

Synpunkter på läkarens etiska ansvar i sjukvården

Av professor Gustav Giertz, Stockholm

Under medicinens tidigare utveckling var läkarevetenskapen nära allierad med de humanistiska vetenskaperna, men under de senaste decennierna betraktas medicinen alltmer som ren naturvetenskap. Vad våra studeranden får lära sig är kemi, fysik, biologi, med andra ord betingelserna för livets uppkomst och utveckling, hur sjukdom skall upptäckas, botas och förebyggas. Våra strävanden har lett till mängder av detaljkunskaper — men det är som om vi samtidigt skulle ha förlorat de vidare perspektiven. Särskilt under det senaste årtiondet har vi läkare emellertid åter på ett påträngande sätt konfronterats med de stora livsfrågorna. Vad är livets mening? Varför kämpar vi för att uppehålla livet? I vilken utsträckning skall vi hävda livets helgd?

Aktuell nyorientering

I Sverige lever vi just nu mitt uppe i en brytnings-tid. Det är inte lätt att överblicka och analysera vad som sker under ytan av nuets aktuella händelser. Kyrkan är alltså ansluten till staten och förhållandevis få medborgare har brukat sin rätt att lämna henne utan att inträda i annat trossamfund. Vi döper i stor utsträckning våra barn, majoriteten av ungdomen konfirmeras och de döda vigs i regel till den sista vilan inom kyrkans hägn. Men det är uppenbart att vi står inför en nyorientering. Många människor känner sig inte hemma i kyrkans värld. Man håller av tradition och uppfostran fast vid vedertagna normer, kanske framförallt därför att man har svårt att överblicka situationen och därför också svårt att skapa sig en egen uppfattning. Uppfostran av vår ungdom har i vissa avseenden förlorat i fasthet, därför att vi i den äldre generationen varit villrådiga och

sökande och därför inte kunnat enas kring vissa grundläggande moraliska principer.

Det är emellertid tydligt att inflytelserika krafter målmedvetet försöker leda utvecklingen efter nya linjer. Religionsundervisningen skall framförallt ge en objektiv redogörelse av olika livsåskådningar i syfte att underlätta ett personligt ställningstagande. De flesta etiska frågor ställs under förutsättningslös debatt och det berättigade i gamla regler för mänsklig samlevnad ifrågasätts.

Debatten

Den villrådighet, som nu råder har kommit till uttryck bl.a. i den livliga debatt, som under senare år förts kring de etiska problem, som möter oss läkare.

Jag skall till att börja med beröra diskussionen kring fyra av dessa problem — abort, eutanasi, klinisk forskning och transplantation av mänskliga organ.

Abortfrågan

I Sverige har genom åren förts ingående diskussioner kring förutsättningarna för abort. Behovet av en ny abortindikation blev aktuell i samband med avslöjandet av vissa läkemedels skadeverkningar på fostret, främst neurosedyn. Divergerande åsikter framfördes i debatten. Början av denna fick en skarp relief i det s.k. Liege-fallet, där en moder dödat sitt svårt handikappade och neurosedynskadade barn. En redaktör i en av våra morgontidningar skrev: "Endast i en värld utan kärlek kan man hävda att livet, när det är förkrymt och berövat alla utvecklingsmöjligheter, är heligare än allt annat". Han ville dock samtidigt göra gällande att denna uppfattning inte innebar något avkall

på respekten för människolivet, ty detta är "en så väsentlig del av vår kultur att den aldrig kan rubbas". Det måste dock, fortfarande enligt denna redaktör, givas undantag, eftersom det i vårt liv inte kan finnas "något, som hur förhållandena än skiftar skulle äga absolut prioritet". Motparten hävdade att vi måste göra allt som står i vår makt för att hindra lidande, men upphäva det genom att döda har vi inte rätt till. Den nya indikationen antogs som bekant av riksdagen 1963.

