människors situation blir ändå mera pressad och villkorlig. Ju mer beroende en människa är av andra desto mer utsatt blir hon för omgivningens outtalade värderingar och förväntningar. I ett samhälle där vi ofta påminns om att det är viktigt att vara ung, frisk och framgångsrik är det lätt att känna sig ifrågasatt och vägd på våg. När andra ser ner på ditt liv börjar du också själv att undervärdera det. Att bli värderad kan kännas som att bli utsatt för andras prövning utan att ha möjlighet att påverka den. När värderingen gäller själva livet, själva existensberättigandet, rätten att leva, kan den få en ohygglig genomslagskraft. Det är i det läget du kanske ber att få dö därför att du inte vill ligga andra till last.

Mot de risker för människors liv och värde och den uppgivenhet som dödshjälp innebär vill jag fortsätta att hävda att rätten till liv behöver värnas framför rätten att dö. När människor med svåra funktionsnedsättningar ibland i förtvivlan talar om att dö ser jag det främst som rop på hjälp att leva.

Litteratur

Det gäller livet. Pockettidningen R 1991; nr 1

Ofstad H. Vårt förakt för svaghet. Stockholm: Prisma 1979

Ofstad H. Vi kan ändra världen. Stockholm: Prisma 1987

Livsboken. (Ofstad m.fl.) Gidlunds 1980

Martinsen K. En moralfilosofisk och socialpolitisk förståelse av omsorgsbegreppet. Ergoterapeuten 1988; nr 3

Den svåra gränsen

Om eutanasi, dubbla avsikter och effekter

Göran Hermerén

Inledning

Vid ett tillfälligt besök i Uppsala för några år sedan gick jag längs Fyrisån och mötte då en vän sedan lång tid tillbaka. Hans fru hade nyligen dött i en svår sjukdom, och han berättade om hennes sista tid.

Hon kunde ha avlidit för flera månader sedan, men läkarna satte (trots de anhörigas protester) in intensivvårdens alla resurser och lyckades rädda henne till livet – och förlängde därmed hennes svåra lidande i flera månader. Han var fortfarande upprörd över detta. Händelsen låg då alltför nära i tiden för att han skulle orka skriva om det, sade han; men någon gång skulle han göra det.

Jag har tänkt på detta samtal många gånger sedan dess. Borde läkarna underlåtit att sätta in livsuppehållande behandling? Hade det rentav varit moraliskt försvarbart att hjälpa den svårt lidande patienten över gränsen?

För att kunna bilda sig en välgrundad uppfattning om just detta fall räcker naturligtvis inte ett sådant samtal. Man måste studera journaler, ta reda på fakta så långt möjligt, och tala med de berörda. Det är ändå svårt att bli oberörd av en sådan skildring av vården i livets slutskede. Döden är ett av livets grundfakta, och hur förhåller man sig existentiellt till den?

Dessa frågor är svåra. Det finns naturligtvis en risk för att man då kommer att ta ställning till problemen bara på känslomässig grund. Därför kan det också finnas en plats för begreppsanalys, i synnerhet som det på detta område finns många besläktade och likartade situationer som bör behand-

las och bedömas olika. Små begreppsliga skillnader kan ha stora moraliska konsekvenser.

Inledningsvis vill jag understryka att debatten kring dödshjälp aktualiserar en rad svåra principiella frågor. Det är kanske därför denna fråga fått en allt större uppmärksamhet under senare år. Intensivvårdens framsteg, som gör det möjligt att förlänga livet (och därmed ibland också lidandet), har givetvis också bidragit till detta.

Till skillnad från de andra författarna i denna skrift har jag inte sett som min huvudsakliga uppgift att argumentera för ett ställningstagande till någon tes om dödshjälp utan att renodla och diskutera en viktig (och enligt min mening central) aspekt av problematiken. Mina egna värderingar finns självklart i bakgrunden, bland annat eftersom en kritisk granskning av de åsikter jag diskuterar har haft en stor betydelse för mitt eget ställningstagande.

För egen del skulle jag vilja slippa meningslöst lidande och få en värdig död. Har jag uttryckt denna vilja för mina anhöriga eller för läkarna, skulle jag också önska att den respekterades.

Anser man att självbestämmandeprincipen är viktig, vilket jag gör, är det naturligt att intaga en sådan ståndpunkt.

Att man anser att det inte finns några avgörande principiella etiska hinder mot vissa former av dödshjälp är inte detsamma som att man har en positiv inställning till dödshjälp i största allmänhet. En positiv inställning till dödshjälp i vissa individuella fall betyder för övrigt inte att man även anser att dödshjälp skall legaliseras. Det senare är ett juridiskt problem som det kan finnas många andra aspekter på än rent etiska.

En aspekt som inte får glömmas bort i sammanhanget är vårdpersonals rätt till autonomi (självbestämmande). Deras eventuella önskan att slippa medverka i dödshjälp måste respekteras, i varje fall om man ansluter sig till en demokratisk och humanistisk människosyn. Om man skulle överväga att tillåta dödshjälp, bör därför ett system med sarnvetsklausul införas.

En allmän förutsättning som jag gör i det följande är att det är önskvärt att så långt som möjligt försöka föra ett rationellt samtal om dessa svåra frågor. Det kan hända att detta inte går utan att man till slut finner att olika personer eller grupper har inte bara olika utan också oförenliga moraliska intuitioner. Men då har man åtminstone upptäckt var gränserna för den rationella dialogen går, vilket ju också är ett resultat.

Att hänvisa till olika intuitioner är att ge upp ur filosofisk synpunkt, och det är möjligt att man så småningom tvingas till det. Men först bör man alltså försöka se hur långt ett rationellt samtal leder.

Många problem

Förutom etiska aspekter på dödshjälp finns det begreppsliga, juridiska, praktiska, religiösa, historiska och politiska aspekter på denna fråga. Dessa olika aspekter kan sedan i sin tur preciseras ytterligare.

Till de begreppsliga hör givetvis uppgiften att definiera dödshjälp, att skilja mellan olika former av dödshjälp, och att kritiskt granska t.ex. den vanliga distinktionen mellan aktiv och passiv dödshjälp. Till de juridiska räknas: går dödshjälp att förena med nuvarande lagstiftning? Vilka paragrafer i exempelvis brottsbalken måste eventuellt ändras, om dödshjälp skulle tillåtas?

Till de mer praktiska frågorna i detta sammanhang hör: Vem skall utföra dödshjälp, om detta skulle tillåtas? Hur skall dödshjälp rent konkret gå till? På vilket sätt skulle läkarrollen komma att ändras? Hur skulle utbildningen av läkare behöva förändras? Vilka svårigheter skulle andra kategorier av vårdpersonal ställas inför?

Den ökande internationaliseringen gör att våra samhällen blir alltmer mångkulturella. Mot den bakgrunden kan det också vara intressant att jämföra hur olika religiösa samfund ställer sig till eutanasi och medhjälp till självmord, och hur de motiverar sina ställningstaganden (vilket Courtney Campbell nyligen undersökt). Till de historiska hör slutligen: vilka former av dödshjälp har förekommit i skilda kulturer? Under vilka omständigheter? etc.

Dessa juridiska, praktiska, religiösa och historiska frågor skall dock inte diskuteras här. Inte heller skall jag argumentera för eller emot någon tes om att dödshjälp bör införas i vårt land nu, exempelvis någon av terna

dödshjälp bör generellt legaliseras

dödshjälp bör generellt tolereras

dödshjälp bör legaliseras under vissa förutsättningar

dödshjälp bör tolereras under vissa förutsättningar

det finns inga principiella etiska invändningar mot dödshjälp
det finns inga avgörande etiska invändningar mot dödshjälp

eller deras motsatser.

Syftet

Mitt syfte är i stället att granska några versioner av en doktrin som spelar en viktig roll i debatten för och emot dödshjälp. Därmed hoppas jag bidra med synpunkter för den som vill bilda sig en egen uppfattning när det gäller att ta ställning till någon av teserna ovan. Dessa teser kan också preciseras genom att man i varje särskilt fall anger om eutanasin sker på patientens begäran, om patientens vilja är okänd eller om eutanasin sker i strid med patientens vilja, respektive om det gäller aktiv eller passiv eutanasi. Det är en brist i debatten om dödshjälp att man sällan tagit sig tid att precisera vilken eller vilka teser man accepterar eller förkastar (eftersom man mycket väl kan godta vissa av dessa teser och förkasta andra).

Ställningstagandet till dessa olika teser är självfallet inte en vetenskaplig fråga, som endast läkare eller andra vetenskapsmän får yttra sig om. Problemen är moraliska eller etiska, och här får inte bara författare, filosofer och etiker uttala sig och motivera sina ståndpunkter, utan varje människa har rätt att ha en åsikt, framföra och motivera den. Vetenskapliga frågor kan däremot aktualiseras i samband med granskningen av hållbarheten i en del av argumenten. Saknas kunskaper och metoder som gör effektiv smärtlindring möjlig för alla patienter och alla sjukdomstillstånd? Eller finns dessa kunskaper hos specialister, men tillämpas de inte t.ex. på grund av brist på resurser, oföretagsamhet, okunnighet hos dem som inte är specialister, eller av andra skäl?

