

DET HELIGA LIVET

Förnuftet kan inte förklara alla förhållanden

Frågor som hur man skall fortsätta leva trots stora svårigheter, om hur man skall få tillbaka hoppet, löses inte med förnuftets och logikens hjälp. Dödens oåterkallelighet är en annan faktor att ta hänsyn till när man diskuterar allas rätt till att ta sitt liv, eller allas rätt att ha tillgång till sk dödshjälp.

I Lund i juni i år ägde det sjätte europeiska symposiet om suicid och suicidalt beteende rum. Lagom till denna sammankomst, och delvis influerad av Nederländernas liberala inställning till eutanasi, tog Torbjörn Tännsjö, professor i praktisk filosofi, åter upp sin idé om samhällshjälp till självmord på ett slags självmordskliniker.

Samma idé lanserade han i boken »Tvång i vården», som gavs ut 1995, och som gav upphov till en del debatt. Nu som då är det viktigt att Tännsjö's idéer inte får stå oemotsagda, och jag vill därför från en medicinsk och läkar-etisk synpunkt ifrågasätta och bemöta hans tankegångar, som utmynnar i en positiv syn på aktiv dödshjälp.

Ett bemötande är angeläget också med tanke på den debatt om eutanasi som i vår förts i Läkartidningens spalter, och där även läkaren och författaren P C Jersild förespråkade dödshjälpens berättigande.

Moraliskt berättigat

Tännsjö får själv utveckla sin tankegång om dödshjälp. I marsnumret av Moderna Tider skriver han således: »De flesta människor anser ... att det finns situationer då självmord är en moraliskt berättigad handling och att det i dessa fall kan vara rätt att hjälpa den som vill ta sitt liv.» Tännsjö menar vidare att samhällets inställning till självmord är tvetydig. Visserligen tillåter lagen

Författare

SUSANNE RINGSKOG

överläkare, psykiatriska kliniken
Ystad-Österlen, Ystads sjukhus.

självmord, skriver han, men samhället tillhandahåller normalt ingen hjälp för den som vill ta sitt liv. Tännsjö anser då att samhället bör stå till tjänst med ett slags självmordskliniker:

»Dit skulle den som ville ta sitt liv kunna söka sig. Klinikens huvuduppgift skulle vara att förebygga självmord genom att tillhandahålla all upptänklig hjälp med lösningen av dessa personers problem. Framhärdat de i sin vilja att dö, trots alla erbjudanden om hjälp att leva vidare, skulle kliniken och dess team av psykiatrisk, medicinsk och social expertis ha som uppgift att utröna allvaret i denna önskan att dö... Var patienten psykiskt frisk och var hennes beslut oryggligt, skulle hon emellertid få den hjälp att ta sitt liv på ett värdigt och smärtfritt sätt som hon begärde.»

Hur många sådana här självmordskliniker skulle behöva inrättas i Sverige? Hur många människor skulle beröras?

200 000 med suicidtankar

I många år har antalet säkerställda suicid i Sverige legat kring 1 600 per år. Tillsammans med de sk osäkra självmorden anser man att antalet självmord uppgår till ca 2 000 varje år. Sedan 1992 har emellertid dessa siffror sjunkit. 1994 uppgick antalet självmord till ca 1 700.

Självmordsforskningen i Sverige, liksom i övriga världen, är ganska omfattande. Jag skall här bara ta upp några delar ur denna kunskapsmängd för att något belysa bilden av den självmordshandlande.

I praktiken räknar psykiatrin med en skala av suicidbeteenden, som går från passiva dödsönsknningar via suicidtankar, suicidplaner och suicidhandlingar till fullbordat självmord.

Räknar man på så vis, har ca 200 000 människor i Sverige varje år suicidtankar, 20 000 gör suicidförsök och ca 2 000 (1 700) fullbordade självmord inträffar varje år.

Dessa dödsfall genom suicid motsvarar knappt 2 procent av alla dödsfall i Sverige under ett år. Samtidigt är suicid den vanligaste dödsorsaken för unga mellan 18 och 45 år.