Frågan om fri abort har åter förts fram i diskussionen. Ingen vill heller här förneka människovärdet. De, som inte vill godtaga fri abort betraktar fostret och den födda människan, som ifråga om människovärde likställda och anser att det här inte går att göra någon skillnad mellan påbörjat och medvetet liv. De å andra sidan, som kräver fri abort, avvisar frågan om fostrets människovärde som ovidkommande genom att dra gränsen för "verkligt liv" vid födelsen eller vid ett sent stadium av graviditeten. Avgörandet av var man sätter gränsen får enligt denna uppfattning bli en rimlighetsfråga.

Sveriges läkarförbunds etiska regler föreskriver alltså: "Läkaren skall besinna sin plikt att skydda och bevara människoliv alltifrån dess tillkomst i moderlivet". En förhållandevis bred läkaropinion torde också alltså vara emot abort på vida indikationer.

Eutanasi

Bla. med utgångspunkt från ett aktuellt fall har det också förts en livlig offentlig debatt angående eutanasi och därmed sammanhängande problem. Begreppet eutanasi har använts i skilda bemärkelser. Ursprungligen betecknade ordet den del av läkekonsten, som gällde skötseln av döende, alltså konsten att hjälpa den sjuke att få en lugn och smärtfri men naturlig död. Under det sista århundradet har begreppet alltmer kommit att användas i betydelsen medicinskt barmhärtighetsdödande.

Det aktuella fallet var följande. I december 1960 intogs en 80-års kvinna med hjärnblödning på en medicinsk avdelning på ett lasarett i nordliga Sverige. Hon var och förblev medvetslös och

tillfördes under drygt 2 månader vätska i dropp. Efter viss men kortvarig förbättring av tillståndet blev patienten sämre. De anhöriga ifrågasatte det meningsfulla i att fortsätta en behandling, som ej kunde leda till tillfrisknande. Överläkaren fann synpunkten rimlig och handlade därefter. Ungefär en vecka senare avled patienten.

Fallet kom till medicinalstyrelsens kännedom och bedömande. Läkarens åtgärd att utsätta droppet förklarades icke stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett av de vetenskapliga råden förklarade, att överläkarens åtgärd inte kunde moraliskt försvaras. Disciplinär bestraffning ansågs emellertid tillräcklig även i beaktande av att patienten antogs ha avlidit tidigare än hon annars skulle ha gjort.

Tydligen för att få prejudikat ville man dock ha saken prövad inför domstol. Landsfogden, som fick den juridiska utredningen om hand, hemställde att riksåklagareämbetet skulle göra ett uttalande i frågan. Han var nämligen tveksam rörande vilken bedömning, som kunde vara den juridiskt riktiga. Riksåklagaren framhöll i sitt utlåtande, att läkarens underlåtenhet att handla kunde föras tillbaka på ett välgrundat tvivel rörande den varaktiga effekten av behandlingen. Det skulle därför framstå som stötande att på denna underlåtenhet tillämpa straffbudet om mord. I följd härav vore läkarens förfarande att bedöma endast som tjänstefel och frågan om ansvar i detta avseende borde prövas av domstol.

I medicinalstyrelsens senare utlåtanden kan man märka en förskjutning i styrelsens inställning. Dess disciplinnämnd uttalade sålunda i den fortsatta utredningen bla.: "Även om man principiellt anser, att en livsuppehållande behandling ej får avbrytas, kan det tänkas att vissa förhållanden dock motiverar att så sker." Det ges exempel på fall där "fortsatt behandling är meningslös och avbrytes trots att den är livsuppehållande. Detta handlingssätt kan inte anses felaktigt." Häradsrättens dom blev friande. Rätten konstaterade att fortsatt näringstillförsel icke haft någon medicinsk eller mänsklig uppgift att fylla. Riksåklagaren beslöt först att överklaga häradsrättens dom, men återkallade sedermera sitt överklagande. Detta

trots att han fortfarande hävdade, att den åtalade läkaren förfarit felaktigt såtillvida att starka medicinska och humanitära skäl inte förelåg när näringstillförseln medelst dropp avbröts.