Det finns en lång rad skäl för och emot dessa teser, som jag inte tar upp här men som diskuteras i övriga bidrag till denna bok. Den åsikt som jag skall diskutera kan sammanfattas på följande sätt:

AVSIKTSDOKTRINEN. Om avsikten med läkarens insats är att förkorta patientens liv, bör denna inte tillåtas. Däremot kan/bör insatsen tillåtas, om avsikten är att lindra patientens lidande.

Denna doktrin – jämför principen att ”ingrepp eller åtgärder, vars syfte är att orsaka en patients död, aldrig får användas” (Socialstyrelsen) – bygger

på antagandet att det är möjligt att skilja tillräckligt skarpt mellan olika sorters avsikter.

Jag skall också diskutera en variant av detta argument (som erhålles genom att "avsikten är" byts ut mot "effekten blir" i argumentet ovan):

EFFEKTDOKTRINEN. Om effekten av läkarens insats blir att patientens liv förkortas, bör denna inte tillåtas. Däremot kan/bör insatsen tillåtas, om effekten blir att patientens lidande lindras.

Detta antagande bygger på motsvarande sätt på att det går att klart hålla isär två olika slags effekter av en och samma handling. Framför allt vill jag ta upp några av de förutsättningar dessa antaganden bygger på till debatt.

Relationerna mellan avsikts- och effektdoktrinerna och teserna om dödshjälp är inte helt klara. Men att de är relevanta för ställningstagandet i sakfrågan är ju ganska uppenbart. Godtar man t.ex. avsiktsdoktrinen, ligger det nära till hands att säga nej till i varje fall alla former av aktiv dödshjälp. Är man kritisk mot dessa doktriner eller antaganden, öppnas möjligheter till ett annat ställningstagande.

Det kan vara frestande att utnyttja något av dessa antaganden när man skall handla i situationer där olika plikter, principer eller värden kolliderar, eller när man skall bedöma vad som är moraliskt försvarbart att göra i sådana konflikter. När frågor om dödshjälp diskuteras, är det uppenbart att sådana konflikter föreligger, främst kanske mellan kraven att inte skada (tolkat som ett krav att skydda, bevara och förlänga liv) och kravet att göra gott (tolkat som ett krav att lindra smärta).

Man kan tycka att på det teoretiska planet håller avsiktsdoktrinen i den meningen att det är en knivskarp och lättförståelig skillnad mellan syftet att försöka rädda patientens liv, syftet att lindra patientens smärta och syftet att förkorta patientens liv. Däremot kan det på det praktiska planet bli en oklar skillnad i den meningen att en patient kan behandlas på samma sätt i de olika fallen, och att man alltså inte genom att observera hur patienten behandlas kan avgöra vilken situation det är frågan om, och om det är fråga om någon form av dödshjälp eller inte. Men håller avsiktsdoktrinen även på det teoretiska planet? Det är en av de frågor jag vill diskutera i detta bidrag.

Avsiktsdoktrinen bygger på en förutsättning, som grovt kan formuleras på följande sätt:

(a) *Dubbla avsikter*. Anta att en bestämd handling gjorts med flera olika avsikter. När denna handling skall bedömas moraliskt, är det emellertid bara vissa av dessa avsikter man skall ta hänsyn till. Dessa kallas de moraliskt relevanta avsikterna.

På motsvarande sätt bygger effektdoktrinen på förutsättningen:

(b) *Dubbla effekter*. Anta att en bestämd handling har flera olika effekter. När denna handling skall bedömas moraliskt, är det emellertid bara vissa av dessa effekter man skall ta hänsyn till. Dessa kallas de moraliskt relevanta effekterna.

Principerna (a) och (b) behöver givetvis sedan kompletteras med svar på frågan hur man skiljer mellan moraliskt relevanta avsikter respektive effekter. En viktig omständighet, som jag återkommer till senare, är uppenbarligen i vilken utsträckning den handlande har insikt i följderna av sina handlingar.

Det finns både enkla och teoretiskt genomarbetade former av dessa två principer. Enligt de enkla formerna gör man ingen kvalitativ skillnad mellan olika avsikter respektive effekter. Enligt de mer raffinerade och intressanta formerna av dessa argument skiljer man inte bara kvantitativt utan också kvalitativt mellan olika avsikter och effekter.

Inom juridiken finns exempel på sådana mer sofistikerade varianter av dessa argument. I juridiken skiljer man sålunda mellan direkt, indirekt och eventuellt uppsåt. Men även inom exempelvis katolsk moralteologi skiljer man på analogt sätt mellan direkta effekter och sidoeffekter, mellan avsiktliga och oavsiktliga effekter. Tanken är helt enkelt att påföljden och det moraliska ställningstagandet är beroende på vilken typ av avsikt eller effekt det är frågan om i varje särskilt fall.

Avgörande blir naturligtvis då hur dessa olika avsikter och effekter definieras. Det är också viktigt att skilja mellan juridiska och etiska problem och att hålla isär etiska och juridiska bedömningar. Vi kan inte utan vidare alltid förutsätta en harmoni mellan juridiska och etiska ställningstaganden. Lagar har naturligtvis en moraltbildande funktion och är i bästa fall kodifierad etik. Men lagar kan (och bör) granskas kritiskt i ljuset av värderingsförändringar.

För att undvika missförstånd vill jag genast framhålla en viktig omständighet. Även om de argument jag skall diskutera kan kritiseras och till och

med kanske vederläggas, så följer inte därav att dödshjälp bör införas (eller att jag här argumenterat för dödshjälp). Det kan ju finnas andra, starkare argument mot detta. Vilka de avgörande argumenten enligt min mening är, kommer jag att diskutera längre fram.

Begrepp och termer

Det är viktigt att fixera begrepps innebörd av flera skäl, inte bara för att undvika missförstånd i debatter. Beroende på hur eutanasi definieras, blir eutanasi mer eller mindre vanligt. Det blir också mer eller mindre kontroversiellt.

Till att börja med kan det vara klagörande att skilja mellan eutanasi-begreppets allmänna och speciella innebörd. I det förra fallet kan vem som helst i princip ge dödshjälp åt någon annan genom att hjälpa denne att dö. I det senare fallet förutsätts att dödshjälp utförs av läkare och sker på sjukhus eller under förhållanden som läkare övervakar och organiserar. Hedyfallet var ett exempel på dödshjälp i den allmänna meningen, Kirunafallet ett exempel på dödshjälp i den speciella meningen. Dessa rättsfall beskrivs i en bilaga till denna bok.

En motsvarande distinktion kan för övrigt göras när det gäller assisterat självmord eller medhjälp till självmord (som definieras i bokens inledning). Parallellen till det speciella fallet skulle vara när en läkare medverkar, medan det i det allmänna fallet kan vara vem som helst (utom en läkare).

Kanske är det ur moralisk synpunkt inte någon större skillnad mellan dessa två fall. Men med tanke på risken att den som inte är läkare kan åstadkomma skador vid eventuella försök att ge dödshjälp kan det finnas skäl att hålla isär dessa två situationer. Det blir i varje fall enklare att diskutera om man först koncentrerar sig på den speciella innebörden.

Jag skall här i fortsättningen (om inte annat uttryckligen sägs) tala om "dödshjälp" i den speciella innebörden och förutsätter alltså att de närmast berörda aktörerna är läkare respektive patient:

Definition av frivillig dödshjälp. Läkaren hjälper patienten att dö i den mening som här avses, om och endast om samtliga villkor nedan är uppfyllda:

(1) *Lidande.* Patienten är obotligt sjuk och lider av svåra smärtor på grund av denna sin sjukdom.

- (2) *Handling*. Läkaren gör en (professionell) insats beträffande patienten, vilken kan bestå i att en behandling utförs eller underläts.
- (3) *Begäran*. Denna insats sker på patientens uttryckliga begäran, som är entydig, välgrundad och ett uttryck för hans eller hennes fasta önskan.
- (4) *Kausalitet*. Läkarens insats leder, direkt eller indirekt (utan att andra personer medverkar), till att patienten omedelbart eller inom kort avlider.
- (5) *Förutsägelse*. Denna effekt av insatsen är (i) förutsägbar, givet läkarens kunskaper, och (ii) också faktiskt förutsedd av denne.
- (6) *Avsikt*. Den förutsedda effekten är också avsedd; den handling som nämns i (2) är med andra ord avsiktlig.
- (7) *Insikt*. Patienten är fullt på det klara med att den i (3) begärda insatsen leder till att hans liv avslutas.
- (8) *Motiv*. Motivet för insatsen är barmhärtighet, dvs. att lindra patientens lidande.

Denna definition är snävare än den i Holland vedertagna definitionen av eutanasi ("Euthanasia means the intentional termination of life by somebody other than the person concerned at his or her request"). Detta är en definition av eutanasi i allmän mening, inte speciell. Varken klausul (1) eller (8) finns vidare med i den holländska definitionen. Den av mig här föreslagna definitionen är ändå vid i vissa avseenden och förtjänar hur som helst några kommentarer.

Kommentarer till definitionen

Det första villkoret (1) är lite snävare än det som anges i inledningen till denna bok. I själva verket är ingen av de möjliga termerna "Svårt sjuk", "obotligt sjuk" och "dödssjuk" helt lyckad. Man kan vara svårt sjuk (sjösjuka, tropisk febersjukdom, dysenteri) utan att vara obotligt sjuk. Det finns dessutom obotliga sjukdomar som inte är svåra. Det går också lätt inflation i ord. "Dödssjuk" används ibland i dagligt tal utan att det är fråga om att den sjuke ligger för döden. Men man kan naturligtvis kombinera dessa ord på olika sätt och därmed ge villkoret olika innebörd. Den liberalaste versionen skulle enligt min mening vara om "obotligt" ersattes med

”svårt”, den striktaste ”obotligt och svårt sjuk i en sjukdom som undantagslöst leder till döden”.

