

Den snabba medicinska utvecklingen har gjort att vi har fått helt nya möjligheter att behandla svåra sjukdomar, som tidigare ledde till döden. Många människor är rädda att de ska bli föremål för en behandling som inte gagnar dem, där de förlorar kontrollen över sina liv. Detta är ett skäl till att frågan om dödshjälp av och till diskuteras. Ett annat skäl är att många är rädda för svår smärta i livets slutskede. Jag menar att bägge dessa argument för dödshjälp förlorar i giltighet, genom att man ger god medicinsk vård i livets slutskede, men att argumenten mot dödshjälp inte minskat i bärkraft. En frisk människa och en sjuk har inte heller samma uppfattning om vad som är mest värdefullt i livet, ett faktum som unga och friska människor måhända glömmar när de tillfrågas om sin åsikt om dödshjälp av SIFO.

De flesta yrken har ingen speciell etik, vilket ju är fallet med läkare. Man måste fråga sig varför det finns en läkareetik. Varför råder t ex inte marknaden, så att patienterna helt enkelt får den vård de efterfrågar? Det hänger samman med att patienten är i underläge gentemot läkaren, i kraft av dennes expertkunskaper. Till detta kommer att patienten till följd av sin sjukdom inte har samma möjligheter som andra "kunder" att undersöka vad marknaden har att erbjuda. Patienten kommer aldrig att vara kund, åtminstone inte när det gäller svårare sjukdomar – däremot är det viktigt att patientens självbestämmande stärks så mycket som möjligt.

Patientens bästa är viktigt

Maktobalansen har gjort att en etik, som garanterar att läkaren alltid handlar med patientens bästa för ögonen har varit och är nödvändig. Patienten måste alltid känna sig säker på att läkaren står på hennes sida och inte på myndigheternas, försäkringsbolagens, ekonomernas, eller olika ideologiers. Därför finns den grundläggande regeln i läkaretiken som säger att läkaren inte får skada patienten. Det sägs rent ut att

man inte får ge gift till sina patienter, vilket rimligen bara kan tolkas som ett generellt förbud mot dödshjälp. Läkaren ska göra sitt bästa för att bota, i övrigt lindra och trösta.

En annan vanlig missuppfattning är att läkare alltid har som sin plikt att till varje pris förlänga livet på sina patienter, och många är rädda att som döende eller med svåra obotliga sjukdomar bli utsatta för behandlingar som saknar rimlig nytta, och som inte gör den sista tiden i livet lättare. Enligt läkaretiken finns ingen sådan plikt; det är inte läkarens uppgift att till varje pris förlänga livet, tvärtom görs medicinska bedömningar som syftar till att komma fram till vilken behandling som bäst gagnar varje patient.

Ytterligare ett vanligt missförstånd, är att läkare redan ger dödshjälp i form av s k passiv dödshjälp. Det avgörande är dock vilken avsikt läkaren har gentemot patienten och avsikten får aldrig vara att döda. Även i rättssystemet i stort är avsikten helt avgörande när någon är inblandad i dödsfall, och påföljden är helt annorlunda för mord, dråp, eller om man oförskyllt råkat vara närvarande när någon dött. När en läkare avbryter en aktiv behandling som t ex respiratorvård är avsikten inte att döda, bara att sluta ge en behandling som inte hjälper patienten. Att däremot spruta gift i avsikt att döda är en annan sak; däremot har läkaren rätt att ge morfin i så höga doser som krävs för att lindra smärta även om detta skulle kunna riskera att påskynda döendet.

Etik inte bara för filosofer

Själv började jag intressera mig för dessa ganska tunga frågor när jag blev varse att de i allt högre grad diskuteras av filosofer och inte av läkare. Detta kunde vara gott och väl, men problemet är den syn på medicinsk etik som kommer till uttryck hos tongivande filosofer som den uppmärksammade australiensaren Peter Singer, och svensken Torbjörn Tännsjö. Jag ska inte gå i någon djupare polemik med dem i detta sammanhang, men nöjer

mig med att konstatera att de är förespråkare för dödshjälp. Speciellt Singer har gjort sig känd som motståndare till tanken att det finns ett specifikt människovärde, och anser att man ska ha rätt att döda handikappade och/eller sjuka spädbarn inom en månad efter födelsen. Han har föreslagit att människor som inte själva ber om dödshjälp skall kunna få detta. Jag anser att dessa åsikter är mycket oroväckande.

Enligt min mening är en stor risk med dödshjälp, att den utvidgas till att omfatta andra än döende människor med svåra plågor som själva ber om det. Historisk erfarenhet och även aktuella erfarenheter från Holland visar också att dödshjälpen lätt utvidgas till andra grupper.

Hur mår läkare som dödar patienter? Hur bra är de på att empatiskt ta hand om andra patienter med svåra sjukdomar som inte vill dö? Mycket talar för att de mår dåligt av att ge giftinjektioner, och det är också troligt att förmågan till empati försämras, liksom den palliativa vården, som syftar till att ge lindring för svårt sjuka och döende patienter. Om man ber om dödshjälp riskerar man att skada andra, dels läkaren, dels dennes andra patienter.

Det är vanligt med depressioner vid svår sjukdom, och i samband med dessa kan patienter uttrycka en önskan att dö, som i själva verket bara är ett symptom på depression. Det är svårt, för att inte säga omöjligt för läkare, att skilja en "äkta" önskan att dö från ett symptom på depression.

Sammantaget anser jag därför att man inte bör införa dödshjälp utan i stället förbättra vården av svårt sjuka människor och i livets slutskede. Om man trots allt legaliserar dödshjälp bör läkare inte få ge den, utan någon annan yrkesgrupp som inte har till uppgift att vårda patienter. Sannolikt finns ett motsatsförhållande mellan dödshjälp och god palliativ vård.

Johan Frostegård