Ser man på frekvensen av suicidför-

DEBATT

»Vi som arbetar inom sjukvården och som möter dessa suicidhandlande patienter vet emellertid att livet är mycket mer sårbart – att det är alldeles för lätt att mista livet – än vad många föreställer sig. Det svåra är inte att dö, utan att rädda någon undan döden.»

sök, suicid och fördelningen mellan kvinnor och män i olika åldersgrupper, finner man att unga kvinnor mellan 16 och 25 år är den ålderskategori som gör flest suicidförsök. Den grupp som gör flest fullbordade suicid är män över 75 år. Den åldersgrupp av kvinnorna som oftast tar sitt liv är den mellan 46 och 55 års ålder [1].

Internationellt sett ligger Ungern på första plats i självmordsstatistiken med 43 suicid per 100 000 invånare och år, Danmark på andra med 30, Sverige på nionde med 19 och Norge på 12:e plats med 12 [Statistisk årsbok 1986].

Många riskfaktorer

Till de psykosociala riskfaktorerna för självmord räknas bl a manligt kön, alkoholmissbruk, tidigare suicidförsök, avsaknad av socialt stöd, att vara ensamstående, att vara arbetslös och att suicid förekommit i släkten (närvaron av en »modell» – 25 procent av suicidpatienter kommer från familjer där någon suiciderat).

Ökad risk förekommer vidare efter tidig separation från endera föräldern. I en undersökning av 40 suicidhandlande patienter hade 52 procent av dem förlorat kontakten med en eller båda föräldrarna före 18 års ålder [2].

Ännu en riskfaktor är somatisk sjukdom. 17 procent av 416 suicid i Uppsala mellan 1977 och 1984 hade en somatisk sjukdom som hade samband med självmordet. De vanligaste diagnoserna

var malign tumör, Parkinsons sjukdom och multipel skleros [3].

I en färsk doktorsavhandling visas dessutom att invandrare, särskilt sådana som lider av s k posttraumatiskt stressyndrom t ex efter tortyr, också uppvisar ökad självmordsfrekvens [4].

Hopplöshet farligare än depression

Den psykologiska variabel som mest korrelerar med fullbordat suicid är *hopplöshet*, som uppvisar starkare samband än till och med förekomst av depression [5].

För s k »repeaters» (personer som upprepar suicidförsök, vilket sker i mellan 12 och 25 procent av fallen) gäller dessutom: långvariga interpersonella och sociala problem, alkohol- eller annat missbruk, stor tendens till impulsivitet och att agera ut under stress, bristande flexibilitet samt ofta separation från modern före 15 års ålder.

Om man sätter risken att dö i suicid till 1 procent för normalbefolkningen, så är motsvarande risk för personer med depression 15 procent och för alkoholmissbrukare mellan 9 och 25 procent. För personer med schizofrenidiagnos är suicidfrequensen hög – 30 procent.

»Filosofiska självmord» existerar inte

Jag nämner alla dessa förhållanden kring de suicidhandlande därför att jag och många med mig – i motsats till Torbjörn Tännjö – inte tror att det existerar något sådant som »filosofiska självmord»: att »beslutskapabla, psykiskt friska fattat ett oryggligt beslut».

Den ansamling av psykiska och sociala belastningsfaktorer ovan, som suicidhandlande uppvisar, tyder bara på misär och hjälpbehov. Som professor Jan Beskow sammanfattat det: Suicidalt beteende är meddelanden om outhärdliga lidanden och oftast en önskan om hjälp. Låt oss aldrig glömma att självmordsbeteende i de flesta fall är ett uttryck för viljan att leva. *Visst vill jag leva, men inte så här* [6].

Fel fråga, fel nivå

Hur kan då Tännjö komma till sina slutsatser? Jag tror en del av svaret ligger i att Tännjö försöker lösa fel fråga på fel nivå. Fel fråga, därför att han *postulerar* att rationellt grundade s k filosofiska självmord existerar. Fel nivå, därför att, som fil dr Anders Engqvist formulerar det [7] – vissa förhållanden låter sig inte förklaras med förnuftet:

»Det är för det mesta utsiktslöst att försöka lösa frågor, som har med sådana irrationella faktorer som känslor att göra, med de instrument förnuftsmänniskan har till förfogande, nämligen vilja, struktur och logik.»