Man har i debatten framhållit, att det synes otillfredsställande, att riksåklagaren trots sin klart uttalade uppfattning inte vidhållit sin talan och att frågan därmed inte prövats inför högre instans så att man en gång för alla juridiskt skulle kunna ha fastslagit, om läkare måste utnyttja varje tänkbart medel för att uppehålla liv på döende patienter. Att riksåklagaren avstått från att föra målet vidare synes antyda en tvekan om värdet av ett prejudikat på ett så subtilt område som detta, där meningarna är starkt delade och utvecklingen öppnar oanade perspektiv. Vilka motiv han än må ha haft finns det fog för den uppfattningen, har det framhållits, att ingen lag kan skrivas så, att den även i de extrema fallen skulle bli en otvetydig vägvisare för rätt eller orätt handlande. Här måste finnas stort spelrum, anser man, för specialistens på kunnande och ansvar grundade ställningstaganden.

Forskningen och forskarens dilemma

Ett annat område, där vi läkare kan stå inför svåra avväganden gäller den medicinskt-kliniska forskningen. Låt oss här först slå fast, att i dagens kamp mot mänskligt lidande, mot sjukdomar och död, torde forskningen betyda mer än det praktiska handlandet ute på fältet — kanske inte i nuet, men sett på lång sikt. Jag behöver bara tänka på arbetet på min egen klinik; hur mycket av gårdagens handlande var inte förgäves trots all ambition och trots alla ansträngningar inte minst när det gällde s.k. radikal kirurgi. Men tack vare forskning, d.v.s. ständigt prövande av nya möjligheter, vinner vi dagligen terräng. Den aktuella frågan är i vilken mån har man rätt att låta forskningen influera på det medicinska handläggandet av det enskilda fallet. Det är en plikt-kollision. En forskare kan stå inför en situation, där han har anledning förmoda, att om han utförde ett kliniskt experiment, som innebure att ett fåtal patienter offrades, så skulle han därmed kunna lösa ett medicinskt problem, vilket skulle bli till

välsignelse för många. Har man som rättesnöre för sitt handlande livsregeln, att söka skapa största möjliga lycka åt största möjliga antal människor, skulle genomförandet av ett sådant experiment vara berättigat. Ett accepterande av en sådan handlingslinje skulle emellertid snabbt leda till ohållbara konsekvenser och till en läkarkårens förtroendekris. Det centrala i vårt kliniska handlande måste vara patientens hälsa och tillvaratagandet av hans intressen. Det ökade intresset för klinisk forskning gör emellertid att denna primära plikt kan bli eftersatt. I enskild verksamhet och på mindre avdelningar, där det praktiskt taget alltid finns ett naturligt förhållande mellan patient och läkare, är risken förhållandevis liten. På våra stora sjukhus med teamarbete och ett omfattande remissystem tunnas de personliga relationerna ut mellan den sjuke och läkaren. Då de vetenskapliga ambitionerna på dessa sjukhus ofta är särskilt stora, skapas en miljö, där ständig vaksamhet krävs för att den enskilde individens intresse inte skall ställas på mellanhand.

Vid universitetsklinikerna ställs vi dagligen inför sådana avgöranden. Vi vill ta hänsyn till patienten, men vi vill också främja forskningen. De principiella ställningstagandena är här så svåra att de inte alltid kan hänskjutas enbart till den enskilde forskarens samvete och etiska inställning. Det är därför tacknämligt att Världsläkarförbundet samlats kring en deklaration i dessa frågor. Den återspeglar världsamvetet på detta område. I vår egen läkarkodex stadgas vidare: "Läkaren skall tjäna sina medmänniskor i enlighet med människokärlekens bud. Läkarens främsta mål skall vara patientens hälsa och han skall efter bästa förmåga söka utreda dennes behov av hjälp". Det råder sålunda ingen tvekan om att de etiska normer för vårt handlande kring vilka världens och vårt eget lands läkare samlats, inte tillåter att patientens bästa sättes i efterhand. Föreligger en motsättning mellan olika intressen måste patientens bästa i första hand beaktas.

Etik och transplantation

I blickpunkten för dagsintresset står slutligen de etiska aspekterna på problem sammanhängande

med transplantation. Diskussionen har även här gällt ett aktuellt fall. Vid njurtransplantation utnyttjades som givare en medvetlös patient, som på grund av ett, som det bedömdes, obotligt hjärnliknande behandlades i respirator. Efter operationen fortsattes behandlingen, givaren avled först mer än ett dygn efter det att njuren avlägsnats. Det juridiska bedömandet av fallet är ännu ej avslutat.

