

Debatten om läkarassisterat suicid speglad i Läkartidningen

GENOMGÅNG AV PUBLICERAT MATERIAL UNDER 2004–2017 VISAR ATT BEGREPPSFÖRVIRRING OCH OFÖRSONLIGHET ALLTJÄMT RÅDER

Rurik Löfmark,
pensionerad läkare,
Gävle
• rurik.lofmark@telia.com

År 2004 publicerade Tore Nilstun och undertecknad en redovisning av dödshjälpsdebatten i Läkartidningen under dess första 100 år. Genomgången omfattade 121 artiklar. Endast ett par av dem var regelrätta studier, och debatten speglade mest den egna övertygelsen [1]. Möjligheten till läkarassisterat suicid fanns vid den tiden i Schweiz, den amerikanska delstaten Oregon, Nederländerna och Belgien, och erfarenheterna därför hade börjat publiceras.

Avsikten med denna artikel är att redovisa vad som publicerats i Läkartidningen därefter och att söka en enhetlig beskrivning av olika dödshjälpsbegrepp. Debatten i Läkartidningen efter 2004 har främst rört aktiv dödshjälp, dvs när en läkare injicerar ett medel med avsikt att förkorta en lidande patients liv. Läkarassisterat suicid, dvs när en läkare endast skriver recept på ett medel som patienten själv kan inta, har inte varit i fokus. Debattörerna har inte alltid skilt på aktiv dödshjälp och läkarassisterat suicid eller ens avbrytande av livsuppehållande behandling.

På senare tid har »självalt livs slut« börjat användas som en eufemistisk beteckning av läkarassisterat suicid, vilket lett till förvirring. Även ordet »eutanasi« kan skapa oreda, eftersom det leder tanken till Nazitysklands regelrätta mord på olika svaga grupper.

Ur straffrättslig synpunkt skiljer sig aktiv dödshjälp från läkarassisterat suicid. Det förra är inte tillåtet enligt svensk lag, medan det senare inte är olagligt men anses stå i strid med hälso- och sjukvårdslagstiftningen, eftersom en läkare genom legitimationen är underställd vissa krav gentemot sin patient. Denna fråga är dock inte rättsligt prövad på över 30 år. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har föreslagit att detta utreds [2].

Fram till slutet av 1990-talet vågade läkarkåren ibland inte avbryta redan insatt behandling av rädsla för att anklagas för dödshjälp. Samtidigt höll palliativ vård på att införas, men endast på några få platser i landet.

Ett 70-tal artiklar, rapporter och notiser 2004–2017

Läkartidningen har under åren 2004 till 2017 publicerat ett 70-tal artiklar, rapporter och notiser, dvs en flerfaldig ökning, men inga systematiska studier. Man hänvisas dock till två svenska forskningsstudier som publicerats på annat håll [3, 4].

År 2005 publicerades en bok med en utförlig genomgång av fakta och värderingar om dödshjälp - »Att få hjälp att dö - synsätt, erfarenheter, kritiska

»Debattörerna har inte alltid skilt på aktiv dödshjälp och läkarassisterat suicid eller ens avbrytande av livsuppehållande behandling.«

frågor« - skriven av framstående svenska etiker, jurister och religiösa företrädare, som recenserades i Läkartidningen [5].

Ännu en bok, »Dödshjälp. Etiska och juridiska aspekter« av den kanadensiske filosofen LW Sumner, presenterades i Läkartidningen 2013 [6]. I boken redovisas ett faktaunderlag som är viktigt att beakta i all seriös debatt i frågan. Målgruppen är inte bara läkare, patienter och anhöriga; alla människor har anledning att reflektera över dessa frågor och ta ställning till dem.

Väsentliga erfarenheter och faktaaspekter i debatten

Svenska läkare och myndigheter är nu på det klara med att livsuppehållande behandling kan avslutas när den inte längre är till gagn för patienten. Numera kan även respirator- eller pacemakerbehandling avbrytas på patientens begäran, liksom alla former av läkemedelsbehandling [7-10].

