

Nya fakta om eutanasi

Torbjörn Tännsjö

Hur dör människor i vårt land? Vilken hjälp får de av läkarna? Vilket inflytande har de själva över processen? Dessa frågor borde bli föremål för en grundlig utredning, liknande de som genomfördes i Holland 1991 och 1996, framhåller Torbjörn Tännsjö, professor i praktisk filosofi vid Göteborgs universitet.

Det är idag rutin inom svensk sjukvård att läkare fattar beslut, som på ett eller annat sätt förkortar livet på vissa patienter. Det kan handla om att behandlingar avbryts eller aldrig inleds och det kan handla om sådan palliativ (lindrande) vård, som förkortar patientens liv (en hög morfindos, t ex). Det är tur att man gör så. Alternativet vore onödig plåga för patienterna. Men något som mera sällan förekommer, tror jag, och som åtminstone är strängt förbjudet, är att läkare på patienters begäran uppsåtligt och aktivt dödar dessa. Ändå är det vad vissa patienter ber sina läkare att göra.

Varför får de inte den hjälp de önskar?

Två typer av moraliska överväganden brukar anföras till stöd för rådande praktik.

(1) Det är en skillnad mellan aktivt och passivt dödande. Det förra är oacceptabelt. Det senare kan i vissa fall vara befogat (läran om handling och underlåtelse).

(2) Det är en skillnad mellan avsett och blott förutsett dödande. Det förra är alltid förkastligt. Det senare kan i vissa fall vara befogat (läran om dubbel effekt).

Båda dessa läror är problematiska. Notera emellertid att om båda skulle ha rätt i sina negativa teser (det är fel att döda aktivt och det är fel att döda avsiktligt) skulle vi så att säga vara tillbaka till ruta ett. Då skulle läkare inte längre kunna vare sig underlåta att ge behandling i avsikt att påskynda patientens dödande eller ge sådan smärtlindring, som de visste påskyndade döden. De skulle tvingas hålla oss vid liv till varje pris! Vem skulle i så fall våga dö på sjukhus?

Notera också att om båda läroren skulle ha rätt i sina positiva teser (det kan ibland vara rätt att döda avsikt-

ligt, t ex genom en överdos morfin, och det kan ibland vara rätt att döda avsiktligt, t ex genom att inte behandla) skulle vägen ligga öppen till en holländsk modell: Läkare skulle avsiktligt kunna döda patienterna genom en injektion.

Ett sätt att undvika den slutsatsen vore att hävda att det enda fall då vi får döda avsiktligt är då vi dödar passivt och att det enda fall då vi får döda aktivt är då vi dödar oavsiktligt. Just så tycks läkarna inom den svenska sjukvården resonera. De ger nämligen icke avsedd dödshjälp på ett aktivt sätt (genom smärtlindrande injektioner) och de ger passiv dödshjälp i avsikt att skynda på döden (genom att avbryta näringstillförsel, t ex) samtidigt som de, åtminstone officiellt, undviker aktivt och avsiktligt dödande. Men är det inte något godtyckligt med det resonemanget? Om det inte är fel i sig att döda avsiktligt och inte fel i sig att döda aktivt, hur kan då *kombinationen* bli felaktig?

En liten fyrfältstabell kan illustrera möjligheterna:

dödande	avsett	blott förutsett
aktivt	Holland	Viss smärtlindring
passivt	Ingen näring	Ingen cellgiftsbehandling

Av dessa fyra möjligheter är alltså hela tre officiellt realiserade i vårt land! Därmed kunde man alltså tycka att möjligheten skulle ligga öppen för att också aktivt och avsiktligt dödande av patienter skulle kunna komma ifråga.

När skulle detta i så fall kunna få ske? Ja, åtminstone i de fall det sker i Holland: då patienten lider svårt av sjukdom och har en stabil önskan att dö.

Om det inte är fel i sig att döda avsiktligt och inte fel i sig att döda aktivt, hur kan då kombinationen bli felaktig?

Har det holländska fallet urartat?