Jag skall försöka belysa vissa av de problem som sammanhänger med njurtransplantation med utgångspunkt från Världsläkarförbundets deklARATION. För mottagarens del är problemet inte svårt att överblicka. Den sjuke befinner sig i en hopp-lös situation och det är enligt deklARATIONEN här klart tillåtet att pröva en ny metod, som kan leda till bättring även om den är övergående. Patienten måste givetvis insättas i förhållandena och ge sitt samtycke. En annan och ofta förbisedd fråga är under vilka omständigheter en njursjuk skall anses ha moralisk rätt att acceptera de offer en givare erbjuder.

Givareproblemet är svårare. Transplantationskirurgin befinner sig ännu på ett förhållandevis outvecklat stadium, och de regler som gäller för klinisk-experimentell forskning bör kunna tillämpas. Givaren är här i vissa avseenden närmast att jämföras med en försöksperson och experimentet går ut på att han skall ge sin ena njure för att rädda en människas liv. Det syns mig som om deklARATIONEN ger en god vägledning för vad som här kan anses tillbörligt, trots att den inte utarbetats särskilt med hänsyn till dessa problem. I deklARATIONEN hävdas: "Försökspersonen bör befinna sig i ett sådant psykiskt och legalt status, så att han tillfullo kan nyttja sin valfrihet". Det kan sålunda inte vara etiskt försvarbart att utöva någon som helst press på en presumtiv givare — och detta torde i många situationer vara svårt att undvika. Det kan vidare inte anses vara förenligt med god läkaretik, att använda döende som givare. Den döende har ingen möjlighet att ge sitt medgivande eller att utnyttja sin valfrihet. Förfarandet strider också mot läkaretikens grundregel, att den personliga integriteten måste respekteras. En döende är alltså en levande människa och han

äger sina elementära mänskliga rättigheter till dess han avlidit.

För att skapa större klarhet är det enklast om begreppet döende elimineras från diskussionen. Vi kan då slå fast att transplantation av njure från levande utan vederbörandes tillstånd inte kan accepteras. Men lagen medger däremot, åtminstone är förhållandena så i Sverige, att organ från avliden får utnyttjas. Frågan koncentreras då till problemet var går gränsen mellan liv och död.

Dödsbegrepp och dödsförlopp

Tidigare var det mestadels så, att bevarandet av hjärtat, lungornas och hjärnans funktioner nära sammanhänge med varandra. Ett hjärta som stannat kom aldrig mer igång, en stor hjärnblödning medförde ofta dålig andning med ty åtföljande dödande lunginflammation. Med de resurser som vi nu har till vårt förfogande särskilt på de moderna sjukhusens intensivvårdsavdelningar har det naturliga dödsförloppet emellertid upplöst i sina beståndsdelar. Fastän vissa fundamentala livsfunktioner definitivt satts ur funktion kan man genom artificiella åtgärder hålla andra vitala funktioner igång.

I den diskussion, som uppstått i njurtransplantationsfrågan, har det därför gjorts gällande, att vi behöver en ny definition av begreppet död. Bl.a. har det hävdats, att den som förlorat medvetandet och om vilken man inte har något hopp att det skall återvända borde kunna betecknas som "död" även om övriga livsfunktioner upprätthålls. Uppenbart är detta förslag framfört för att skapa bättre möjligheter för organtransplantation. I syfte att erhålla livsdugliga organ har man strävat efter möjlighet att få ingripa redan innan en person kan karakteriseras som död enligt hävdvunna normer.

När det gäller njurtransplantation har situationen kommit i ett delvis nytt läge sedan det visat sig möjligt att använda njurar, som avlägsnats upp till 1/2 timme efter dödens inträde och sedan det visat sig att man om njuren nedkyls har en viss tidsfrist innan själva transplantationen behöver äga rum.