Indikationsglidning och farhågor för utveckling av

HUVUDBUDSKAP

- Fakta visar att befarad indikationsglidning har uteblivit och att var tredje svensk läkare är positiv till läkarassisterat suicid.
- Den palliativa vården har stora brister.
- Allmänhetens förtroende skulle öka om assisterat suicid godkänns. Allt fler länder har godkänt läkarassisterat suicid.
- Myndigheter och politiker är dock fortsatt ovilliga att utreda frågan.
- Debatten har präglats av fortsatt begreppsförvirring och oförsonlighet.

s k sluttande plan har uteblivit i Oregon, där läkarassisterat suicid praktiserats i nära 20 år. Åren 1998–2014 tog 1 327 personer ut recept enligt deras regelverk (Death with dignity act); 468 personer (35 procent) valde att inte använda läkemedlet [11]. År 2015 fick 218 personer recept; 132 använde läkemedlet, vilket motsvarar 0,39 procent av alla avlidna i delstaten [12].

En svensk studie har visat att 35 procent av läkare med olika specialiteter var positiva till att en svårt sjuk patient kan få läkarassistans att själv avsluta sitt liv, om det inte innebär några repressalier. Det ska jämföras med 40 procent som är negativa [4, 13]. En fjärdedel (25 procent) hade inte tagit ställning eller var tveksamma.

En annan svensk studie har visat att förtroendet för sjukvården i Sverige hos den breda allmänheten skulle minska hos 16 procent, öka hos 39 procent och förbli oförändrat hos 45 procent om möjligheten till läkarassisterat suicid infördes [5]. European values study undersökte år 2008 närmare 50 000 individer i 44 europeiska länder och visade att ju högre tillit man hade till sjukvården, desto mer positiva attityder fanns till eutanasi [14].

Den palliativa vården har byggts ut avsevärt och ska nu erbjudas merparten av alla patienter med cancer och neurodegenerativa sjukdomar samt en del patienter med hjärt-lunjsjukdom, njur- och leversjukdom i slutstadiet [15]. Socialstyrelsen rapporterar dock att det finns stora brister [16] och betydande skillnader i landstingens och regionernas samt kommunernas palliativa vård [17].

Det finns nu möjlighet till s k palliativ sedering, dvs att få sova in till döden vid oacceptabelt lidande i livets absoluta slutskede [18]. Patienterna kan inte kräva palliativa sedering, utan indikationen avgörs av palliativmedicinare. I Läkartidningen har också uppkommit en diskussion om huruvida palliativ sedering ur strikt etisk synpunkt är en form av aktiv dödshjälp [19-25].

Statens medicinsk-etiska råd har upprepade gånger hos regeringen begärt att frågan om läkarassisterat suicid ska utredas [26]. Denna begäran har läm-

»Svenska läkare och myndigheter är nu på det klara med att livsuppehållande behandling kan avslutas när den inte längre är till gagn för patienten.«

nats utan avseende, och inget politiskt parti har lyft frågan. Ett ökande antal riksdagsledamöter är dock positiva till en sådan utredning [Staffan Danielsson, Stockholm, pers medd; 2016].

Bred erfarenhet av läkarassisterat suicid saknas i Nederländerna, eftersom patienter och läkare anser att aktiv dödshjälp är lindrigare och säkrare för patienten. Under åren 2001-2005 hade aktiv dödshjälp sjunkit från 2,6 till 1,7 procent och läkarassisterat suicid från 0,2 procent till 0,1 procent av dödsfallen [27].

Nya data från Nederländerna kommer att publiceras inom kort [Agnes van der Heide, Amsterdam, pers medd; 2017].

Kanada [28], Luxemburg, Colombia och ett antal stater i USA, bl a Oregon, Washington, Montana, Vermont, Kalifornien och New Mexico, har valt möjligheten att erbjuda läkarassisterat suicid [29].