Definitionen är vid i den meningen att de insatser det kan vara fråga om inkluderar ett brett spektrum av olika aktiviteter: både underlåtenhet att sätta in livräddande eller livsuppehållande behandling och att förkorta patientens liv genom en överdos av sömnmedel, ångestdämpande preparat eller en spruta annat gift.

Det kunde vara frestande att ersätta det vida villkoret

(2) *Handling*. Läkaren gör en (professionell) insats beträffande patienten, vilken kan bestå i att en behandling utförs eller underlåts,

med den snävare formuleringen

(2.1) *Handling*. Läkaren gör en (professionell) insats beträffande patienten, vilken kan bestå i att en behandling utförs (t.ex. att läkaren ger patienten en injektion morfin eller kaliumklorid).

Därmed begränsas diskussionen uttryckligen till det som brukar kallas ”aktiv dödshjälp”, vilket också är vanligt i den svenska debatten. Mot en sådan begränsning kan emellertid flera invändningar riktas.

För det första innebär en sådan inskränkning en avvikelse från den i Holland (och på andra håll) accepterade definitionen av ”eutanasi”, som för övrigt även de andra författarna i denna skrift tycks ansluta sig till. Där talas ju om ”intentional termination of life” – utan någon begränsning till ”aktiva” handlingar. Att underlåta att sätta in antibiotika när en gammal och svag patient får lunginflammation är också en handling, som dessutom kan leda till att patienten dör (i den meningen att hade läkaren inte underlåtit att sätta in antibiotika; hade patienten inte dött när han gjorde).

Förutsättningen för att en sådan begränsning skall vara möjlig och önskvärd är för det andra att det går att tillräckligt klart skilja mellan handlingar och underlåtelser. Detta är en förutsättning som jag skulle vilja ifrågasätta.

Anta att man genom att trycka på en knapp kan utlösa en bomb som dödar 1 000 människor. Anta i stället att man genom att låta bli att trycka på en knapp underlåter att förhindra detonationen av en bomb som dödar 1 000 människor. Vilken är skillnaden mellan dessa handlingar ur moralisk synpunkt?

Om den handlande i båda fallen hade insikt i konsekvenserna av sitt handlande förefaller det rimligt att bedöma dem på samma sätt.

Jag vill vidare understryka att jag här endast diskuterar de fall där villkor (3) är uppfyllt. I litteraturen om detta ämne skiljer man ibland mellan frivillig, ofrivillig och icke-frivillig dödshjälp. Här behandlas alltså inte de fall då dödshjälpen sker mot patientens vilja eller då patientens vilja är okänd.

Kausalitetsvillkoret (4) kan preciseras i flera riktningar, som det är viktigt att hålla isär – i synnerhet om rättsliga aspekter på problemet diskuteras. I praktiken är det ju så att en handlings effekt är resultatet av ett flertal omständigheter, t.ex. patientens sjukdom, motståndskraft och övrig mediciner. Givet dessa omständigheter kan den gjorda insatsen *säkert*, *sannolikt* eller *möjligen* leda till att patientens liv förkortas. Hur det förhåller sig med detta i varje särskilt fall är givetvis en empirisk fråga.

I definitionen används uttrycken ”motiv” och ”avsikt”. Jag återkommer senare till frågan om det finns någon skillnad mellan dem och vilken denna skillnad i så fall är. I stället för att använda ”motivet för” i (8) hade man enligt min mening lika gärna kunnat använda ”avsikten med”, för att föregripa den följande diskussionen. Skillnaden mellan de avsikter som nämns i (6) och (8) blir då viktiga att reda ut.

Villkoret (8) är vidare problematiskt på en rad sätt. Det finns också, som kommer att framgå av det följande, många invändningar man kan rikta mot det. Den som blir övertygad av dessa invändningar, kommer förmodligen att vilja stryka detta villkor från definitionen. Jag har emellertid valt att ha med (8) i definitionen som en utgångspunkt för diskussionen i detta bidrag.

I själva verket är den svenska termen ”dödshjälp” – för att övergå från begrepp till termer – inte något bra ord. Man ser framför sig dödspatruller från nazisternas eutanasi-program. Det grekiska ”eutanasia” betyder snarast ”att dö väl (värdigt)”, en viktig association som tappas bort i uttrycket ”dödshjälp”. Det primära är inte att hjälpa någon att dö, utan att hjälpa någon att avsluta sitt liv på ett bra och värdigt sätt. Men eftersom detta uttryck är etablerat i den svenska debatten, får man försöka acceptera det.

Många är (liksom jag) kritiska mot distinktionen mellan aktiv och passiv dödshjälp. Det finns naturligtvis klara exempel på det ena och det andra, men distinktionen är inte så skarp och entydig som man kanske kan

föreställa sig. Det är därför svårt att hänga upp några entydiga moraliska regler på denna distinktion.

Kanske är det så att de som (enligt min mening i regel felaktigt) gjort ett stort nummer av skillnaden mellan aktiv och passiv eutanasi i själva verket varit ute efter något annat, nämligen skillnaden mellan att patienten dör/tillåtes att dö av sin sjukdom respektive att patienten dör på grund av läkarens intervention. Distinktionen verkar bestickande, men frågan är både vad den innebär och hur den är relaterad till den tidigare.

För det första är det ju så att dödligheten alltid är 100 %, och att medicinens uppgift är att förhindra för tidig död och förbättra patienternas livskvalitet. Dessa mål åstadkommes genom att läkaren gör olika insatser (och ibland underlåter att göra något och i stället försöker utnyttja kroppens självläkande förmåga). Patienten kan dö av sin sjukdom, men läkaren har möjligheter att genom olika insatser (eller underlåtande av insatser) påverka tidpunkten för döden, smärtan och lidandet under den sista tiden osv.

När vi här talar om intervention kan detta betyda flera saker – också behandlingsavbrott och behandlingsunderlåtelse måste räknas dit. De är kausalt relaterade till patientens död. Hade läkaren inte underlåtit att sätta in behandling, hade patienten inte dött – i varje fall inte då och där patienten dog. Distinktionen förefaller förutsätta det som skall bevisas, nämligen att den aktiva interventionen ur moralisk synpunkt har en särställning i jämförelse med andra typer av interventioner.

Härav följer inte att det inte finns någon skillnad mellan syftet att avsluta patientens liv (döda patienten) och syftet att lindra patientens smärta (även om detta lindrande innebär en ökad risk för förkortning av patientens liv). Självfallet är denna skillnad på det teoretiska planet skarp. Men denna distinktion är inte identisk med distinktionen mellan att patienten dör/tillåtes dö av sin sjukdom respektive att patienten dör på grund av läkarens intervention.

När jag talat med holländska kolleger, har de betonat att de vill använda "eutanasi" i snäv bemärkelse. Det betyder att de ovannämnda villkoren skall tolkas strikt och att villkor (2.1), men ej (2), skall ingå i definitionen. Kanske kunde man reservera uttrycket "(frivillig) eutanasi" för detta snäva begrepp, och använda "dödshjälp" för ett vidare begrepp. Frågan är emellertid om det går att upprätthålla en så skarp skillnad mellan dessa begrepp som många tycks mena.

Det finns också i debatten en tendens att reservera ”eutanasi” för frivillig eutanasi. Men om eutanasi definitionsmässigt är frivillig, så blir det svårt att se hur de närmare 1 000 fall i Holland där en patient hjälpts över gränsen av en läkare utan att han eller hon begärt eller kunnat begära detta kan vara eutanasi.

Det är därför enligt min mening bättre att (som här föreslagits) skilja mellan olika typer av eutanasi, beroende på om läkarens insats (som leder till att patientens liv avslutas när det kunde ha fortsatt) sker på patientens begäran och patientens vilja alltså är känd (frivillig eutanasi), patientens vilja är okänd (icke-frivillig eutanasi), eller dödshjälpen skett mot patientens vilja (ofrivillig eutanasi).

Hjälp till självmord av olika slag är begreppsligt (definitions­mässigt) distinkt från frivillig dödshjälp, så som detta begrepp definierats här. De olika aktörernas aktivitetsgrad spelar en stor roll vid bedömningen, i varje fall om saken blir föremål för juridisk prövning. Särskilt gäller detta hjälp till självmord.

Men ur etisk synpunkt kan det finnas många relevanta likheter mellan hjälp till självmord och dödshjälp, även om de ur juridisk synpunkt tillhör olika kategorier. Självmord är inte straffbart, och straffbar är inte heller medhjälp till en handling som inte är straffbar. Men dödshjälp (i varje fall aktiv sådan) är straffbar enligt svensk lag. Jag skall dock inte här diskutera var gränserna exakt skall dras utan hålla mig till de typiska och centrala exemplen på frivillig dödshjälp.

Två situationer

Jag lämnar nu definitionen och övergår till att granska avsikts- och effekt-doktrinerna och deras förutsättningar.