Givareproblemet kan också angripas efter en

annan linje, nämligen att man skapar rättsliga möjligheter för en individ att stipulera att hans organ måtte få utnyttjas för transplantation, om han skulle komma i en situation, där möjligheten att överleva av en läkarnämnd bedömes som utsiktslös, och där han på grund av sitt tillstånd icke själv kan ge sitt medgivande.

Samhöriga problem

Min framställning torde ha visat att dessa läkar-etiska problem hänger intimt samman. Problemen rör ej sällan frågan om vi människor kan fastställa en tidpunkt då livet har slutat att vara människovärdigt — alltså klart samma centrala frågeställning som i abortproblemet fastän det där rör tidpunkten, när ett människovärdigt liv börjar. Båda problemen tvingar till ett ställningstagande i frågan om människan har rätt att dra sådana gränser, om hon kan göra avkall från den absoluta förpliktelsen att skydda liv. Det föreligger två möjligheter vid ställningstagandet. Den ena möjligheten är, att låta förpliktelsen att skydda och bevara människoliv gälla oinskränkt. Enligt denna åsikt saknar människan en norm efter vilken hon själv kan bestämma livets längd. Hon saknar också en norm efter vilken hon kan bedöma om ett liv är värdelöst eller värdefullt. Å andra sidan finns det i Sverige stridbara förespråkare för aktiv eutanasi d.v.s. för rätten till medicinskt barmhärtighetsdödande. Professor Ingemar Hedenius frågar: "Är läkarens virtuosa skicklighet att lappa ihop skadade människor och sända dem tillbaka till det s.k. livet — blinda eller döva med grava personlighetsförändringar, svagsinta eller utan rörelseförmåga — verkligen en vinst ur människovärdesynpunkt?" Man har också i detta sammanhang framhållit ekonomiska skäl. Är det verkligen meningen att vi skall inrikta oss på att ge sjukvården sådana resurser, att den kan ge alla, som skulle kunna få en livsuppehållande behandling, en sådan, även när utsikterna att räddas till livet är små. Måste vi inte utgå från att människan har att göra ett val mellan vad som är livsdugligt och inrikta ansträngningarna på de livsdugliga?

Människovärdet som riktmärke

Åsikterna går vida isär, men en norm synes flertalet sluta upp omkring, nämligen människovärdet. Idén om ett obetingat människovärde kan emellertid inte rationellt motiveras. Uppenbarligen har många människor — svårt sinnesslöa, obotligt sinnessjuka, grova återfallsförbrytare m.fl. inte något positivt värde för samhället, många av dem inte heller för någon enskild människa. Idén om det obetingade människovärdet, som i sig inbegriper livets okränkbarhet, bottenar i tro; tro på en mening med varje människoliv, även det eländigaste.

Problemställningen är inte enkel. Vi konfronterar här med grundprinciperna för mänsklig samlevnad, vilka inte kan vara givna en gång för alla. Vi måste stå öppna för diskussion och med vidsynthet försöka orientera oss bland de nya aspekter en föränderlig tid skapar. När människosläktet föddes stod en obrukad värld till hennes disposition, idag är den hotande överbefolkningen mänsklighetens dominerande problem. Vi synes gå mot en katastrof, om detta problem inte kan lösas genom målmedveten planering. Personligen har jag liksom så många andra läkare i princip varit emot abort. När vi efter ett företaget ingrepp stått med fostret i vår hand har det varit alltför uppenbart att ett människoliv släckts. Jag tror — och jag vet att jag inte är ensam om det — att det är vår abortlagstiftning, som bidragit till den nuvarande osäkerheten om livets helgd. Om det är tillåtet att utsläcka liv, som kanske skulle haft tillfälle till välsignelsebringande tillvaro, varför skulle det då vara otillåtet att hjälpa en gammal människa, som har sitt liv bakom sig över gränsen? Men hur skall vi ställa oss om vi inom en snar framtid kommer att få medel i vår hand som istället för att förhindra konception förorsakar avstötning av ägget i omedelbar anslutning till befruktningen. Skall vi av etiska skäl avstå från en sådan möjlighet till familjeplanering under strikt hävdande av livets okränkbarhet. Mig synes de alltmer få rätt, som hävdar att det är en rimlighetsfråga var man skall dra gränsen mellan "påbörjat och medvetet liv".

