

Fel slutsatser från enkät om läkarstudenter och eutanasi

II Tore Nilstun berättar i *Läkartidningen* 32–33/01 (sidorna 3417–18) om en enkätstudie bland medicinstuderande på olika terminer vid Lunds universitet beträffande deras inställning till straffpåföljd för läkare som utövar eutanasi.

Tore Nilstuns slutsats av enkäten är att många studenter anser att det finns fall där aktiv dödshjälp är etiskt försvarbar samt att det enligt majoriteten bör finnas möjlighet till åtals- eller straffeftergift för läkare som utövar eutanasi.

Begränsat underlag

Det är intressant hur artikelförfattaren kan dra sådana slutsatser av en enkät som innehöll endast en fråga och som ställdes till enbart 135 studenter vid en och samma medicinska fakultet. Vi får inte ta del av hur diskussionen efteråt fördes med studenterna från termin 1, av vilka många senare skulle svara att de anser att läkaren bör slippa påföljd.

Flera aspekter saknas

Det finns flera aspekter som saknas i resonemanget. I vilket sammanhang gjordes studien? Hade man tidigare diskuterat etiska frågor med studenterna eller var detta deras första konfrontation med ett etiskt ställningstagande?

Som bekant ser ju etikundervisningen olika ut på de olika universiteten i landet. Man bör därför redovisa hur mycket man tidigare har arbetat med etik för att ge en bild av grunden för ställningstagandet.

Bristande kontakt med kliniken

Av de tillfrågade har endast de studerande på termin 11 (34 personer) haft kontakt med kliniken under en längre period. På termin 5 har man precis börjat sin kliniska tjänstgöring, och på termin 1 har ju de studerande, trots omfattande förändringar av utbildningsprogrammet på många platser i landet, knappt haft någon patientkontakt alls.

För att kunna dra några slutsatser om medicinstudenters inställning till eutanasi som praxis och de rättsliga påföljderna av eutanasi, bör man ha ett större material i form av ett större antal studenter, studenter från flera olika platser i landet samt från flera terminer.

Dessutom anser jag att man, för att belysa synsättet hos en konkret student, bör ställa flera frågor. En enda fråga belyser knappast huruvida man tycker att eutanasi är etiskt korrekt eller inte, särskilt om frågan är ställd på det sätt den framställs i enkäten.

Dessutom tar Tore Nilstun det stora språnget att konstatera att studenterna

anser att aktiv dödshjälp är etiskt försvarbar.

Rättsligt kontra etiskt

Frågan gällde ju hur den rättsliga aspekten ska skötas, och i frågan framkommer inget om det etiska ställningstagandet. Det är ett vanligt sätt att blanda bort korten genom att förväxla det rättsliga eller lagliga med det etiska. Allt som är oetiskt är faktiskt inte straffbart i lag, även om lagen är till för att skydda människors rättigheter då dessa är hotade.

Däremot finns det internationella

Replik:

Slutsatsen förhastad, men majoriteten positiv till åtalseftergift

II Jag medger att ingen fråga ställdes om det etiskt försvarbara med aktiv, frivillig dödshjälp (enligt den nederländska modellen). Jag borde därför, som Jenny Olsson med rätta påpekar, inte dra slutsatsen att många studenter anser att »det finns fall där aktiv dödshjälp är etiskt försvarbart«.

Det redovisade materialet ger inget stöd för denna slutsats. Studenterna kan, utan motsägelser, anse att dödshjälp alltid är oetiskt och samtidigt försvara åtals- eller straffeftergift.

Det finns dock andra studier som kan tyda på att så inte är fallet [1, 2], dvs att många läkarstuderande anser att aktiv, frivillig dödshjälp kan vara etiskt försvarbar.

Negativa till legalisering

Däremot tyder min enkätstudie på att majoriteten av de tillfrågade studenterna i Lund faktiskt har en negativ inställning

konventioner som strävar efter att ge riktlinjer beträffande konkret praxis i utövandet av sjukvård, till exempel att man som läkare under alla omständigheter bör beakta vikten av att skydda och bevara människors liv. Har studenterna fått ta del av dessa konventioner, som även utgör grunden för Läkarförbundets och Svenska Läkaresällskapets etiska regler?