Låt mig börja med att skissera två tänkta situationer. Förutsättningen i båda fallen är att patienten lider, prognosen är dålig, sjukdomen är obotlig, patienten tidigare har skrivit ett livstestamente där han för situationer som denna avböjer livsuppehållande behandling.

Situation (1)

Doktorn ger patienten en dos av X (morfin eller sömnmedel). Dosen leder till att patientens smärta lindras. Detta är den förutsedda och önskade effekten. Dessutom leder dosen, antar vi, till att patientens liv förkortas.

Detta kommer emellertid som en överraskning för doktorn. Det är varken förutsett, avsett eller önskat.

Situation (2)

Doktorn ger patienten en dos av X. Dosen leder till att patientens smärta lindras. Detta är den förutsedda och önskade effekten. Dessutom leder det till att patientens liv förkortas. Detta kommer emellertid inte som en överraskning för doktorn. Det är förutsett. I själva verket är detta en välkänd och i praktiken en oundviklig konsekvens av den dos X som patienten fått.

I det första fallet är det inget problem att säga att doktorn avsiktligt valde att hjälpa patienten och lindra hans eller hennes lidande och att förneka att läkaren med avsikt förkortade patientens liv. Det är inte frågan om dödshjälp i den tidigare definierade meningen. Det andra fallet förefaller emellertid inte lika enkelt och klart. Ställningstagandet beror på om konsekvensen aldrig inträffar, inträffar ibland, ofta eller alltid.

Detta är en empirisk fråga, och vi kan inte förutsätta att smärtbehandling och smärtforskning är statisk. Tvärtom, kompetens och resurser när det gäller att ge smärtlindring är inte desamma överallt och varierar också med tidpunkten. Det som gällde för tio år sedan gäller inte alltid i dag; och det som inte är möjligt idag, kan mycket väl vara möjligt om tio år. Anta emellertid att förkortandet av patientens liv alltid inträffar som en följd av den aktuella insatsen. Avgörande är då om det verkligen är sant att det inte kommer som en överraskning för läkaren att patientens liv förkortas.

Huvudpoängen är alltså denna. I och med att man väljer att ge patienten en kraftig dos av medicinen X, väljer man i så fall i situation 2 att förkorta patientens liv, i den meningen (i) att den dos som gavs av X leder till detta, och (ii) att läkaren vet om detta förhållande. Det förefaller i denna situation svårt att förneka att man medvetet och avsiktligt förkortade patientens liv, även om detta skedde med de bästa motiv. Försöket att förneka detta genom att postulera dubbla avsikter (eller effekter) är enligt min mening inte riktigt övertygande.

Inte heller kan man i så fall på ett övertygande sätt skärpa avsiktsdoktrinen genom att på ett eller flera strategiska ställen infoga det viktiga ordet "endast" eller någon synonym:

Om avsikten med läkarens insats är att förkorta patientens liv, bör detta inte tillåtas. Däremot kan/bör insatsen tillåtas, om avsikten endast är att lindra patientens lidande.

Är det inte – mot den skisserade bakgrunden – svårt att med bibehållen trovärdighet göra anspråk på att endast avse att åstadkomma vissa effekter och inte andra, om det är välkänt att båda effekterna inträffar som ett resultat av insatsen? I det följande skall jag försöka visa att det finns goda skäl för ett jakande svar på denna fråga.

Principen om dubbla avsikter

Enligt 1 kap. 2 § brottsbalken skall en gärning anses som brott endast då den begås uppsåtligen (med avsikt). En teoretiskt genomarbetad variant av principen om dubbla avsikter finns i juridisk doktrin och rättspraxis, och de distinktioner som där görs mellan olika slag av uppsåt har också moralfilosofiskt intresse.

Uppsåt anses i första hand föreligga då ”det brottsliga resultatet är vad gärningsmannen önskar uppnå med sin handling eller är ett genomgångsled för att uppnå vad han sålunda önskar.” Detta kallas *direkt* uppsåt, i motsats till *indirekt* uppsåt, som föreligger ”när det brottsliga resultatet av gärningsmannen uppfattas som nödvändigt förbundet med den önskade effekten utan att likväl vara ett genomgångsled till denna”. Båda dessa slag av uppsåt skiljs i sin tur från *eventuellt* uppsåt som anses ”föreligga i viss utsträckning när gärningsmannen uppfattar det brottsliga resultatet som möjligen förbundet med handlingen, antingen så att detta kan inträda jämte det resultatet gärningsmannen åsyftat eller i stället för detta”, och gärningsmannen måste antas ha begått gärningen, även om han varit viss om att detta skulle bli resultatet.

Dessa begreppsbildningar är ju inte helt klara, och det finns olika åsikter i doktrin och rättspraxis beträffande hur man skall gå tillväga för att avgöra vilket uppsåt som föreligger i ett visst fall. Dessa juridiska problem får här lämnas därhän, men tanken är att en del av dessa distinktioner kan peka på moraliskt relevanta skillnader mellan olika slags avsikter. Man kan utan vidare föreställa sig att samma handling utförts med avsikter av olika slag. Uppsåtet kan i båda fallen ha varit indirekt, eller i båda fallen direkt,

eller i ena fallet direkt och i det andra indirekt. Det är inte självklart att dessa fall ur moralisk synpunkt skall bedömas på samma sätt.

Är detta riktigt, kan man få fram moraliskt intressanta varianter av avsiktsdoktrinen.

Om avsikten med läkarens insats är att förkorta patientens liv, bör detta inte tillåtas. Däremot kan/bör insatsen tillåtas, om avsikten är att lindra patientens lidande

genom att i satsen byta ut ordet "avsikt" mot "direkt uppsåt", "indirekt uppsåt" respektive "eventuellt uppsåt". Tanken kan då vara den att direkt uppsåt skulle vara moraliskt och juridiskt förkastligt, medan detta inte skulle gälla t.ex. eventuellt uppsåt:

Om det direkta uppsåtet med läkarens insats är att förkorta patientens liv, bör detta inte tillåtas. Däremot kan/bör insatsen tillåtas, om det direkta uppsåtet endast är att lindra patientens lidande.

Själv har jag dock inte blivit övertygad om detta, och föreställer mig att just på denna punkt finns det anledning att fördjupa diskussionen om förhållandet mellan juridik och etik.

Teorierna kring indirekt uppsåt är särskilt intressanta i fall där man kan hävda att läkaren ger ett medel t.ex. morfin i syfte att lindra patientens smärta men inser att detta kan leda till att patientens liv förkortas utan att vara ett genomgångsled till den önskade effekten, dvs. smärtlindringen.

Medan medhjälp till självmord är straffritt så länge självmordskandidaten själv tar det avgörande steget, är gärningsmannaskap inte straffritt. Gränsdragningen mellan gärningsmannaskap och medhjälp till självmord är emellertid knappast knivskarp. Det finns en glidande skala från att inte låtsas märka att patienten samlar på sig sömnmedel, till att "glömma" kvar en burk sömnmedel på patientens nattduksbord, från att blunda eller titta bort när patienten tar dem till att hjälpa honom svälja dem. Vem tar det avgörande steget? Läkaren eller patienten själv? Kanske går gränsen för närvarande här någonstans. Om läkaren är den mest aktive, riskerar han straff.

Samtidigt innebär detta att den som är handlingsförlamad eller ligger i respirator inte kan hjälpas utan att läkaren riskerar straff. Däremot kan läkaren utan att riskera straff hjälpa den som själv kan ta det avgörande

steget. Den etiska grunden för denna skillnad i behandling och synsätt är inte helt självklar. Men det skulle föra för långt att närmare gå in på denna subtila problematik.

Principen om dubbla effekter

En sofistikerad variant av principen om handling med dubbel effekt (*actio cum duplici effecto*) finns i katolsk moralteologi, och de distinktioner som där görs mellan olika slag av uppsåt har också allmänt moralfilosofiskt intresse.

Den doktrin jag syftar på innebär att t.ex. förkortandet av en patients liv kan rättfärdigas eller åtminstone godtagas om det är en indirekt och oavsiktlig konsekvens av en handling under följande förutsättningar:

(1) den aktuella handlingen själv (oberoende av sina konsekvenser) får inte vara fel i sig, (2) den handlande får eftersträva endast de goda konsekvenserna av handlingen, inte de dåliga, (3) den dåliga effekten får inte vara ett medel att åstadkomma den goda effekten, och (4) det goda handlingen åstadkommer måste överväga det onda som den medför.

Skall alla dessa fyra villkor vara uppfyllda, eller räcker det eventuellt med något eller några av dem? Vilka i så fall? Vart och ett av dessa villkor kan vidare preciseras på lite olika sätt, och man kan också lägga huvudvikten vid det ena eller det andra av dem. Ensamt verkar inte villkor (4) orimligt, tvärtom. Det förutsätter att alla handlingens effekter (onda och goda) vägs mot varandra. Men de föregående villkoren inskränker denna tanke – annars kunde man ju slopa dem. Det är ju för övrigt inte precis uppenbart hur man avgör om t.ex. villkor (4) är uppfyllt.

Men oberoende av dessa tolknings- och preciseringsmöjligheter är ju huvudidén att vissa typer av effekter är moraliskt godtagbara, nämligen de som uppfyller de fyra villkoren ovan, andra inte. Detta innebär att man kan få fram moraliskt intressanta varianter av effektdoktrinen.