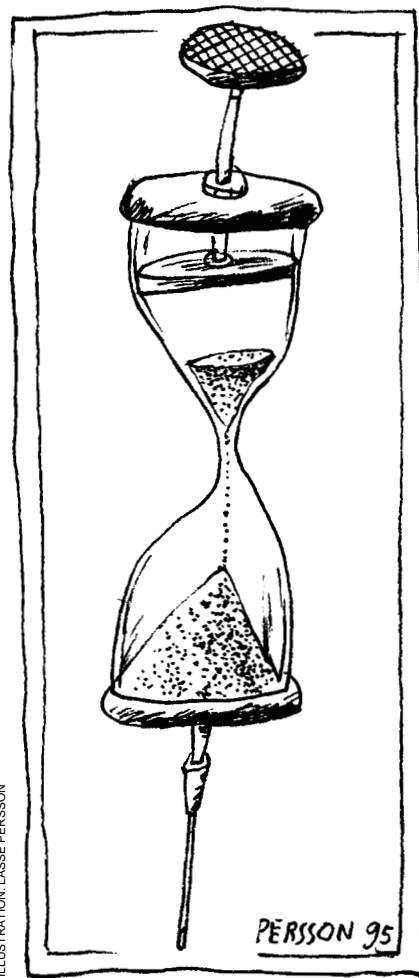


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

Frågor som hur man skall fortsätta leva trots stora svårigheter, om hur man skall få tillbaka hoppet – de löses inte med förnuftets och logikens hjälp. Det går inte att på en självmordsklinik låta ett »team av psykiatrisk, medicinsk och social expertis utrona allvaret i patientens önskan att dö».

Varför inte?

Bl a därför att suicidhandlingens verklighet är något helt annat. Den suicidhandlande kommer till akuten alla tider på dygnet. Han är kanske berusad, blödande, desperat, hopplös – eller medvetlös. Med honom följer förtvivlade och hjälplösa anhöriga. Då gäller det bara att rädda liv, hitta möjligheter och nya vägar till en framtid, förmedla hopp.

Vidare på grund av ett begrepp som kallas *projektiv identifikation* [8]. Det betyder att när en hopplös och deprimerad människa beskriver alla »objektiva förhållanden» i sin livssituation, som alla talar *för* självmord, så är hans beskrivning (svart)färgad av hans psykiska tillstånd.

Denna svartsyn förlägger patienten in i lyssnaren, projicerar den så att lyssnaren riskerar att identifiera sig med patientens problematik och uppfatta den som »sann». Den projektiva identifika-

tionen är en felkälla och en fälla som den mindre rutinerade kan falla i.

Odiagnostiserade depressioner

Det är också så, att många depressioner går odiagnostiserade och därför obehandlade. Livstidsrisken för en kvinna att utveckla någon form av depression är ca 40 procent, för en man ca 22 procent (förmodligen högre) och har stigit de senaste decennierna (Lundbystudien).

När Isaksson och medarbetare [9] analyserade förekomsten av antidepressiv medicin hos 3 400 självmordsfall i Sverige 1990–1991, fann man att endast 16 procent av dessa i självmord avlidna företedde spår av antidepressiv medicin i blodet. Detta visar på stor underbehandling (och underdiagnostik) av depressioner.

Obehandlade s k egentliga depressioner leder i 50 procent av fallen till självmord. Det faktum att självmorden sedan 1992 sjunkit från ca 2 000 till 1 700 per år tros bl a bero på introduktionen av nya, mindre giftiga antidepressiva läkemedel (SSRI – serotoninåterupptagshämmare).

Dessa antidepressiva fördras lättare av patienterna, eftersom de har en annan och lindrigare biverkningsprofil. De här läkemedlen förskrivs också i stor utsträckning av distriktsläkare, som kanske tidigare varit mer tveksamma till att diagnostisera och behandla depressioner.

Rutz' studie från Gotland [10] visade att utbildning av distriktsläkare i diagnostik och behandling av depressioner innebar att dessa depressioner, som tidigare kanske skulle ha förbisetts, nu fångades upp. Resultatet av Rutz' projekt blev kraftigt sjunkande suicidfrequens på Gotland.