Jenny Olsson

ST-läkare, njurmedicinska kliniken,
Karolinska sjukhuset, Stockholm
jenny@olsson.as

till legalisering, men är positiva till åtals- eller straffeftergift.

En ännu ej publicerad uppföljande studie har gjorts i Uppsala (177 ingenjör-, 299 jurist-, 78 läkar- och 156 sjuksköterskestuderande). Svaren från de fyra olika grupperna pekar alla i samma riktning som Lundastudien.

Tore Nilstun

docent, enheten för medicinsk etik,
Lunds universitet
Tore.Nilstun@medetik.lu.se

Referenser

1. Nilstun T, Eriksson G. Den goda döden och sjukvården. Ett bidrag till den omöjliga eutanasidebatten. *Läkartidningen* 1993;90:1947-50.
2. Nilstun T, Melltorp G, Hermerén G. Surveys on attitudes to active euthanasia: to draw normative conclusions is problematic. *Scandinavian Journal of Public Health* 2000;28:111-6.

En läkare kan vara för dödsstraff

II Torbjörn Jonson och Anders Milton skriver var sitt inlägg om dödsstraffet som de är negativa till (*Läkartidningen* 30–31/01, sidan 3356).

Att läkare inte ska delta i en avrättningsprocedur anser även jag, som förespråkare av dödsstraff, som ganska naturligt. Jag tror också att en avrättning kan skötas utan läkare och ändå garantera t ex att den dödsdömda inte får lida i onödan de sista minuterna av sitt liv.

Vill gå ett steg längre

Men det som oroar mig med Jonsons och Miltons inlägg är att de vill gå ett steg

längre och tycker att läkarkåren även principiellt, och som en man, ska deklarerat sitt motstånd mot dödsstraffet.

Detta är mycket anmärkningsvärt. Frågan om dödsstraffet är bl a en politisk, social, filosofisk och religiös fråga som man kan ha olika uppfattning om beroende på vilka referensramar och värderingar man har. Det är naivt om man inbillar sig att alla i en viss yrkeskategori med automatik borde ha en samsyn i en viss kontroversiell fråga.

Motståndare och förespråkare till dödsstraffet finns inom alla yrkeskategorier. I en nyligen redovisad Sifo-un-

Annons

Annons

dersökning visade det sig att nära 40 procent av svenskarna var för dödsstraffet. Bland ungdomarna var nästan 50 procent för. Detta bör därför inbjuda till viss ödmjukhet och försiktighet innan man börjar tala om att starta en »opinionsbildning« av en hel yrkeskår.

Själv är jag en övertygad förespråkare av dödsstraff efter att ha studerat ämnet i flera år. Jag är förespråkare främst utifrån rättvise- och människovärdesprincipen. Och jag kan inte se ett enda hållbart skäl till varför just den som har läkarutbildning skulle behöva ta ställning emot dödsstraffet.

Replik:

Läkarnas organisationer måste ta avstånd från läkares medverkan i dödsstraff

■ Dödsstraffet baseras på en barbarisk vedergällningsprincip som var och är förhärskande i vissa samhällsstrukturer. Straffets förespråkare kan hämta inspiration från Gamla Testamentet och framåt. Idéhistorikern Karin Johannisson har på ett bra sätt beskrivit läkarnas roll i dödstraffsrättsliga sammanhang.

Offentliga anatomier

I Sverige och ute i Europa användes den dödes kropp i så kallade offentliga anatomier. Kroppen dissekerades, ofta i seanser, under flera dagar. När dissektionen genomförts hade den döde full tillfullo sonat sitt brott och kunde begravas under högtidliga former, ibland under kyrkans hägn. Johannisson använder termen straffanatomier – straffet av kroppen fortsatte till och med efter döden.

Läkaren Guillotin reagerade på att halshuggningarna ofta genomfördes på ett oskickligt och klumpigt sätt. Ibland var bödeln alltför alkoholpåverkad för att kunna klara sin uppgift och fick rikta åtskilliga slag mot offrets hals innan huvudet kunde skiljas från kroppen. Därvid skapades guillotinen – det effektiva avrättningsredskapet – som också användes i Sverige.

Läkare har ansvar att debattera

Det är uppenbart att också läkare medverkat till skapandet av den modernaste formen av avrättning, den genom injektion av substanser som leder till döden.