Men har inte det holländska fallet urartat? Där dödas ju patienter också utan att de gett sitt samtycke. Det har den sk Rimmelinkrapporten, som publicerades i den brittiska tidskriften *Lancet* 1991, utvisat. En uppföljning publicerad i *New England Journal of Medicine* i november 1996 visar också att uppgifterna från 1991 i huvudsak är representativa för hela perioden fram till 1995.

Kanske är uppgiften att patienter dödas utan att ha gett sitt samtycke oroande. Det beror på, tycker jag, om patienterna som inte kunde lämna sitt samtycke skulle ha gjort det, om de kunnat. Verkligheten är emellertid mer komplex än vad som framgått vid de flesta referaten av Rimmelinkrapportens fynd. Det förstår man då man tar del av en intressant kommentar till den holländska statistiken, som gjorts av Helga Kuhse. I artikeln "Sanctity of life, voluntary euthanasia and the Dutch experience", *Monash Bioethics Review*, Vol 15, No 4, Oktober 1996 ss 13-26. Hon refererar utredningen (den första Rimmelinkrapporten) som har sorterat dödsfallen i ljuset av just de distinktioner de två ovanstående morallärorna lägger vikt vid. Så här blir resultatet.

1990 inträffade 128.786 dödsfall i Holland. Av dessa var det inte mindre än 48.700 patienter som dog till följd av något beslut läkarna tagit. Av dessa dog 22.500 till följd av avbruten eller icke påbörjad behandling, 22.500 till följd av palliativa åtgärder som påskyndade döden och 3.700 till följd av aktiv och uppsåtlig döds hjälp.

Man skulle vilja veta hur motsvarande svenska statistik skulle se ut!

Kuhse tillför nu ännu ett perspektiv, och det är det som gör hennes diskussion av materialet unik. Hon har undersökt i vilken utsträckning de patienter, som dog till följd av läkarbeslut, själva hade medverkat i beslutet. Hon finner då att av alla som dog till följd av läkarbeslut (48.700) dog i grova tal 24.000 till följd av beslut som fattats utan patientens samtycke. Också denna statistik kan brytas ned på olika typer av döds hjälp. Resultatet blir då som följer.

Det handlade om icke frivillig passiv döds hjälp, dvs att inte behandla, i 13.950 fall, det handlade om att ge icke frivillig palliativ vård vilken påskyndade döden, utan att döden var avsedd, i 9.000 fall och det handlade om icke frivillig eutanasi (aktivt och uppsåtligt dödande) i 1.030 fall.

Den sista siffran har vi ofta stött på i debatten om Holland. Visst kan den te sig oroande. Riktigt hur oro-

ande är svårt att säga. Vad man skulle vilja veta är alltså om de patienter, som uppsåtligt och aktivt döddes, utan att ha gett sitt samtycke, skulle ha velat ha döds hjälp, om de hade kunnat välja. Det framgår av rapporten att de inte kunde ge sitt medgivande och att hälften av dem, innan de blev oförmögna att fatta beslut, hade fört frågan om döds hjälp på tal med sin läkare. Nog talar allt för att dödandet av dem var uttryck för barmhärtighet och inget övergrepp.

Ytterligare en viss "tröst" i sammanhanget för anhängare av den holländska modellen är att andelen som fick döds hjälp utan att ha bett om det var mindre bland dem som fick aktiv och uppsåtlig döds hjälp än bland dem som fick passiv döds hjälp eller som dog till följd av smärtlindring. Detta utgör tröst för anhängarna av den holländska modellen eftersom det som verkligen oroar i den holländska statistiken är just att människor kan ha fått "hjälp" att dö, trots att de inte bett om döds hjälp och trots att de varit kapabla att ta ställning i frågan. Exakt hur det i så fall har skett torde vara av underordnat intresse. För den som ville leva vidare, men fick en dödande injektion, hade det knappast varit bättre om näringstillförseln strypts, eller om samma injektion getts, men med ett annat syfte. Men hur många fall gäller detta?