Hjälp att leva

I diskussionen kring eutanasi har det på senaste tiden också kommit in ett nytt moment, nämligen frågan om livets och dödens värdighet. Jag vill här nämna något om min personliga ståndpunkt. Vid behandling av hopplöst sjuka bör vi försöka handla så, att patienten trots allt kan leva ett så normalt liv som möjligt och i möjligaste mån befrias från smärtor. Mycket av vårt medicinska handlande går ut på att göra sådana avväganden.

Låt mig klargöra detta med ett exempel från mitt eget verksamhetsområde. Vi urinvägskirurger står inte sällan inför fall, där en tumör i urinblåsan, som nått en sådan utbredning att vi inte kan operera radikalt och ytterligare strålbehandling inte kan ges, alltså växer vidare. Är tumören belägen i blåsbotten, växer den förr eller senare över på urinledarna och därmed hindras avflödet av urin från njurarna till blåsan. Om vi inte gör någonting dör patienten i urinförgiftning, utför vi däremot ett urinavledande ingrepp d.v.s. skapar betingelser för urindränage genom en fistel, kommer patienten inte att dö i urinförgiftning utan genom fortsatt spridning av tumören. Vid vårt ställningstagande söker vi handla så, att patienten trots allt kan leva ett så normalt liv som möjligt och att han i möjligaste mån befrias från smärtor. Vi väljer den väg som mänskligt och medicinskt verkar klokast och räknar således inte endast med sannolik överlevnadstid.

De äldres vård

När det gäller vård av äldre är jag personligen i regel emot långt driven försiktighet. Man får inte utan starka skäl ta ifrån den gamle hans glädjeämnen, binda hans aktivitet och tvinga honom att leva ett intresselöst och överksamt liv, endast i syfte att förlänga livet.

När livet går in i sitt slutskede, måste vi handla efter liknande principer. Alltid göra det bästa möjliga av situationen. Så länge den sjuke är medveten, måste vi hjälpa honom fysiskt och psykiskt, låta honom känna samhörigheten med sin omgivning och försöka ge honom tillfälle att vara aktivt verksam, om han så önskar. Men när en hopplös sjuk glider in i en slutgiltigt inaktivitet

skall vi inte vara beskäftiga. Detta omhändertagande vill jag inte kalla dödshjälp. Vi vill inte hjälpa patienten att dö utan att leva så positivt och så drägligt som omständigheterna kan medge. Det är svårt att finna en adekvat benämning men jag har stannat inför uttrycket: Vård under livets slutskede.

Döden utan återvändo måste accepteras

När skall vi då ge upp striden? I de flesta fall är det inte svårt att avgöra. Så länge vi inte är övertygade om att allt hopp är ute bör vi i regel kämpa med de medel som står oss till buds, men när vi kan konstatera att slutet måste komma, då skall vi också låta vårt handlande influeras av detta faktum. Döden är i detta läge ett naturligt skeende, som bör få ha sin gång. Tanken att vi läkare skulle vara tvungna att t.ex. respiratorbehandla en patient, när det inte finns någon återvändo, blott för att förlänga hans liv är skrämmande. Det måste betraktas som något självklart, att en läkare inte i alla situationer behöver använda alla till buds stående medel för att förlänga livet. En sådan princip skulle snabbt leda till ohållbara konsekvenser och spränga vår sjukhusorganisation. Det vore omänskligt och enligt mitt förmenande oetiskt. Dessa avgöranden är rent medicinska — ingen enda åtgärd görs i syfte att döda patienten — vi avstår från behandling därför att den inte fyller någon uppgift, därför att den inte är i patientens intresse. Jag vägrar bestämt att uppfatta detta vårt handlande som ett medicinskt dödande — döden har redan vunnit striden trots all vår kamp. Och det måste vi erkänna.

Endast ett erkännande av denna gräns kan lösa de problem, som för många gjort tanken på själva dödsprocessen ångestladdad och kommit dem att tala om rätten att slippa leva medan de menat att slippa en på konstlad väg utdragen dödsprocess — fruktan för en artificiell förlängning av livet, då livet redan berövats alla sina möjligheter och endast döden återstår.