Suicidalen sjunker alltså när depressionerna känns igen och behandlas. Detta talar emot att suiciden ofta skulle ha varit »rationellt grundade», som Tännjö antyder.

Skall läkarna ombesörja dödshjälp?

Jag vill beröra ytterligare en komplikation i Tännjö's förslag: Vilka skulle ombesörja dödshjälp på Tännjö's självmordsklinik? Jo – »läkarna får se det som en del av sin professionalitet att handskas med också denna svåra typ av frågor... De bör kunna klara av också att meddela dödshjälp, om det är vad samhället genom demokratiska beslut kräver av dem.»

Den första av de tolv punkterna i Sveriges läkarförbunds Läkaregler [11] lyder:

»Läkaren skall i sin gärning låta sig ledas av människokärlekens och he-

derns bud och hans främsta mål skall vara patientens hälsa.»

Här kommer vi åter in på begrepp, som inte låter sig förklaras med förnuf-tets instrument. Vad är »människokär-lek»? Vad är »heder»? Varje läkare och varje patient vet ändå vad dessa begrepp innebär. Den innebörden står i direkt motsatsställning till verksamheten på en s k självmordsklinik.

Tännsjö menar att redan nu tillåts människor att ta livet av sig på svenska sjukhus vid vägran att äta och dricka. Detta är felaktigt. Jag skulle t ex vilja se det sjukhus som stillatigande accepterar att en anorektisk flicka tynar bort och dör. Däremot är det sant att läkaren ofta står inför komplicerade situationer, så- väl medicinskt som moraliskt.

Därför föregås också Läkarreglerna av följande ord i den inledande texten: »Den som valt läkarens yrke har åtagit sig en svår och ansvarsfull uppgift, som kräver goda kunskaper och vilja att följa de etiska krav som läkarna sedan årtusenden erkänt vara normgivande.»

Detta innebär, att det aldrig finns några enkla svar, några färdiga lösning- ar att luta sig mot. Utan – läkaren skall låta sig ledas av människokärlekens och hederns bud.

I strid mot svensk lag?

Enligt 1734 års strafflag var självmordsförsök straffbart med fängelse. 1865 avskaffades straffen för självmordsförsök, och 1908 upphörde också särbehandlingen vid jordfästning [12]. Tännsjö menar nu att vi har läkarregler som strider mot svensk lag – om jag fattar honom rätt – därför att självmord idag inte är förbjudet i svensk lag.

Till det vill jag säga: Om en männi- ska redan är så djupt olycklig att han försökt ta sitt liv, hedrar det den svenska lagstiftningen att den inte lägger ytterli- gare sten på börda genom att kriminali- sera självmordet.

Dödens oåterkallelighet

I filmen »Små och stora brott» [13] skildrar Woody Allen en framgångsrik ögonläkare, som beslutar att låta döda sin älskarinna när hon börjat bli ett hot mot hans fasad.

När han ser henne ligga död framför sig, mördad, inser han med fasa vad han gjort: Han har förgripit sig på livet självt, det heliga livet, som är givet oss som gåva att förvalta och utveckla, och som han själv som läkare är satt att vär- na om. Nu är döden oåterkallelig.

Det är just detta, att döden är oåter- kallelig, som man kanske inte alltid in- ser när man diskuterar allas rätt till att ta sitt liv, eller allas rätt att ha tillgång till s k dödshjälp. Vi som arbetar inom sjuk- vården och som möter dessa suicid- handlande patienter vet emellertid att li-

LÄKARREGLER

(Antagna av Sveriges läkarför- bunds fullmäktige den 8 juni 1968.)

Den som valt läkarens yrke har åta- git sig en svår och ansvarsfull uppgift, som kräver goda kunskaper och vilja att följa de etiska krav som läkarna se- dan årtusenden erkänt vara normgi- vande. Det förtroende och den hand- lingsfrihet som tillkommer läkaren grundar sig på hans personlighet och vetande.

Den som vinner inträde i Sveriges läkarförbund skall ständigt låta sig le- das av följande regler och skall inte medverka i sådan vård där han saknar frihet att handla efter dessa.