Om effekten av läkarens insats endast är att patientens liv förkortas, bör detta inte tillåtas. Däremot kan/bör insatsen tillåtas, om den innebär att patientens lidande lindras.

Detta kan då preciseras på exempelvis följande sätt:

Om effekten av läkarens insats endast är att patientens liv förkortas, bör detta inte tillåtas. Däremot kan/bör insatsen tillåtas, om de fyra villkoren ovan är uppfyllda dvs. (1) den medicinska insatsen är inte fel i sig, (2) läkaren eftersträvar endast de goda konsekvenserna av handlingen, dvs. smärtlindringen, inte förkortandet av patientens liv, (3) förkortandet av patientens liv är inte ett medel att åstadkomma smärtlindringen, och (4) det goda handlingen åstadkommer, dvs. smärtlindringen, måste överväga det onda som handlingen medför, dvs. förkortandet av patientens liv.

I ett uttalande från Vatikanen om eutanasi accepteras sålunda smärtstillande medel även om de skulle bidra till att förkorta patientens liv: "In this case, of course, death is in no way intended or sought, even if the risk of it is reasonably taken; the intention is simply to relieve pain effectively, using for this purpose painkillers available in medicine". (Uttalandet visar för övrigt hur lätt det är att glida mellan principen om dubbla effekter och principen om dubbla avsikter. Det som i katolsk moralteologi kallas läran om handling med dubbel effekt handlar i stor utsträckning också om avsikter.)

Jag delar själv denna Vatikanens åsikt, men instämmer inte helt i motiveringen för den; det argument som ställningstagandet bygger på är problematiskt på ett flertal sätt. För att undvika konklusionen att läkaren avsiktligt åstadkommer de konsekvenser av en handling som han inser eller förutser att den kommer att leda till, måste den som försvarar principen om de dubbla effekterna konstruera vad som är avsiktligt handlande på ett mycket snävt sätt.

Tanken tycks vara följande: endast det man direkt eftersträvar är avsett. Det sålunda konstruerade begreppet avsiktligt handlande används sedan när man definierar gränsen för vad som är moraliskt tillåtet. I och med att förkortandet av patientens liv inte är direkt eftersträvat, kan insättande av smärtstillande medel tillåtas, även om detta skulle förkorta patientens liv.

Avsikt och handling

Annorlunda (och mer filosofiskt) uttryckt, behöver den som använder principerna om dubbla avsikter och effekter utveckla och försvara en snäv analys av vad det innebär att en handling är avsiktlig.

En sådan analys bör inte framstå som en ad hoc konstruktion, dvs. tillkommen endast i avsikt att lösa ställningstagandet till frågan om döds hjälp är etiskt godtagbar; det bör finnas oberoende skäl för konstruktionen, t.ex. genom att man pekar på att den visar sig vara fruktbar i många andra sammanhang.

Det går naturligtvis att ge en förnuftig tolkning av tanken att man bör ta hänsyn till en persons motiv vid den moraliska bedömningen av hans eller hennes handlande. Handlingar vittnar om en persons karaktär och motiv. Vid en sådan bedömning gör det enligt vår vardagsmoral en skillnad om en persons handlande har sin grund i god karaktär eller ej.

Problemet här är emellertid om det finns någon oberoende evidens för den snäva analys av avsiktlig handling, som förutsätts av den som använder principerna om dubbla avsikter respektive effekter. Självklart bör man då också undersöka vilka alternativa analyser som finns, och vad som talar för och emot dem. En sådan alternativ analys bygger på iden att allt som den handlande i handlingsögonblicket – eller tidigare – inser att den aktuella handlingen kommer att medföra, också ingår i den avsiktliga handling personen i fråga utförde.

Det finns vidare en risk för missbruk av dessa två principer som förtjänar att diskuteras. Enligt en mycket rimlig tanke, som bl.a. lanserats av den engelske filosofen John Mackie, är en person moraliskt ansvarig för alla sina avsiktliga handlingar, och endast för dessa. Enligt principen om dubbla effekter tycks handlingar vara tillåtna eller moraliskt godtagbara, om de kan förutses inträffa endast som sidoeffekter av en handling; men inte är avsedda som medel att uppnå ett visst gott resultat. Frågan är om man inte då kan flytta gränserna för vad man vill tillåta genom att beskriva en handlings konsekvenser på olika sätt.

Genom att hänvisa till denna princip blir det också möjligt att försvara att man förlänger patientens liv och lidande genom små doser av smärtstillande medel i situationer där en stor dos av samma medel skulle leda till att patientens liv snabbt förkortades. Detta skulle åtminstone somliga konsekvensetikern motsätta sig av humanitära skäl.

Det blir hur som helst viktigt att granska hur man avgör vad som är sidoeffekter, vad som är medel för att uppnå något, och vad som ingår i en avsiktlig handling. Själv föreställer jag mig att just på denna punkt finns det anledning att fördjupa diskussionen om förhållandet mellan moralteologi och etik.

En analys av vad en avsiktlig handling innebär behövs framför allt för att man på ett rationellt sätt skall kunna ta ställning till problem inom följande områden:

Logik. Är det en logisk motsägelse att samtidigt påstå (i) att läkare inte med avsikt får orsaka att livet på en patient förkortas och (ii) läkare får avbryta eller underlåta att sätta in en livsuppehållande behandling om patienten är svårt sjuk och döden är nära förestående? Eller är detta ett exempel på att man skickar ut dubbla budskap till patienter, anhöriga och övrig vårdpersonal?

Moral. Gränsen mellan en handling och dess konsekvenser kan dras på många sätt som inte är värdemässigt neutrala. Detsamma gäller klassifikationen av effekter som förutsedda (men icke önskade) sidoeffekter respektive avsedda som medel (att uppnå något eftersträvat mål). Finns det någon risk för missbruk genom att man manipulerar med distinktionen mellan avsedd konsekvens och förutsedd men icke önskad konsekvens, så att man undandrar sig ansvaret för vissa konsekvenser av sina handlingar genom att säga att de inte var avsedda utan endast förutsedda?

Semantik. Kan man, utan att avvika allt för mycket från vedertaget språkbruk, säga att man vill uppnå en sak (smärtlindring), men inte vill uppnå en annan sak (att påskynda patientens död), fast (i) det förra medför – säkert eller sannolikt – det senare, och (ii) man mycket väl inser detta? Kan man i en sådan situation utan att begå ett begreppsligt eller semantiskt misstag säga att man oavsiktligt eller utan avsikt åstadkom en sak (förkortade patientens liv) när man åstadkom något annat (lindrade hans smärta)?

Kunskapsteori. Kan vi veta vilka avsikter en läkare haft? Kan han alltid veta det själv? Anta att en läkare blir anmäld för HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) och saken skall prövas. Finns det i efterhand någon möjlighet att avgöra vilken avsikt läkaren hade? Finns inte stora möjligheter till rationaliseringar och att lura sig själv på denna punkt? Kan man på motsvarande sätt alltid veta vilka orsakerna är till en viss effekt, eller vilka effekterna är av en viss handling?

Är det som sagts i detta bidrag riktigt, förekommer det dödshjälp i Sverige i åtminstone en bemärkelse av detta ord – och inte bara i den betydelsen

att livet förkortas därför att man underlåtit att sätta in t.ex. antibiotika vid lunginflammation, dvs. det som ibland kallas "passiv eutanasi". Läkaren ger smärtstillande medel fullt medveten om att detta kan innebära en risk för att patientens liv kan komma att förkortas.

Förhåller det sig på detta sätt, kan man fråga varför inte åtal väcks i fler fall än vad som sker, givet vad som sägs i brottsbalken om det kriminella i att beröva någon annan livet. Borde fler åtalas? Eller borde lagen ändras? Detta är ett problem som Bertil Wennergren och Staffan Vängby diskuterat i några uppmärksammade artiklar nyligen. Det kan i själva verket finnas många förklaringar till rättsväsendets agerande.

En sådan är naturligtvis att man anser att brottsbalkens uttalande i denna fråga inte skall tolkas strikt. En annan är att domstolarna skulle anse, om saken kom till rättslig prövning, att läkarens handlande i det aktuella fallet är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet. En tredje är att de kunskapsteoretiska svårigheterna (däribland bevissvårigheterna) ovan är så stora att åklagarna och domstolarna hellre skulle fria än fälla. En fjärde kan vara att en värderingsförändring verkligen är på gång, vilken i så fall på sikt bör avspeglas i en revision av brottsbalken och andra relevanta lagtexter.

Etiska utgångspunkter

Konsekvensetik och pliktetik

När man för den här typen av resonemang, ser man för övrigt också vad valet av etiska utgångspunkter betyder. För utilitaristen eller konsekvensetikern blir resultatet i de tidigare skisserade situationerna detsamma: patienten dör, och detta är resultatet av en medveten handling, där effekten är förutsedd.

I synnerhet om man utgår från det som brukar kallas negativ utilitarism, dvs. doktrinen att man bör minimera förekomsten av lidande, förefaller det svårt att inte acceptera och rättfärdiga insatserna i situation (2). Alltså framstår läran om dubbla avsikter för den rätttrogne konsekvensetikern bara som ett försök att lägga ut en dimridå.