Ett särfall i sammanhanget utgör Schweiz. Där kan vem som helst, inte bara läkare, hjälpa en människa

»Det allra vanligaste var, liksom tidigare, att argumentera för den egna övertygelsen, vilken bland döds-hjälpsmotståndare till övervägande del bygger på Hippokrates och Läkarförbundets yrkesetik eller på religiösa skäl.«

att suicidera så länge hjälparen inte har någon vinning av det. Det som särskiljer Schweiz är att man där ser dödshjälp mindre som en medicinsk fråga och mer som en mänsklig rättighet [30].

Argumentation för den egna övertygelsen

Det allra vanligaste var, liksom tidigare, att argumentera för den egna övertygelsen, vilken bland döds-hjälpsmotståndare till övervägande del bygger på Hippokrates och Läkarförbundets yrkesetik eller på religiösa skäl. Förespråkarna argumenterar främst för patientens rätt att få avgöra själv.

Läkarförbundets yrkesetik har utvecklats från Hippokrates skrifter och moderniserats i flera steg under de senast decennierna. År 1951 publicerades den första upplagan [31] och där stod i § IV: »Läkaren skall besinna sin plikt att skydda och bevara människoliv alltifrån dess tillkomst i moderlivet.« I slutet av 1960-talet togs bisatsen bort för att inte komma i beråd med den kommande abortlagstiftningen. Nu står i § 2 [32]: »Läkaren ska besinna vikten av att skydda och bevara människoliv och får aldrig medverka i åtgärder som syftar till att påskynda döden.« Reglerna utvecklas alltså i samklang med samhällets värderingar.

Behovet av en s k samvetsklausul har lyfts fram [33], liksom möjligheten att skriva livstestamente [34] även i Sverige.

Förespråkarna för läkarassisterat suicid argumenterar främst för att patienter själva ska få bestämma över sitt liv. En läkare med egen erfarenhet av amyotrofisk lateralskleros och lidande i livets slutskede riktar sig till sina kollegor som anser att läkarassisterat suicid inte bör införas i Sverige med följande uttalande [35]: »Ni har ingen yttranderätt förrän ni fått ALS.«

Angeläget med genomgripande utredning av definitioner

Av den internationella litteraturen om läkarassisterat suicid är bara en bråkdel refererad i Läkartidningen, och utrymmet medger inte detta här.

Den svenska debatten i Läkartidningen tyder på

att det vore angeläget med en genomgripande utredning av definitioner inom området samt en belysning av internationella erfarenheter och etiskt avgörande skillnader mellan att avstå från livsuppehållande behandling, läkarassisterat suicid, palliativ sedering och aktiv dödshjälp. Även försvarbara juridiska regler, samvetsklausuler och livstestamenten behöver beskrivas. Dessutom behövs ett ställningstagande till vilken tyngd patienters fria vilja bör ha när det gäller läkarassisterat suicid.

Läkartidningens alla publikationer om dödshjälp, läkarassisterat suicid och självalt livsslut finns på <http://www.lakartidningen.se/Sok-arkiv/>. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2017;114:EP37*

