

Läkarassisterat självmord – risk för avhumaniserad vård

Läkarassisterat självmord kan befaras bli ett alternativ till palliativ vård i livets slutskede om ekonomiska hänsyn får råda. Humanitärt vore det en kapitulation inför brister i den palliativa vården. Risker finns för glidande indikationer, och assisterade självmord står i motsats till samhällets mål att minimera antalet självmord. Läkares yrkesetik kräver därtill att vården står i livets tjänst.

Statens medicinsk-etiska råd (SMER) har i en skrivelse till regeringen begärt att frågor om avgöranden i livets slutskede blir föremål för utredning (Dnr 14/08). En majoritet av rådets medlemmar och sakkunniga ställer sig positiva till läkarassisterat självmord – eller med rådets terminologi: »läkares möjligheter att i mycket speciella fall förskriva läkemedel vid ett självvalt livsslut«.

Förutsättningarna ska, enligt SMER, vara att patienten befinner sig i livets slutskede och inte lider av en behandlingsbar psykisk sjukdom, att åtgärden sker på patientens uttryckliga och upprepade önskan både skriftligt och muntligt, att mer än en läkare deltar i bedömningen och att patienten inte är utsatt för en yttre press. Vidare får patienten inte vara underårig eller ha en livssituation som präglas av bestående funktionsnedsättning.

Som skäl för sitt ställningstagande framhåller SMER respekt för självbestämmandet samt brister i den palliativa vården när det gäller att lindra döende patienters lidande. I Sverige är läkarassisterade självmord inte lagliga, men de är sanktionerade i Holland, Belgien, Schweiz och staten Oregon i USA.

SMER är medvetet om risken att förtroendet för sjukvården hos befolkningen kan minska om läkare får rätt att ge hjälp till självmord. Svårt kroniskt sjuka och handikappade personer kan känna

en press på sig att inte ligga samhället till last utan be om hjälp att få avsluta sina miserabla liv om den möjligheten finns. SMER berör däremot inte en rad andra negativa konsekvenser av att läkare skulle få rätt att ge hjälp till självmord. Hur kan man t ex veta den svårt sjuka patientens verkliga vilja?

Karakteristisk för självmordshandlingar är ambivalensen inför att dö eller fortsätta att leva. Man vet varken ut eller in, vill egentligen inte dö men orkar inte heller leva. Även för en erfaren läkare kan det vara vanskligt att avgöra om patienten i grunden önskar mänsklig omsorg eller har en behandlingsbar depression.

Som exempel kan nämnas en undersökning från Finland som visade att cancerpatienter hade ökad risk att ta sina liv. Ytligt sett kunde det förefalla rationellt, men de flesta självmorden ägde inte rum i livets slutskede utan när cancersjukdomen var under kontroll. Patienterna hade också visat tecken på depression, de hade tidigare gjort självmordsförsök och på det hela taget uppträtt som självmordsnära människor utan cancer. Vad som verkade rationellt var i själva verket tecken på depression och motiverade inte att cancerpatienterna särbehandlades när det gällde att förhindra suicid [1].

Det hindrar inte att suicidönskan ibland är uttryck för en moget övervägd och avklarad övertygelse. Enligt hälso- och sjukvårdslagen har sådana patienter rätt att avstå från livsuppehållande be-

handling. Sjukvården har inte heller skyldighet att ge behandling som inte kan leda till bättring utan endast förlänger döendet. Skyldighet finns dock att ge god palliativ vård som innefattar åtgärder mot smärtor och andra svåra symtom. Det gäller även om åtgärderna som bieffekt skulle påskynda patientens död.

Även om SMER anser att läkarassisterat självmord skulle förekomma bara i mycket speciella fall visar erfarenheter från Holland att man riskerar att hamna på ett sluttande plan. Dödshjälp och hjälp till självmord har där i en inte obetydlig omfattning givits till patienter som visserligen led svårt men inte befann sig i livets slutskede. Dödshjälp har även givits till patienter som inte begärt sådan, bland andra medvetlösa och dementa.

Genomgångar av medicinska beslut vid livets slut i Holland 1990 och 1995 visar att dödshjälp utan patientens begäran förekom i oförändrad omfattning, 0,8 respektive 0,7 procent. Trots att den första rapporten väckte kritik påverkades alltså inte den olagliga tillämpningen av bestämmelserna [2, 3]. Mot lagens anda har även psykiskt störda personer i Holland fått hjälp att begå självmord [4]. I flera länder, däribland Sverige, har beslut om livsavgörande åtgärder fattats utan samråd med kompetenta patienter. Inte heller har samråd alltid ägt rum med närstående till inkompetenta patienter (förvirrade, medvetlösa, djupt dementa) som inte själva kunnat avge någon viljeyttring [5].

Om motivet till att föreslå läkarassisterat självmord är brister i den palliativa vården borde frågan i första hand vara hur vården kan förbättras. Som den palliativa vårdens mål nämner SMER endast symtomlindring, men hit hör också psykologiskt, socialt och andligt stöd till de döende patienterna och deras närstående, i hospistraditionens anda.