För pliktetikern är det emellertid en avgörande skillnad mellan handlingarna att döda patienten och att lindra patientens smärta. Avsikten är inte densamma, även om resultaten av handlingarna i praktiken sammanfaller. Den primära avsikten är att åstadkomma smärtlindring, inte att

döda patienten. Att patienten sedan dör är något som kunde förutses med inte det som primärt avsågs. Det är inte bara konsekvenserna som räknas utan också handlingarnas art eller sinnelaget.

Anta emellertid att en läkare inte genomskådar att effekten av den företagna insatsen kan bli att patientens liv förkortas, eller att han lyckas förtränga detta faktum. Det kan ju då förefalla som om denne läkare ur moralisk synpunkt är bättre, eller skall bedömas moraliskt stå högre, än den läkare som genomskådar detta, och efter moralisk vanda likväl (på humanitära grunder) fattar beslut om att förkorta patientens lidande genom en överdos av smärtlindrande medel.

Jämför för det fortsatta resonemanget den tidigare presenterade situation 2 (som upprepas här) med ytterligare en situation:

Situation (2)

Doktorn vill lindra patientens smärtor, och ger därför en dos av medlet X, vilket f n är enda sättet att åstadkomma en effektiv smärtlindring. Detta leder till att patientens liv förkortas. Doktorn är medveten om att detta med stor sannolikhet kommer att inträffa, men accepterar denna konsekvens för att kunna uppnå att patientens smärta lindras.

Situation (3)

Doktorn vill åstadkomma att patientens liv förkortas, och ger därför en dos av X. Detta leder också till att patientens smärta lindras. Doktorn är medveten om att detta blir följderna av hans insats, och accepterar denna konsekvens för att kunna uppnå att patientens liv förkortas.

För den renodlade konsekvensetikern blir det omedelbara resultatet då detsamma i dessa båda fall. Effekten av att ge patienten en dos av X blir att patienten dör. (Låt oss ett ögonblick bortse från andra, mer indirekta och långsiktiga effekter av handlingarna som att de, om de blir kända, kan påverka förtroendet för doktorn och sjukvården negativt.) Det kan emellertid verka svårt att acceptera att avsikten eller sinnelaget inte tycks spela någon roll, vilket det alldeles uppenbart gör i vår vanliga vardagsmoral.

Kanske blir resonemanget något mindre svårt att godta om man påminner om distinktionen mellan frågan om en handling är rätt eller fel och frågan om den handlande skall klandras eller inte för vad han gjort.

Man kan ju (i) ha dåliga motiv, handla i strid med bättre vetande och dessutom sådan "otur" att resultatet ändå blir utmärkt för alla berörda, eller (ii) ha goda motiv, välja det alternativ som i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet borde ha bäst konsekvenser men ha sådan otur att resultatet likväl blir dåligt för alla berörda.

För konsekvensetikern blir handlingen i första fallet rätt, men den handlande bör ändå klandras. I det andra fallet är det tvärtom: den handlande bör inte klandras, men handlingen var icke desto mindre fel.

I det ena fallet var handlingen rätt, men den som utförde handlingen bör inte berömmas för att han utfört den. Han har inte förtjänat beröm, eftersom han inte förutsett eller avsett att åstadkomma handlingens goda effekter.

I det andra fallet skall han inte klandras, eftersom han valde det bästa alternativet, givet vad han visste vid handlingstillfället. Han hade också, kan vi anta, gjort rimliga ansträngningar att kontrollera och komplettera sitt vetande. Att handlingen sedan kom att ha en mängd negativa effekter kunde han inte förutse.

Människovärde och rätten till liv

Har inte inställningen till dödshjälp något med synen på människovärdet att göra? Eller borde den i varje fall inte ha det? Det kan tyckas så. Det är emellertid svårt att på ett övertygande sätt grunda argumenteringen i denna fråga på människovärdesprincipen, i varje fall om den definieras på det sätt som jag föreslagit i en tidigare skrift.

Ty bland de rättigheter som räknas upp där hör ju rätten till liv. Hur skall man i så fall med hjälp av denna princip kunna argumentera för att man bör säga nej till dödshjälp och samtidigt säga ja till att ge smärtstillande medel som förkortar patientens liv? Det är inte helt lätt att se hur detta skall ske på ett övertygande och icke godtyckligt sätt. Kopplingen mellan olika ståndpunkter i eutanasidebatten och i debatten om människovärdet är inte entydig;

I stället förefaller det rimligare att bygga argumenteringen på principerna att man inte skall skada respektive att göra gott. Dessa kan komma i konflikt med varandra. Kraven att man inte skall skada respektive göra gott får då vägas mot varandra. En sådan avvägning kan självfallet utföras på olika sätt och ge skiftande resultat. Men utrymmet för godtycke begränsas av kraven på konsekvens och generaliserbarhet: den som gör av-

vägningen bör vara beredd att tillämpa den princip han försvarar oberoende av vems liv det gäller.

Annorlunda uttryckt, anta att man i rättighetsdeklarationen byter ut rätt till liv mot, rätt till gott liv, och låter detta inkludera rätt till en värdig död. I så fall har man enligt min mening en bättre etisk utgångspunkt för debatten än man har om människovärdesprincipen läggs till grund för argumentationen.

Detta innebär att det finns situationer i vilka livskvalitet går före livslängd, och att människolivet i sig självt inte är ett absolut grundvärde, som också Tranøy framhållit: "... menneskeliv, i seg selv og alene, ikke er en absolutt grunnverdi: De kan vrere moralsk akseptabelt å prioritere andre verdier høyere enn livet selv... Det kan vrere god medisin å prioritere lindring så høyt at en viss livsforkortelse er en moralsk akseptabel pris."

Ju större vikt man fäster vid principen om självbestämmande, och vid patienternas rätt att kräva respekt för sin uttryckta vilja (och vid sjukvårdspersonalens motsvarande plikt att verkligen ta reda på vad som är patientens vilja och inte bara uttryck för t.ex. en tillfällig depression), desto mer ohållbart ur etisk synpunkt blir det att mot patientens vilja sätta in eller förlänga en livsuppehållande behandling. Att säga detta är inte att säga att man bör ha rätt att kräva dödshjälp, eller att vårdpersonalen har en motsvarande skyldighet att ge dödshjälp i den ena eller andra meningen.

Orsak och rättfärdigande

I den tidigare redovisade definitionen av frivillig dödshjälp ingår ett villkor om den handlandes motiv. Hur förhåller sig motiv och avsikt till varandra? "Motiv" och "avsikt" används inte sällan som synonyma termer, och då är det svårt att på ett icke-godtyckligt sätt skilja mellan dem.

Ibland används emellertid "motiv", särskilt i psykologisk teoribildning (motivationsteorier), i betydelsen psykisk drivkraft eller benägenhet att göra det ena eller andra. Det refererar då till ett medvetandetillstånd, t.ex. upplevelse av oförrätter, som är en förutsättning för eller utlöser en handling.

Analyseras detta motivbegrepp dispositionellt (dvs. så att det faktum att man har vissa motiv betyder att man handlar på ett visst sätt, om man befinner sig i en situation av bestämd typ och vissa andra villkor också är

uppfyllda), är det svårt att se att detta begrepp skulle kunna rädda den position som anhängarna till läran om den dubbla avsikten förespråkar.

Detta kan kallas den kausala tolkningen av motivbegreppet ”Varför lät han patienten dö? Hans motiv var barmhärtighet”. Tanken är då att motivet var det som fick honom att låta patienten dö. Men det finns också en moralisk eller normativ tolkning av motivbegreppet. Man föreställer sig då att motivet är det som rättfärdigar handlingen. Det kan vara så att det som orsakar handlingen också är det som rättfärdigar den, men det behöver inte förhålla sig på detta sätt.

Iden vid rättfärdigandet kan vara att det finns en moraliskt relevant skillnad mellan två slags handlingar (och avsikter): (1) en handling utförd med avsikten att förkorta livet på patienten, och (2) en handling utförd för att lindra patientens plågor, som leder till att patientens liv förkortas, och där den som utför handlingen är medveten om och förutser detta, fast han (eller hon) inte önskar det.

Frågan är då vad detta påstående om en sådan moraliskt relevant skillnad i sista hand baseras på. Det förefaller inte helt enkelt att grunda det på en konsekvensetisk princip. Men det kan naturligtvis grundas på någon form av intuition. Här har vi i så fall kanske kommit fram till en punkt där grundläggande och oförenliga moraliska intuitioner står mot varandra, och där det kanske inte går att komma vidare i det rationella samtalet.

Det kan naturligtvis också vara så att denna lära om dubbla avsikter (eller dubbla effekter) har en viss karaktär av ad hoc konstruktion. Distinktionen måste stödjas av oberoende evidens, som tidigare framhållits; det räcker inte att den behövs enbart för att rädda oss ur denna intellektuella och moraliska knipa.

Jag är alltså, åtminstone för närvarande, inte utan vidare böjd att acceptera denna lära. Man behöver inte vara en renodlad och hårdkokt utilitarist (nyttoetiker) för att vara skeptisk mot den. Kritisk kan man vara även om man försöker kombinera insikter från både den konsekvensetiska och pliktetiska traditionen. Inte heller anser jag att distinktionen mellan aktiv och passiv dödshjälp är särskilt klagörande i detta sammanhang.

En avgörande fråga

Debatten om dödshjälp handlar inte bara om normer och värderingar och deras tillämpning på olika situationer. Logiska överväganden är också vik-

tiga, inklusive krav på konsekvens och motsägelsefrihet. Även empiriska frågor aktualiseras i denna debatt.

