1990 hade jag ansvaret för vården av en man med svår sklerodermi, vi kan kalla honom Björn. Sjukdomen hade medfört angrepp på inre organ, svårast var ett destruktivt lungengagemang. Han hade utretts och vårdats på regionsjukhuset, man hade bland annat övervägt lungtransplantation men funnit att sådan inte var möjlig att genomföra. Han hade så småningom överförts till länsdelssjukhuset, och när inte mer fanns att göra där, till hemsjukvården.

 Björn var i trettiofemårsåldern, han var gift och hade två minderåriga barn. Familjen bodde i en villa i ett mindre samhälle. Jag hade vid många hembesök lärt känna familjen väl. Björns hustru, som själv hade diabetes, var ett utomordentligt stöd för sin man i hans svåra situation. Varje kväll kopplade Björn upp sig mot en hemrespirator som under natten hjälpte till att syresätta blodet. Vi kontrollerade regelbundet syresättningen med artärgasanalyser. Med den mycket begränsade lungkapacitet som Björn hade tog bara morgonrutinerna med toalettbesök, tvätt och påklädning flera timmar. Han var sedan bunden till hemmet, att röra sig utomhus var otänkbart. Aptiten var minimal, ingenting smakade. Det enda han såg framför sig var en tilltagande försämring, och att han så småningom skulle bli helt bunden till respiratorn.

 En morgon gjorde Björn ett halvhjärtat självmordsförsök genom att skära sig i ena handleden. Vi hade många samtal efter detta. Björn var inte deprimerad. Han hade en helt realistisk verklighetsuppfattning men hade svårt att se att de veckor eller månader han hade kvar att leva kunde tillföra honom något värde.

 Så småningom mognade ett beslut fram. Björn bestämde sig i samråd med sin hustru för att avsluta sitt liv genom att undvika att lägga sig i respiratorn under natten. Jag konsulterade mina kolleger på lungkliniken på regionsjukhuset. Björn skulle knappast överleva mer än ett dygn om han inte fick den nattliga respiratorvården.

 Den natt när detta skulle ske planerades noggrant. Vi laddade upp med ångestdämpande och smärtstillande preparat som skulle kunna ges intravenöst om det skulle behövas. En distriktssköterska skulle vaka hos familjen under natten. Jag fanns tillgänglig på telefon.

 Nästa morgon när jag gjorde hembesök låg Björn i djup koma. Han avled några timmar senare med sin familj omkring sig.

 Björn, som hade en begränsad överlevnadstid, hade möjlighet att själv, utan läkarassistans avsluta det liv som han fann meningslöst. De flesta patienter som befinner sig i en liknande situation har inte den möjligheten.

 Jag har under mitt yrkesliv flera gånger blivit tillfrågad av patienter som befinner sig i terminalt skede om hjälp att avsluta livet. Ibland har det varit en ogenomtänkt önskan där patienten efter ett fördjupat samtal modifierat sin ståndpunkt. Andra gånger har det varit svårare att inte kunna tillmötesgå patientens önskan.

 De flesta människor har under större delen av sin levnad en möjlighet att välja att avsluta sitt liv. Då detta sker är det tragiskt nog förmodligen i de flesta fall en följd av en behandlingsbar psykisk sjukdom. Mot slutet av livet, då det kan finnas rationella skäl att avkorta ett meningslöst lidande, finns ofta inte den möjligheten. Jag har svårt att förstå skälet till det. Varför skall vi, mot slutet av livet när vi har alla möjligheter att få stöd i det svåra beslutet, förlora vår autonomi?

 Det argument som brukar framföras mot dödshjälp, att det skulle leda till indikationsglidning, ett ”sluttande plan”, finns det mig veterligen inget vetenskapligt stöd för. Ett annat argument skulle vara att förtroendet för sjukvården skulle minska om möjligheten till dödshjälp fanns i vissa mycket speciella situationer. Jag skulle för egen del få ett större förtroende för sjukvården om jag visste att jag fick behålla min autonomi ända till slutet.

 Jag skulle som läkare inte heller ha något som helst problem med att hjälpa en terminalt sjuk, lidande människa att avsluta sitt liv på ett värdigt sätt. Jag skulle se det som en kärlekshandling.

Sune Fredenberg

Pensionerad allmänläkare och smärtspecialist