

Motion till riksdagen
2009/10:So335

av Mikael Oscarsson och Jan Erik Ågren (kd)

Livshjälp och inte dödshjälp

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om dödshjälp.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att palliativ medicin bör bli en egen medicinsk specialitet.¹

¹ Yrkande 2 hänvisat till UbU.

Fel! Okänt namn på

Motivering

Allt oftare höjs krav på att läkare medvetet ska få döda svårt sjuka, svaga och lidande patienter inom sjukvården genom så kallad dödshjälp. Allt sedan Hippokrates formulerade sin ed har läkarvetenskapen dock byggt på förtroendet att patienten ska kunna lägga sitt liv i läkarens händer för att denne alltid ska lindra och trösta – och om möjligt bota. Att ta död på patienten, istället för sjukdomen och smärtan, har aldrig ingått i läkarkårens uppgifter i ett civiliserat samhälle. Inte ens om patienten själv efterfrågar det, som eden uttrycker det.

En läkare kan inte både bota och döda.

Inte minst handikapprörelsen har engagerat sig mot kraven på legalisering av så kallad dödshjälp. Barbro Gregorson, verksam i De Handikappades Riksförbund, DHR, har vid ett föredrag i Sveriges riksdag mycket stringent och övertygande tydliggjort att detta beror på att ”en sådan lag riskerar att urholka människovärdet och förstärka den negativa synen på oss med funktionsnedsättningar och på sjuka människor. Ett annat skäl till att vi säger nej är att trovärdigheten till och förtroendet för sjukvården kommer att minska”.

Redan i dag är det ett faktum att en svårt sjuk eller funktionshindrad person riskerar att inte få samma hjälp som när vi ”normalhandikappade” kommer till sjukvården. Barbro Gregorson beskriver hur ”akuta sjukdomstillstånd och livsnödvändiga åtgärder ifrågasätts, om de redan har en omfattande funktionsnedsättning. Ibland har endast genom anhörigas ingripanden behandling satts in och livet kunnat räddas”.

Självklart ska den som har exempelvis muskeldystrofi och andningsproblem, och är beroende av rullstol och bärbar respirator, behandlas på precis samma sätt som exempelvis en annars frisk riksdagsledamot om de båda kommer svårt skadade eller medvetlösa till akuten. Men med en människosyn där värdet och värdigheten sitter i vad vi kan göra, istället för i vår blotta existens, är det inte säkert att vårdpersonalen värderar dessa båda liv lika högt. Som riksdagsledamöter ska vi dock göra det – och därför säga nej till varje steg närmare en legalisering av så kallad dödshjälp.

Ingen ska behöva förhandla om sitt liv i ett akut sjukdomstillstånd, men om det sägs vara ok att ge svårt sjuka, svaga och lidande patienter dödshjälp i en viss situation är faran överhängande att hela människosynen förändras på ett icke önskvärt sätt så att det påverkar hur svårt sjuka, svaga och lidande personer behandlas – eller inte behandlas – även i andra situationer.

Vi vet alltför väl hur det i dag ser ut i Nederländerna, som för flera år sedan slog in på denna vådliga väg. Situationen går inte att bortförklara, även om många försök har gjorts av dödshjälpens tillskyndare. En stor andel av dem som får så kallad dödshjälp – det vill säga som medvetet dödas inom sjukvården i Nederländerna – är sådana patienter som inte själva uttryckt en önskan om dödshjälp eller inte kan uttrycka en sådan önskan eftersom de inte är vid medvetande.

År 2005 fick exempelvis 550 personer dödshjälp fast de inte begärt det. Dessutom kommer förfrågan om dödshjälp oftare från de anhöriga än från

Fel! Okänt namn på

patienterna själva. Villkoren för vilka som kan ges dödshjälp har dessutom utökats, så att debatten nu rör personer som inte alls är döende, utan exempelvis funktionshindrade barn. Detta visar att accepterandet av dödshjälp griper omkring sig och för oss ut på det – inte sällan förnekade – sluttande planet.