REFERENSER

1. Nilstun T, Löfmark R. Dödshjälpsdebatten i Läkartidningen under 100 år. Få studier men många argument för den egna övertygelsen. *Läkartidningen. 2004;101:3349-54.*
2. Lövrup M. SMER vill utreda möjligheter till läkarassisterat självmord. *Läkartidningen. 2008;105:3403.*
3. Lindblad A, Löfmark R, Lynøe N. Physician-assisted suicide: a survey of attitudes among Swedish physicians. *Scand J Public Health. 2008;36(7):720-7.*
4. Lindblad A, Löfmark R, Lynøe N. Would physician-assisted suicide jeopardize trust in the medical services? An empirical study of attitudes among the general public in Sweden. *Scand J Public Health. 2009;37(3):260-4.*
5. Brian M. Mångsidig och neutral översikt i frågan om dödshjälp [recension]. *Läkartidningen. 2006;103:3113.*
6. Hermerén G. Dödshjälp i tanke och praxis [recension]. *Läkartidningen. 2013;110:169.*
7. Lövrup M. Fokus på rätten att avstå livsuppehållande behandling. *Läkartidningen. 2009;106:3141.*
8. Flodin T, Engström I. Rätten att avstå från vård. *Läkartidningen. 2010;107:1203.*
9. Lövrup M. Socialstyrelsen: Respektera patientens nej till livsuppehållande behandling. *Läkartidningen. 2010;107:1211.*
10. Engström I. Att avbryta en livsuppehållande behandling är ett etiskt beslut. *Läkartidningen. 2011;108:1168-9.*
11. Oregon Public Health Division. Oregon's Death with Dignity Act - 2014. [https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/](https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf)
12. Oregon Public Health Division. Oregon Death with Dignity Act: 2015 data summary. 4 feb 2016. [https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/](https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf)
13. Lövrup M. Läkarassisterat självmord splittrar läkarkåren. *Läkartidningen. 2008;105:3630.*
14. Köneke V. Trust increases euthanasia acceptance: a multi-level analysis using the European Values Study. *BMC Med Ethics. 2014;15:86.*
15. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19107/2013-6-4.pdf>
16. Wigzell O, Broman C. Stora brister i den palliativa vården. *Läkartidningen. 2016;113:EEL7.*
17. Nationella riktlinjer - Utvärdering. Palliativ vård i livets slutskede. Sammanfattning med förbättringsömsråden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20396/2016-12-3.pdf>
18. Örn P. Delegation för medicinsk etik ändrar riktlinjerna. Beslutskapabel patient i respirator bör få läkarhjälp att avsluta sitt liv. *Läkartidningen. 2007;102:1120-1.*
19. Karlsson M, Strang P, Leijonhufvud M, et al. Replik till Leijonhufvud och Lynøe: Finns det en etisk skillnad mellan dödshjälp och sederingsterapi? *Läkartidningen. 2010;107:3221-2.*
20. Leijonhufvud M, Lynøe N. Replik: Vems värden ska accepteras - den palliativa vårdens eller patientens? *Läkartidningen. 2010;107:3222-3.*
21. Gahrton G. Tillåt aktiv dödshjälp när hoppet om bot är ute. *Läkartidningen. 2011;108:2261.*
22. Wedin M. Replik: Inte förenligt med läkarrollen att vidta åtgärder i syfte att avsluta patientens liv. *Läkartidningen. 2011;108:2261.*
23. Samuelsson H. Kan palliativ sedering vara ett alternativ till aktiv dödshjälp? *Läkartidningen. 2013;110:697.*
24. Engström I, Karlsson M. Palliativ sedering kan inte beställas. *Läkartidningen. 2013;110:CHYY.*
25. Tännsjö T. Palliativ patientmakt. *Läkartidningen. 2013;110:CFY4.*
26. Lövrup M. Smer vill ha dialog om dödshjälp. *Läkartidningen. 2016;113:EEMM.*
27. van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med. 2007;356(19):1957-65.*
28. Lövrup M. Kanadas högsta domstol öppnar för läkarassisterat självmord. En enig högsta domstol i Kanada har slagit fast att den kanadensiska strafflagens förbud mot läkarassisterat självmord strider mot konstitutionen. *Läkartidningen. 2015;112:DDA6.*
29. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen B, Urwin JW, et al. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA. 2016;316(1):79-90.*
30. Lövrup M. Myter får vika för fakta när dödshjälp sätts under lupp. *Läkartidningen. 2009;106:1076-80.*
31. Codex Ethicus Medicorum Svecorum. Svenska Läkartidningen. 1952;49:1-3.
32. Sveriges läkarförbund. Läkarförbundets etiska regler. <https://www.slf.se/lon-arbetsliv/etikochansvar/etik-lakarforbundet-etiska-regler/>
33. Breimer L. Läkarassisterat självmord - ett självmål för svensk sjukvård. *Läkartidningen. 2016;113:EEW4.*
34. Ahnlund G. Apropå! Möjligheten till självalt livsslut. Utred även livstestamente. *Läkartidningen. 2015;112:DMIZ.*
35. Ljungblad U. Läkare och ALS-patient - reflektioner och en del kritik: »Från offpistakning till rullstol på 1,5 år». *Läkartidningen. 2014;111:C7CT.*