En sådan har redan berörts: vad är sant i den motstridande informationen om möjligheterna till effektiv smärtlindring? Kan alla patienter, vid alla sjukdomstillstånd, få effektiv smärtlindring? Även vid muskelförlamning som leder till långsam kvävning? På alla sjukhus? Om inte, vad gör man för att förbättra situationen? Och vad gör man åt de patienter som eventuellt inte kan få effektiv smärtlindring? Det räcker ju att det finns ett klart sådant fall för att man skall stå inför ett principiellt problem. Detta kan göra det svårt att med hänvisning till exempelvis godhetsprincipen dra någon entydig slutsats av materialet. Men det beror inte på att godhetsprincipen är tvetydig, utan på att evidensen inte är entydig.

En annan, och enligt min mening avgörande fråga är denna: hur skulle förtroendet för sjukvården påverkas, på kort och lång sikt, om man tillät (införde åtalshelfgift för, legaliserade) dödshjälp av det ena eller andra slaget?

Ett *relevant* argument mot att införa dödshjälp skulle enligt min mening kunna vara detta:

att tillåta (tolerera, legalisera) dödshjälp skulle påverka förtroendet för sjukvården negativt, på kort respektive lång sikt.

Men är detta argument *hållbart*? Om detta vet man inte särskilt mycket; här finns mycket tro och lite vetande. Men saken borde kunna studeras empiriskt.

Anta emellertid att intensivvårdens framsteg fortsätter, och möjligheten att förlänga liv ökar utan att möjligheterna att bekämpa smärta ökar i motsvarande utsträckning, samt att besparingar, demografiska förhållanden och befolkningstillväxt ytterligare försvårar möjligheten att ge människor en värdig död. Det skulle då också kunna bli så att människors förtroende för sjukvården minskar, om man fortsätter att inom vården behårt avvisa varje försök att ens ta upp en seriös diskussion om den svåra gränsdragningen mellan att döda och att låta dö, om man vägrar att tillåta eller tolerera dödshjälp i någon form.

Det intressanta med detta argument är att det visar på vilket sätt även antaganden om empiriska förhållanden kan spela en viktig roll vid ställningstaganden till etiska problem i vården. De undersökningar som gjorts har för övrigt visat att läkarmajoritetens (eller åtminstone Svenska Läka-

resällskapet) och kanske också andra grupper av vårdpersonals inställning till dessa frågor inte tycks delas av allmänheten.

Alla attitydundersökningar kan diskuteras beträffande urval, sätt att formulera frågorna, representativitet, etc. Men siffrorna från i varje fall två undersökningar som nyligen gjorts i Sverige av allmänhetens inställning till dödshjälp är så klara att man inte utan vidare kan negligera dem.

Till sist

Vid en folkomröstning i Washington, D.C., USA, röstade nyligen majoriteten emot att eutanasi (dödshjälp) skulle tillåtas. Men förbluffande många röstade för. Vilken slutsats skall man dra av detta? Jag tror att man skall se omröstningsresultatet som en allvarlig uppmaning till de vårdansvariga att satsa mera på att låta människor få en värdig och (så långt det går) smärtfri död, om de så önskar, även om detta skulle innebära att livet något skulle förkortas. Här kan vi säkert lära oss en del av den engelska hospice-rörelsen, som ju framför allt Danmark bland de nordiska länderna tagit upp.

Inte bara kvantitativa aspekter bör läggas på livet. Det har inget egenvärde att leva ett långt liv. Kvalitativa aspekter är också viktiga. Det får inte bara vara fråga om att till varje pris bevara och rädda liv. Man måste också fråga: vilket liv är det som bevaras? Till vilket liv räddas patienten? Alla skall vi dö, och döden är inte alltid ett misslyckande. Läkarens egen dödsångest och inriktningen på att bota och lindra kan göra att hans syn på döden som ett misslyckande framstår som naturlig. Men det är i så fall viktigt att en sådan inställning tas upp och diskuteras i läkarutbildningen.

I framtiden kommer begreppet (eller rättare sagt: begreppen) livskvalitet att bli ännu mer centrala i den värdetiska debatten.

Mitt eget ställningstagande till principerna om dubbla avsikter och effekter är alltså sammanfattningsvis detta: även om en smärtstillande spruta kan bidra till att förkorta livet, och även om denna konsekvens är förutsedd, så bör man godta detta under vissa förutsättningar som jag försökt utreda här. Den etiskt centrala frågan är under vilka omständigheter detta skall få ske. Det är en fråga som enligt min mening bäst diskuteras utan att man drar in distinktionen mellan aktiv och passiv dödshjälp i diskussionen.

Förkortar effektiv smärtlindring inte livet, så är det desto bättre. Gör den det, bör forskning och utvecklingsverksamhet intensifieras och kunskaperna på detta område förbättras. Det vore orimligt att sätta in smärtlindring bara i sådana fall då den inte kan bidra till att förkorta livet, och avstå från smärtlindring i alla andra fall (där den kanske verkligen behövs).

Självbestämmandeprincipen används i sjukvård och i andra sammanhang även då andra människor berörs av beslutet; ytterst få, om ens några, beslut av en människa påverkar inte någon annan. Därmed aktualiseras frågan om självbestämmandets gränser och avvägningen av självbestämmandet mot andra värden och principer. I en individualistisk och liberal kultur kommer självbestämmandeprincipen att tillskrivas ett högt värde. I en kollektivistisk, icke-liberal och korporativistisk kultur kommer däremot andra värden och principer att få större vikt än självbestämmandeprincipen.

Självbestämmandeprincipen behöver inte utformas så att den innebär att man har rätt att själv kräva en viss vård eller behandling. Den kan mycket väl fungera som en veto-princip, dvs. som en rätt att säga nej till något eller några alternativ som läkaren presenterar för en. Så är ju tanken i HSL (hälso- och sjukvårdslagen) där det i portalparagrafen talas om vikten av att vården utformas i samråd med patienten. Det är, som Tranøy påpekat, i regel fråga om *med*bestämmande snarare än *själv*bestämmande.

Litteratur

Agge I. Straffrätten. Allmän del, häfte 3. Stockholm: Norstedts, 1964

Beauchamp TL, Childress JF, Principles of biomedical ethics. 3 ed. New York: Oxford University Press, 1989

Beckman N, Bergendahl R, Strahl I. Strafflagen: jämte förklaringar till den nya lagstiftningen om brott mot staten och allmänheten. Stockholm: Norstedts, 1949

Benrubi GI. Euthanasia – the need for procedural safeguards. New England Journal of Medicine 1992;326:197–98

Brody B, Engelhardt TH, Jr. (red). Bioethics. Readings and cases, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1987

- Brottsbalken jämte förklaringar, femte upplagan, utgiven av Nils Beckman, Carl Holmberg, Bengt Hult m.fl. Stockholm: Norstedts, 1987
- Courtney SC. Religious ethics and active euthanasia in a pluralistic society. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1992;2: 253–78
- Gorowitz S. (red). *Moral problems in medicine*. 2 uppl. Engle wood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1983
- Glover J. *Causing death and saving lives*, Harmondsworth: Penguin, 1977
- Harris J. *The value of life*. London: Routledge & Kegan Paul, 1985
- Hedenius I. *Om stora män och små*. Stockholm: Rabén och Sjögren, 1980
- Hermerén G. *Det svårfångade människovärdet. I: Det svårfångade människovärdet*. Stockholm: Allmänna förlaget, 1991. (Etiska vägmarken 4)
- Mackie J. *Ethics: Inventing right and wrong*, Harmondsworth: Penguin, 1979
- Moore GE. *Principia Ethica*, Cambridge: Cambridge University Press, 1903
- New Catholic Encyclopedia*. New York: MacGraw Hill, 1967
- Siegler M, Gomez CF. US consensus on euthanasia?. *Lancet* 1992;339:1164–65
- Spaeman R. Wir dürfen das Tabu nicht aufgeben. Die Euthanasiedebatte. Eine Zeit Kontroverse. *Die Zeit* 1992(25) 12 Juni
- Tranøy KE. *Medisinsk etikk i vår tid*. Söreidgrend: Sigma, 1991
- Tugendhat E. Wir müssen das Tabu diskutieren. Die Euthanasiedebatte Eine Zeit-Kontroverse. *Die Zeit* 1992(25) 12 Juni
- Wennergren B. Förkortande av liv under adekvat vårdlagstifta för att undanröja oklarheter! *Läkartidningen* 1990;87:640–641
- Vängby S. Förkortande av liv under adekvat vård inte en fråga som lämpar sig för lagstiftning. *Läkartidningen* 1990;87:641–42

Bilaga 1

Rättsfall och anmälningsärenden

Utdrag från: När får man avstå från behandling?
Svenska Läkaresällskapet och Spri, 1991
(Svensk medicin nr 24)

Rättsfall

Kirunafallet

En 80-årig kvinna med hjärnblödning vårdades 1961 på Kiruna lasarett under två månader med dropp utan att återfå medvetandet. När patienten började glida in i ett djupare koma, satte läkaren ut droppet, sedan han samrått med de anhöriga. Patienten avled efter sex dygn. Häradsrätten ansåg att det inte förelegat någon plikt för läkaren att upprätthålla livet på den döende patienten och att läkare i sådana fall har rätt att avbryta livsuppehållande behandling. Läkaren friades från ansvar för tjänstefel och domen överklagades inte. Riksåklagaren överklagade visserligen först domen men tog sedan tillbaka samtidigt som han hävdade att läkaren handlat fel och att ett nytt liknande fall skulle leda till åtal (4).