- I. Läkaren skall i sin gärning låta sig ledas av människokärlekens och hederns bud och hans främsta mål skall vara patientens hälsa.
- II. Läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och ständigt söka vidga sina kunskaper.
- III. Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människo- liv.
- IV. Läkarens förhållande till sin pa- tient får inte påverkas av livs- åskådning, nationalitet, ras, poli- tisk åsikt eller samhällsställning.
- V. Läkaren får inte göra sin auktori- tet gällande så att han inkräktar på patientens rätt att bestämma över sig själv.
- VI. Läkaren skall anlita annan sak- kunskap om han för undersök- ning eller behandling finner så- dan erforderlig. Han skall tillmö- tesgå patientens eller närståendes rimliga önskemål att rådfråga an- nan läkare och han skall meddela denne sina egna iakttagelser.
- VII. Läkaren skall iakttaga tystlåten- het om varje patient som rådfrå- gar honom eller kommer under hans vård, såvida inte patientens väl äventyras härav.
- VIII. Läkaren får inte låta sig påverkas av otillbörligt förvärvsbegär. Han skall utföra endast den un- dersökning som han finner berättigad. Han skall anpassa sitt arvo- de till prestationens art och om- fattning.
- IX. Läkaren skall i intyg eller utlå- tande uppgiva endast vad han ef- ter noggrann prövning anser sig kunna styrka.
- X. Läkaren skall inte utan undersök- ning meddela råd eller föreskrif- ter, om inte vägande skäl förelig- ger.
- XI. Läkaren skall avhålla sig från på- trängande annonsering och skylt- ning och från att på annat olämp- ligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning.
- XII. Läkaren skall utan att träda pati- entens intresse för när respektera sina kollegers arbete.

vet är mycket mer sårbart – att det är all- deles för lätt att mista livet – än vad många föreställer sig.

Det svåra är inte att dö, utan att räd- da någon undan döden. Här får det ald- rig föreligga något tvivel hos sjukvårds- personal eller hjälpsökande: Vi som lä- kare måste ha en fast moralisk hållning när det gäller självmordshandlande pa- tienter, en etisk inriktning som klart framgår av Läkarförbundets etiska reg- ler (p.III): »Läkaren skall besinna vik- ten av att skydda och bevara människo- liv.»

Referenser

1. Ottosson JO. Psykiatri. Stockholm: Alm- quist & Wiksell, 1983.
2. Wasserman D, Cullberg J. Early separation and suicidal behaviour in the parent homes of 40 consecutive suicide attempters. Acta Psych Scand 1989; 79: 296-302.
3. Stensman R, Sundqvist-Stensman U-B. Physical disease and disability among 416 suicide cases in Sweden. Scan J Soc Med 1988; 16: 149-53.
4. Ferrada-Noli M. Post-traumatic stress dis- order and suicidal behaviour in immigrants in Sweden. Stockholm: Department of clinical neuroscience, The Karolinska Institute, 1996. Thesis.
5. Beck A, Kovacs M, Weissman A. Hope- lessness and suicidal behavior. An over- view. JAMA 1975; 234: 1146-9.
6. Att förebygga självmord inom hälso- och sjukvård. Allmänna råd från Socialstyrelsen 1990:8. Stockholm: Allmänna förlaget, 1990.
7. Engquist A. Kommunikation på arbetsplat- sen. Stockholm: Rabén Prisma AB, 1994.
8. Ogden Th. Projektiv identifikation och psy- koterapeutiska tekniker. Stockholm: Natur och Kultur, 1974.
9. Isaksson G, Holmgren P, Wasserman D, Bergman U. Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. BMJ 1994; 308: 506-9.
10. Rutz W. Evaluation on an educational pro- gramme on depressive disorders given to general practitioners on Gotland. Linköping University: Medical Dissertations, no 356, 1992.
11. Läkarregler. Antagna av Sveriges läkarför- bunds fullmäktige 8 juni 1968. Stockholm: Sveriges läkarförbund, Läkarinformation 94/95, 1994.
12. Beskow J, Allebeck P, Wasserman D, Ås- berg M (red). Självmord i Sverige. En epi- demiologisk översikt. Stockholm: Medi- cinska forskningsrådet, 1993.
13. Små och stora brott (Crimes and Misde- meanours), spelfilm 104 min, regi Woody Allen, USA 1989.