Varken kravet att förfrågan om dödshjälp ska vara frivillig eller kravet att det ska röra sig om outhärdligt lidande i livets slutskede behöver längre uppfyllas i Nederländerna. FN:s människorättsråd har också kritiserat hur de nederländska reglerna är utformade.

DHR kan nu berätta om hur de får information från nederländska organisationer om hur funktionshindrade män och kvinnor går omkring med kort där det står att de inte vill ha dödshjälp om de skulle hamna på sjukhus och inte kan göra sig förstådda!

Utgångspunkten måste därför fortsatt vara att sjukvården i Sverige ska rädda liv.

I sin Idé- och målskrift uttrycker DHR sig så här om dödshjälp: ”DHR tar avstånd från legalisering av aktiv dödshjälp. Dödshjälp innebär ett ifrågasättande av livets okränkbarhet. Våra erfarenheter av nedsatt rörelseförmåga, sjukdom och svåra livssituationer har lärt oss, att livet alltid har ett värde. Vi vill ha livshjälp – inte dödshjälp.”

DHR pekar också på hur krav på dödshjälp ofta vilar på felaktiga föreställningar om funktionsnedsättningar som en katastrof och ett omänskligt lidande. Ofta är det också personer som talar utifrån sådana föreställningar som kräver dödshjälp.

Istället för dödshjälp är det livshjälp samhället måste erbjuda, exempelvis i form av hemtjänst och LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), och en väl fungerande palliativ vård för den som befinner sig i livets slutskede. Detta är alternativet till dödshjälp som vi måste utveckla ytterligare. Den som är rädd för en ovärdig död med mycket smärta, måste också få information om hur verkligheten i dag ser ut med goda möjligheter till palliativ vård och en värdig död på exempelvis ett hospis. Människor måste kunna lita på sjukvården även inför sin död, och veta att exempelvis smärtlindring och annan lindring finns tillgänglig i dag.

Nu finns det dessvärre inte bara enskilda personer som driver frågan att även Sverige ska slå in på samma sluttande väg som Nederländerna redan gjort: I november 2008 föreslog en arbetsgrupp inom Statens medicinska rådet (SMER) att det den kallar läkarassisterat självmord ska legaliseras inom sjukvården. Visst kan självmord anses vara ett fritt val, men generellt anses självmord vara något att förebygga och motverka – och det är bekymmersamt att SMER lämnat denna självklara hållning! Att dessutom blanda in läkare – vars uppgift är att lindra, trösta och bota – skulle undergräva förtroendet för hela den svenska sjukvården.

SMER:s arbetsgrupp säger visserligen att förutsättningen ska vara att patienten befinner sig i ”livets slutskede”, men gör samtidigt direkt ett undantag som visar att ”livets slutskede” är ett för den tänjbart begrepp. Gruppen går själv ut på det sluttande planet utan att reflektera över det. Den säger nämligen att läkarassisterat självmord ska vara möjligt även för patienter ”som inte är omedelbart döende, men som lider av svår och plågsam sjukdom”.

Fel! Okänt namn på

DHR påpekar att detta inbegriper många av deras medlemmar.

”I stället för livshjälp ska vi alltså erbjudas läkarassisterat självmord”, konstaterade Barbro Gregorson vid sin föreläsning i riksdagen. Utifrån det faktum att SMER inte ens nämner prevention eller förebyggande av självmord frågade hon retoriskt: ”Vad speglar det för attityder till oss!?”

Mot denna bakgrund bör riksdagen ge regeringen till känna att dödshjälp även fortsatt ska vara förbjudet i Sverige.

Det är också av största vikt att det inte bara finns ett fåtal fungerande hospis i vårt land, utan att det i alla landsting finns välfungerande hospisavdelningar och/eller avancerad palliativ vård i hemmet. För att nå hit, och för att statusen att arbeta med palliativ vård ska höjas, är det vidare troligt att palliativ medicin måste bli en egen specialitet inom läkarutbildningar och inom vården. Om det utbildas specialister inom palliativ medicin lägger det en viktig grund för att utveckla hospisverksamheten och palliativ vård.

Stockholm den 1 oktober 2009

Mikael Oscarsson (kd)

Jan Erik Ågren ()