Hjälp till smärtlindring

När eutanasi diskuteras drar man ofta upp problemet om dosering av smärtstillande medel. Jag

ser på denna fråga på samma sätt som på vårdproblemet i övrigt. Vi läkare är i allmänhet återhållsamma med att ge narkotika på grund av tillvänningsrisken. Inför döden, när denna risk inte har någon betydelse, kan vi ge högre doser än vad som annars är lämpligt, men vi ger denna höga dos för att hjälpa en människa att glömma sina smärtor, för att hjälpa henne att leva — vi gör det inte med sikte på att förkorta hennes liv. Som så ofta i medicinskt handlande måste vi även här ibland ta en viss risk för att nå en vinning — här i form av hög dosering för att nå smärtlindring. Men detta är inte barmhärtighetsdödande, det är försök att skänka smärtfritt liv.

Den medicinska utvecklingens skiftande problem

Den snabba tekniska och medicinska utvecklingen har skapat stora problem — problem som inte kan lösas av naturvetenskapliga detaljforskare utan endast genom klarare insikt om människans kallelse och livets mening. Våra behandlingsmöjligheter är ofta, det vet vi alltför väl, sorgligt otillfredsställande. Men å andra sidan står vi numera dagligen inför situationer, där vi äger resurser att förlänga livet, men där vi tvekar att satsa, därför att vi inte är övertygade om att fortsatt behandling skulle kunna gagna den sjuke — livet har inte något mer att bjuda, krafterna är slut, döden efterlängtd, naturlig. Det syns mig uppenbart att vi läkare i vissa situationer inte kan dra oss undan ansvaret att avstå från behandling, som mänskligt måste bedömas som meningslös. Jag förstår dem, som tvekar att ge oss läkare detta förtroende, och även de läkare som tvekar att axla ansvaret. Det kan lätt missbrukas inte bara av okunnighet och oförstånd utan också av bekvämlighet och av andra icke godtagbara motiv. Men utvecklingen är ofrånkomlig. Vår ställning kommer att bli särskilt svår, därför att våra avgöranden måste komma att influeras inte bara av mänskliga utan också av ekonomiska hänsyn. Samhällets resurser kommer sannolikt icke att öka i takt med de medicinska landvinningarna — respiratorer, plasthjärtan, konstgjorda njurar o.s.v. En sund utveckling kommer att fordra avvägning mellan olika

sociala behov och där kommer sjukvården att kunna prioriteras endast intill en viss gräns.

Jag tror emellertid att farhågorna på denna punkt är överdrivna. Det ligger i sakens natur att det måste ta viss tid innan medicinska landvinningar, som kräver stor sjukhusorganisation, utbildning av personal och betydande ekonomisk insats från samhällets sida, kan föras ut på det praktiska fältet. Situationen blir särskilt svår om de nya möjligheterna presenteras i massmedia innan vi läkare fått tillfälle att pröva dem i den omfattning, som krävs för att kunna bedöma resultat och därmed ange klara indikationer. Härigenom skapas ett behov, innan väl avvägda resurser kan ställas till förfogande. Under denna latentid uppstår lätt tragiska situationer, förhoppningar väcks, som inte kan infrias, och vi läkare ställs inför nödvändigheten att välja ut vissa fall för behandling under det att andra måste avvisas. Detta urval är särskilt svårt, därför att vi på grund av bristande erfarenhet ännu inte vet vilka fall som lämpar sig för behandlingen ifråga. Med andra ord föreligger det risk för att vi satsar till buds stående resurser på fel patienter.