Mengele var i andra världskrigets Tyskland den kanske mest beryktade läkaren som ställde sig i massavrättningens eller masslikvidationens tjänst i förintelslägren. Läkare – och för den delen präster – har alltså alltid funnits med i och kring avrättningsprocedurerna.

Det är nog moraliskt riktigt att i sin läkarroll inte befatta sig personligen med en procedur som leder till en människas död; det går också emot läkaretiken (jämför eutanasidebatten).

Men att därifrån dra konsekvensen att läkaren även principiellt måste vara emot dödsstraffet som legitim och rättfärdig straffpåföljd för de mest hänsynslösa våldsvärkare tyder på brister i kunskapen om frågans komplexitet.

David Anderson
författare, Nyköping

Det är därför naturligt att läkaren även i dag måste ta ett ansvar för att debattera dödsstraffet och dess vara eller icke vara.

Läkarens roll i processen

I det moderna samhället kan läkaren tänkas träda in i flera faser av den straffrättsliga processen.

Första fasen är att kunna vara med och bestämma om huruvida en person som begått ett brott överhuvudtaget kan bli föremål för dödsstraff. Finns en psykisk sjukdom av allvarlig natur eller en tillräckligt omfattande utvecklingsstörning hos individen i fråga kan det juridiskt bli så att dödsstraff inte kan utmätas.

Andra fasen är straffets genomförande. Genom att förbereda och se till att t ex ett injektionsförfarande sker på ett optimalt sätt.

Tredje fasen är konstaterandet av dödens inträde. I de flesta samhällen är denna procedur noggrant reglerad i lag och innefattar en bedömning av en läkare att döden inträffat och ett angivande av orsaken till döden.

Läkare måste ta avstånd

Det finns säkert många andra som bättre än jag kan förklara varför dödsstraffet är en olämplig form av straff.

Det viktigaste nu är emellertid att läkarnas internationella organisationer klart tar avstånd från att läkare medverkar i och kring dödsstraffet. WMA, World Medical Association, kan i detta sammanhang inta en central roll

Torbjörn Jonson
distriktsläkare, Halmstad

Nuvarande förpackningsstorlek för paracetamol är praktisk för många

■ I ett korrespondensinlägg i Läkartidningen 28–29/01 (sidan 3258) har frågan om förpackningsstorleken på paracetamoltablett vid handelsköp på apotek debatterats.

Säkerhetsfrågor kring paracetamol är en prioriterad fråga inom AstraZeneca Sverige AB och tillsammans med andra tillverkare har vi arbetat för att hitta säkra användningsföreskrifter. Tillsammans med Giftinformationscentralen har vi diskuterat hur vi skall hjälpa till för att minska risken för överdosering och missbruk.

Engelsk studie

Frågan om förpackningsstorlekar har aktualiserats efter publicering av en engelsk studie (Turvill och medarbetare, Lancet 2000;355:2048-9), som visade att risken för paracetamolintoxikation minskade i England efter det att nya regler infördes.

I England kan man sedan tre år endast köpa paracetamol utan recept i förpackningsstorlek 32 st på apotek och 16 st på övriga försäljningsställen. Tidigare fanns bl a 100-förpackningar att tillgå utan recept.

Denna reform infördes i Sverige för ca 10 år sedan och idag är största förpackning i apotekens självval 30 st. Ingen försäljning sker därutöver. Det är inte visat att en ytterligare minskning, till mindre än 30 tabletter per förpackning, skulle ge fortsatt reduktion av suicidrisken.

Ingen förändring av dödsfall

Resultaten från England är dessutom inte helt konklusiva. I en artikel från samma år (BMJ 2000;321:926-7) redovisar Denise Robinson och medarbetare att i Belfastområdet ledde förändringen till att patienterna hade tagit något färre antal tabletter vid engångsöverdosering, men inga förändringar av antalet dödsfall eller allvarliga leverskador noterades.

Liknande resultat presenterade CL Steen och medarbetare i juli 2001 i Prag då European League Against Rheumatism hade konferens. De utvärderade reformens konsekvenser för regionen Tayside i Skottland, och noterade ingen minskning av antalet paracetamolöverdoseringar. (The effect on toxicity of reducing the size of available paracetamol