

av Mikael Oscarsson och Annelie Enochson (KD)

Palliativ vård

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att palliativ medicin bör bli en egen specialitet inom läkarutbildningen.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att varje sjukhus ska ha palliativ kompetens.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att alla äldreboenden ska ha tillgång till palliativ kompetens.

Motivering

Utvecklingen mot att vi i vårt land skulle tillåta dödshjälp eller läkarassisterat självmord inom sjukvården, tycks ha mött så hårt motstånd att frågan nu nästan kan sägas vara utagerad. Statens medicinsk-etiska råd drev visserligen frågan om läkarassisterat självmord så sent som 2008, men deras förslag att läkare ska kunna skriva ut dödliga doser till patienter som vill begå självmord möttes av ogillande och tystnad. Få andra inrättningar vill acceptera avsiktligt dödande inom sjukvården. Särskilt som förslaget redan i sin första tappning var mycket liberalt.

Däremot har de uppdaterade riktlinjerna från Socialstyrelsen kring vård i livets slutskede, sedering osv. tagits väl emot. Kanske beror det på att de just tydliggör gränslinjerna och säger nej till legalisering av aktiv dödshjälp.

Men fortfarande finns det mer som behöver göras.

Inte minst har handikapprörelsen engagerat sig på ett förtjänstfullt sätt för att stoppa legaliseringen av dödshjälp. Barbro Gregorson, verksam i DHR – Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet – 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 en mer frisk person kommer till sjukvården, enligt Gregorson. Hon 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”.

Vi vet också hur allvarlig situationen är i Nederländerna, som redan 2001 kritiserades av FN:s Människorättskommitté. En stor andel av dem som får dödshjälp är sådana patienter som inte själva uttryckt en önskan om dödshjälp eller inte kan uttrycka en sådan önskan eftersom de inte är vid medvetande. Allt oftare kommer kraven från de anhöriga, och otillbörlig press riktas mot de sjuka. Omfattningen – ca 2000 fall/år – indikerar att dödshjälp inte sparas till svåra sjukdomsfall. Villkoren för vilka som kan ges dödshjälp har dessutom utökats, så att debatten nu inte bara rör personer som är döende och med omfattande lidande, utan exempelvis barn med funktionsnedsättningar. Detta visar att accepterandet av dödshjälp griper omkring sig och för oss ut på det – inte sällan förnekade – sluttande planet.

Denna makabra verklighet kring dödshjälpens överspridningseffekter går inte att bortförklara, även om många försök har gjorts av dödshjälpens tillskyndare.

Utgångspunkten måste därför fortsatt vara att sjukvården i Sverige ska rädda liv. Men därför finns det också mer att göra.

Istället för dödshjälp är det angeläget att samhället erbjuder livshjälp, 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 alternativen 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 hospice. Människor måste kunna lita på sjukvården även inför sin död, och veta att exempelvis smärtlindring och annan lindring finns tillgänglig.

Det är också av största vikt att det inte bara finns ett fåtal fungerande hospice i vårt land, utan att det i alla landsting finns välfungerande hospiceavdelningar och/eller avancerad palliativ vård i hemmet. För att nå hit, och för att statusen att arbeta med palliativ vård ska höjas, måste palliativ medicin bli en egen specialitet inom

läkarutbildningar och inom vården. Om det utbildas specialister inom palliativ medicin lägger det en viktig grund för att utveckla hospiceverksamheten och palliativ vård. Men den palliativa kompetensen behöver inte bara finnas på hospice, utan på varje sjukhus. Slutligen bör äldreboenden, där många av oss kommer att dö, ha tillgång till palliativ kompetens.

Stockholm den 28 september

2011

Mikael Oscarsson (KD)

Annelie Enochson (KD)