Även de hopplöst sjuka skall ha vård

Något bland det väsentligaste för svensk sjukvård för närvarande är att långtids- och kronikervården blir utbyggd i erforderlig omfattning. Kunde vi förena denna utbyggnad med en delvis ny syn på sjukvårdens uppgift vore mycket vunnet. Hur ofta har jag inte hört kirurger efter operation säga: "Det finns ingenting att göra. Tumören kunde inte avlägsnas". Det är naturligt, att vi kirurger i en sådan situation lider av begränsningen i vår förmåga. Men vi måste lära oss att trots alla våra ansträngningar är livet ändligt och att en av läkarens stora uppgifter är omvårdnaden av hopplöst sjuka. Det finns mycket att göra. Vi har ägnat detta problem för litet intresse både medicinskt och psykologiskt, vår skolning på akutsjukhus gör att vi frestas att i det sista pressa diagnostiken och att driva en aktiv behandling trots att patienten bävar inför nya undersökningar. Han längtar efter ro, personlig skötsel och allmänmänsklig omvårdnad. Sådan vård kan ges med

förhållandevis små medel. Vi måste lära oss att respektera de sjukas och de gamlas önskan härvidlag. Sker en omvärdering av dessa sjukas vårdbehov i den riktning jag nu antytt kommer resurser att kunna frigöras för akutvård av andra patienter.

Kravet på oss läkare kommer att öka, kanske inte så mycket som tekniker och specialister, utan som människor, humanister. Den automatiserade utrustningen och data har kommit för att stanna, men framgent kommer det att bli än väsentligare än nu, att grundvalen för vår verksamhet bygger på patienternas förtroende. Det når vi inte med rationalisering och tekniska finesser, därför fordras personlig inlevelse, psykologi och människokärlek. Vi måste vara inte bara naturvetare utan också filosofer. Vi behöver en allmänmänsklig skolning, vi bör inte bara söka kontakt med kemister, fysiker och tekniker utan också med teologer, filosofer och jurister. Intet mänskligt får vara oss främmande.

Avgörande etiska ställningstaganden

Det för mig allt överskuggande problemet är hur vi skall kunna komma fram till auktoritativa ställningstaganden, när det gäller de nya etiska avgöringar, som den medicinska och tekniska utvecklingen ställer oss inför. Jag behöver inte framhålla att vi, som vårt demokratiska samhälle nu gestaltats, bör rätta oss efter givna lagar och förordningar. Men förhållandena kan ändras. Under Nürnberg-rättegångarna dömdes inte läkarna för att de följt sitt lands lagar utan för att de brustit mot vissa etiska principer, som ansågs stå högre än dessa. Våra svenska läkarregler stadgar också att vissa etiska normer måste gälla mer än statliga påbud.

Den katolska kyrkan har i högre grad än vår

tagit som sin uppgift att precisera normer för medicinskt handlande, inte minst i situationer där olika intressen måste komma i konflikt med varandra. Mycket av vad där deklarerats är välbetänt och värt att beakta.

Med tiden har jag personligen stannat inför en enkel livsåskådning. Livet är en kamp mellan gott och ont. Hur den kampen kommer att sluta är beroende på oss människor, på våra ställningstaganden och på vår insats. Ingen har kunnat övertyga mig om att den striden skulle vara avgjord på förhand — alltså ligga enbart i händerna på en högre makt. Mitt livs uppgift är att ställa mig i det godas tjänst, oegennyttigt och oavbrutet. Personligen har jag en upplevelse av att det goda jag gör är mig givet, att jag således bara är ett verktyg styrt av en utomvärldslig kraftkälla. Så får livet en mening. Verkan av det goda jag gör lever vidare, onda gärningar kan bli till förbannelse genom generationer. Så skall varje dag brukas i det godas tjänst och detta vare sig vi är friska eller sjuka. Bland de rikaste intryck jag äger är minnen av människor, som på ett värdigt sätt stått inför döden och som i sina sista stunder kunnat fälla ord, som blivit ledstjärnor för efterlevande. Över en dödsbädd ligger andakt, inför döden får våra problem vidare aspekter och under inflytande av dödens närhet kan mycket bli sagt, som kan bli till välsignelse och stöd, som kan lösa konflikter och frigöra krafter. Det är bl.a. på grund av denna livssyn, som det för mig personligen är svårt att acceptera tanken på aktiv döds hjälp.

Inget av de problem jag här berört kan lösas tillfredsställande om vi människor vandrar självskhetens vägar. Principer och påbud kan vara till viss ledning — men vardagshandlandet måste genomstrålas av inspirerad vilja att hjälpa och stödja. Vi måste våga tro på en kallelse.