Hedeby-Tossfallet

Berit Hedeby, grundaren av aktionsgruppen "Rätten till vår död" och läkaren Ragnar Toss dömdes 1978 till åtta månaders fängelse för dråp, sedan de medverkat till en handikappad mans död (5) Mannen, psykiskt klar men så gott som totalförlamad på grund av multipel skleros, hade upprepade gånger uttryckt önskan att dö och bett om hjälp härmed, eftersom han på grund av sitt handikapp var oförmögen att begå självmord. Hedeby hade först gett mannen barbiturattabletter och omedelbart häref-

ter injicerat snabbverkande insulin. Preparaten hade utskrivits av Toss för att användas för aktiv dödshjälp (6, 7). Toss fick dessutom sin läkarlegitimation indragen av ansvarsnämnden. Kort tid därefter tog han sitt liv. Hedeby's straff skärptes av hovrätten till fängelse ett år. Högsta domstolen fann att mannen avlidit antingen av barbituratet eller insulinet eller båda i förening. Visserligen är medhjälp till självmord i princip ej brottslig och Hedeby's påföljd var därför beroende av om hon skulle betraktas som gärningsman eller medhjälpare. Högsta domstolen konstaterade att gärningsförloppet präglades av ett sådant mått av självständigt handlande från Hedeby's sida att hennes medverkan var att bedöma som gärningsmannskap. Brottet var därför att bedöma som dråp och hovrättens ettåriga fängelsestraff fastställdes.

Treåringen

Våren 1986 förekom uppgifter i massmedierna att spädbarnsdråp förekom på svenska sjukhus. Saken föranledde en fråga i riksdagen och uppdrag till socialstyrelsen att utreda påståendena. Ett enda fall påträffades, en treårig pojke med svår hjärnskada efter drunkning vars läkare efter samråd med föräldrarna avbrutit näringstillförseln. Pojken dog två månader härefter.

Förhistorien var att pojken under lek vid stranden av en sjö hade fallit i vattnet. När han drogs upp efter fem till tio minuter hade han hjärtstopp och var djupt medvetslös. Återupplivning på olycksplatsen, under ambulanstransporten och på akutmottagningen ledde till att hjärtat kom igång. Pojken var dock fortfarande medvetslös och hade generella kramper periodvis. Neurologkonsult ansåg att hjärnbarken var förstörd och att prognosen var mycket dålig. Pojken kunde emellertid tas ur respiratorn efter en tid. Hans spastiskt hypertona tillstånd tilltog dock alltmer och sondmatningen provocerade kramper, vilket medförde risk för aspiration. Då sondmatningen endast uppfattades som ett sätt att förlänga ett sjukdomsförlopp som oundvikligen skulle leda till en för tidig död avbröts denna efter en månad, varefter endast intravenös vätska och kramplösande medel tillfördes. Obduktionen gav inte hållpunkter för att pojken dött av svält utan av den anoxiska hjärnskadan.

Socialstyrelsens bedömning var att en läkare har rätt att avstå från meningslös behandling medan omvårdnad alltid skall ges. Näringstillförsel ansågs höra till omvårdnaden. Ärendet överlämnades av socialstyrelsen till

åklagare för att klarlägga om den ansvarige läkaren gjort sig skyldig till dråp (9). Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik gav läkaren stöd med motiveringen att näringstillförsel intravenöst eller genom sond inte hör till basal omvårdnad utan är en form av behandling. Delegationen framhävde också att åtgärder, vare sig de kallas behandling eller omvårdnad, som endast förlänger och försvårar den sjukes lidande är både meningslösa och inhumana. Åtgärden att sluta ge näring genom sond hade inte syftat till barnets död utan till att göra den obotligt sjukes tillvaro så lugn och litet betungande som möjligt. Döden orsakades av hjärnskadan. Avbrytandet var därmed i överensstämmelse med god vård. Regionåklagaren gick på samma linje och lade ned utredningen (10, 11, 12).

Socialstyrelsen ansåg att flera viktiga frågor förblivit obesvarade och riktade efter att ha begärt uttalanden från experter inom barnanestesiologi och barnneurologi kritik mot den ansvarige barnläkaren, obducenten och en annan rättsläkare. Socialstyrelsen ansåg utifrån erfarenheter från liknande fall att pojken skulle kunnat överleva i ett vegetativt tillstånd under relativt lång tid. Likaså menade socialstyrelsen att svälttillståndet varit bidragande dödsorsak. Trots dessa anmärkningar bedömdes ej motiverat att överpröva regionåklagarens beslut. Preskriptionstiden hade gått ut för prövning av diciplinansvar (13, 14).

Fallet aktualiserar den viktiga och inte ovanliga frågan om vården av irreversibelt koma ("persistent vegetative state"). Socialstyrelsens expert i barnanestesiologi Hans Feychting citerade fyra barn där överlevnadstiden varit 16 år, fem år, respektive fem månader, det fjärde levde fortfarande 2 1/2 år efter hjärnskadan (13). Att avbryta åtgärder som gör mer skada än nytta är inte tillnärmelsevis lika kontroversiellt som att ta ställning till hur länge närings- och vätsketillförsel skall hålla på vid ett vegetativt tillstånd när varken kramper, aspiration eller andra komplikationer riskeras och tillförseln endast förlänger det irreversibla tillståndet.

Solnafallet

En 51-årig kvinna hade sedan 4 år sjukpension på grund av svårartad men till sin natur ej närmare utredd muskelsjukdom.

Hon besvärades av tilltagande värk och kraftlöshet. Då hon dessutom drabbats av näthinnesavlossning med risk för blindhet kände hon tilltagande livsleda. Trots att hon levde i ett harmoniskt förhållande med en jämnårig sambo och en vuxen dotter yppade hon allt oftare självmordsav-

sikter. Räddades av sambon från ett självmordsförsök men påträffades efter en tid åter medvetlös i sin säng med plastpåsar över huvudet. Efterlämnade två brev, ett till sambon som hon tackade för all hjälp och som ombads kontrollera att hon var död och låta henne ligga kvar ett dygn i hemmet, och ett till "läkaren" där hon uppgavs ha tagit sitt liv med en överdos av namngivna smärtstillande och ångestlindrande tabletter. Efter en stunds övervägande tillkallade sambon ambulans. Vid ankomsten till sjukhus hade kvinnan andnings- och hjärtstillestånd. Brevet till läkaren företeddes inte och återupplivning genomfördes. Förblev dock medvetlös, kunde inte tas ur respiratorn och utvecklade epileptiska anfall. Hos sambon mognade efterhand beslutet att göra slut på det hopplösa tillståndet. Han underrättade en del av sin sambos anhöriga om sina planer och dessa stödde dem. Vid ett tillfälle då övervakningen var mindre intensiv, kvävde han henne genom att koppla från respiratorn, täppa till kanylen med ett tuggummi, tejpa för munnen och hålla för näsan. Han erkände för personalen att han kvävt sin fästmö och sade att han gjort det av kärlek. Obduktionen talade för att sambons kvävningsåtgärder haft en avgörande del i kvinnans död.

Vid rättegång företedde sambon en bandinspelning från kvinnan där hon uttalade att det vore en kärleksgärning om sambon hjälpte henne att dö, och att den inte skulle bestraffas utan respekteras. Tingsrätten ansåg den tilltalade skyldig till dråp men begränsade med hänsyn till omständigheterna brottspåföljden till villkorlig dom (15). Domen överklagades både av åklagaren och den dömde men hovrätten fastställde tingsrättens ovillkorliga dom för dråp.

Uppenbarligen var sambons insats för aktiv för att den skulle rubriceras som medhjälp till självmord. Dråprubriceringen synes ofrånkomlig men kvinnans önskan, mannens motiv och den dåliga prognosen har utgjort motiv till villkorlig dom.

Anmälningsärenden

HSAN har 1983 och 1986 behandlat anmälningsärenden och bedömt dem friande i överensstämmelse med riktlinjerna i utredningen Sjukvård i livets slutskede. Motiveringen till det första beslutet var följande: "När det gäller principerna för omhändertagande av obotligt sjuka patienter i livets slutskede – så kallad terminal vård – kan man urskilja två synsätt. Det ena synsättet präglas av ivrig aktivitet i form av provtagningar, under-

sökningar och behandlingar nästan ända in i dödsögonblicket med målsättningen att upptäcka och noggrant korrigera varje liten avvikelse från normala fysiologiska och metaboliska skeenden. Det andra synsättet, som numera synes vara det allmänt omfattade, har som honnörsord lugn skonsamhet och tar sikte på att bekämpa smärta och andra signifikanta subjektiva obehag, samtidigt som provtagningar och undersökningar nedbringas till ett minimum och smärre avvikelser därmed kommer att lämnas obehandlade. Med den "aktiva" linjen kan man kanske förlänga livet, dvs. livskvantiteten en aning, medan med den "skonsamma" linjen i stället livskvaliteten ökar, eventuellt på marginell bekostnad av livskvantiteten" (16).