En uppgift för en svensk utredning

Tyvärr har inte Kuhse kunnat vaska fram någon siffra här. Det är en uppgift för en svensk utredning att få fram siffror också på den här punkten, siffror som täcker dagens svenska verklighet. Hur många, bland alla "nollade" på våra sjukhem (som ingen drömmer om att återuppliva, om de får ett hjärtstillestånd), har själva fått ta ställning till saken? Hur många, bland döende på samma sjukhem får själva vara med om att utforma smärtbehandlingen? Det finns inget som talar för att icke frivillig döds hjälp är ovanligare i Sverige än i Holland.

Min misstanke är, att även om cancersjuka femtioåringar, som dör på hospice, har en hel del att säga till om när det gäller palliativ vård är situationen radikalt annorlunda för alla de äldre, som dör en mera "banal" död på något kommunalt sjukhem.

Det är som sagt problematiskt i vilken utsträckning de två här omnämnda morallärorna, om handling och underlåtelse respektive om dubbel effekt, är riktiga. Jag menar att de har rätt i sin kritik av varandra och därmed i sina positiva förmodanden och att de därmed är ogiltiga i sina negativa konstateranden. Det finns med andra ord inget absolut moraliskt förbud vare sig mot ak

Ur lagstiftarens synpunkt är det rimligare att koncentrera sig på patientens situation än på läkarens

tivt dödande eller mot uppsåtligt. Det ligger heller inte någon särskild komplikation i dödande som är *både* avsiktligt och direkt. Det är omständigheterna som avgör. Andra må tänka annorlunda. Detta är emellertid en diskussion som främst hör hemma inom läkarkåren (i min bok *Vårdetik*, Thales, 1993, ss 46-53 kritiserar jag de två lärorerna mera utförligt).

Läkarna får försöka komma till klarhet med sitt samvete på den här punkten. Som potentiell patient intresserar deras huvudbry mig föga. Jag bryr mig lika litet om enskilda läkares syn på dödshjälp som jag föreställer mig att en abortsökande kvinna bryr sig om läkarens syn på abort. Det viktiga ur patientperspektiv är att det finns *någon* läkare till hands, då patienten behöver hjälp och att läkaren är beredd att ge just den hjälp patienten behöver.

Ur lagstiftarens synpunkt är det rimligare att koncentrera sig på patientens situation än på läkarens. Nog borde man väl som patient själv kunna få vara med och fatta beslut i dessa frågor.

Man borde för det första vara garanterad mot att utsättas för någon som helst form av dödshjälp (aktiv eller passiv, avsedd eller blott förutsedd) om detta inte är vad man önskar. Detta kan tyckas självklart, men jag misstänker att dagens svenska situation inte kommer ens i närheten av detta ideal. Det innebär också, i da-

gens pressade ekonomiska läge i sjukvården, att det kan vara frestande att "låta bli" att behandla patienter, som ändå snart ska dö, av kostnadsskäl. Risken för missbruk torde i detta stycke vara större, tvärt emot vad som ofta hävdas, i ett system som det svenska där dödshjälp meddelas i smyg, än i ett system som det holländska, där dödshjälpen ges öppet.

För det andra tror jag också det är ofrånkomligt att vi på sikt närmar oss just en holländsk modell, där patienterna själva får *välja* vad slags hjälp att dö de vill ha. En sådan utveckling av synen på patientens autonomi ligger så att säga i förlängningen av att man börjar ta på allvar också gamla och svagas rätt att ha ett ord med i laget, när de blir föremål för beslut som förkortar deras liv.

Ett system med *öppen* dödshjälp, under noga reglerade former, motverkar också slutligen tendensen av att av ekonomiska skäl upphöra med att behandla människor, som skulle välja att leva ett slag till, om de fick alternativet presenterat för sig och gavs adekvat vård.

Ännu är det emellertid för tidigt att formulera bestämda lagförslag. I första hand behöver vi i Sverige en lika grundlig utredning av hur människor dör, som de som gjordes i Holland 1991 och 1996 och som Helga Kuhse ställt i intressant ny belysning. Hur dör människor i vårt land? Vilken hjälp får de av läkarna med sitt döende? Vilket inflytande har de själva över processen?

När resultatet av den svenska utredningen föreligger är det dags att ta itu med en diskussion om lagstiftningsfrågorna.