Läkarassisterade självmord framstår



JAN-OTTO OTTOSSON
professor emeritus i psykiatri,
tidigare sakkunnig i SMER
janotto@brikks.com

som en kapitulation inför den palliativa vårdens brister och riskerar att avhumanisera vården. Trots medvetenhet om risken kan de i ett trängt ekonomiskt läge till och med bli ett alternativ till palliativ vård. Med sjukvårdens återkommande sparbetning kan läkarassisterade självmord te sig mer rationella än en satsning på resurskrävande palliativ vård.

Även om ingen säger sig önska en sådan utveckling skulle både politiker, verksamhetschefer och dödssjuka patienter stå inför svåra val. Samhället bör känna ett ansvar för att tillgodose vårdbehov även i livets slutskede.

SMER berör endast ytligt hur läkarassisterade självmord ska kunna förenas med samhällets insatser för att motverka självmord. För närvarande tar omkring 1 500 människor om året sina liv, vilket svarar mot drygt två procent av alla dödsfall.

De flera tusen självmordsnära människor som årligen kommer i kontakt med den svenska sjukvården lider i det helt övervägande antalet fall av psykiska sjukdomar, missbruk, livskriser eller långvarigt påfrestande levnadsförhållanden. En självmordsönskan accepte-

ras aldrig som definitiv utan tjänar som utmaning att finna nya vägar för behandling och stöd.

En nollvision för självmord – liksom för trafikolycksfall – har länge varit en politisk och professionell ambition. Den statliga utredning [6, 7] som ligger till grund för regeringens satsning på psykiatri har den något mer blygsamma målsättningen att ingen med psykisk ohälsa som blivit känd hos kommun eller landsting ska skada sig själv eller annan, eller ta sitt eget eller annans liv, på grund av att han eller hon avvisas eller inte följs upp av vården.

Självmordstankar är vanliga i befolkningen. Varje människa har rätt att ta sitt liv, men enligt den medicinska yrkesetikerna ska vården stå i livets tjänst. Det blir motsägelsefullt om vården samtidigt vill både minska och öka självmorden. Man kan invända att läkarassisterade självmord rör sig om speciella situationer, men all suicidalitet är präglad av ambivalens och växlar allt efter hur bemötandet är och situationen utvecklas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Hietanen P, Lönnqvist J. Cancer and suicide. *Ann Oncol.* 1991;2:19-23.
2. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *N Engl J Med.* 1996;335:1699-705.
3. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Kopper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JA, Rurup ML, et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet.* 2003;362:395-9.
4. Kaufmann G. State v. Chabot: a euthanasia case from the Netherlands. *Ohio North Univ Law Rev.* 1994;20:815-20.
5. van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. Beslutsfattande vid livets slut i sex europeiska länder. *Läkartidningen.* 2003;100:2434-9.
6. Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. *SOU 2006:91.*
7. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning. *SOU 2006:100.*

Fler debattinlägg på sidan 47.

APROPÅ! Läkarrollen

Läkare ville jag inte bli

Jag jobbade som läkare i 20 år, sedan blev jag läkare. Mitt stora främlingsskap blev med tiden till en allt större nyfikenhet, en drift, ett tillstånd, ja, nästan en identitet, som nu, när slutet av karriären kan skönjas, blivit mig allt kärare.

Varför denna långsamhet?

För att jag ville åt alla håll samtidigt. Jag ville bli ekolog, men sådana fanns inte på den tiden. Jag kunde tänka mig filosofi, litteraturvetenskap eller kanske till och med historia.

Men läkare ville jag inte bli.

Jag fann amöbans inre enklare och överskådligare än människans. Jag avskydde matspjälkningsapparaten (i synnerhet!), och jag ville ogärna befatta mig med blod och

bölder och sår. Ändå sökte jag mig till medicinen; för att det lät fint på något vis. Och nyttigt!

Jag började min vandring över

Medicinerberget i Göteborg och kände länge ett stort främlingsskap inför liklukt och allt annat på detta skärseldens berg. När kamraterna längtade efter patienter av kött och blod hängde jag hellre kvar över histologiska preparat eller sprang på gatorna och ropade: »USA ut ur Vietnam!« och »Palme och Geijer kapitalets lakejer!«

Jag började intressera mig för blodkropparnas rörelser i de allra minsta kärlen och för makens rörelser i de globala ekonomierna. Det som fanns däremellan fann jag ovidkommande. Intuitivt visste jag att

medicinen utspelade sig i detta ovidkommande, och jag anade att studiet av histologiska preparat och kemiska formler eller den ingående analysen av imperialismens logik inte skulle lösa den praktiska medicinens problem.

Därför förträngde jag

in i det sista det potentiella sambandet mellan att läsa medicin och att bli läkare. Jag vågade knappast tänka tanken. Därför var jag en av de mest okunniga läkare som släppts över tröskeln till ett sjukhus. Jag ville ju inte dit. Jag ville någon annanstans, men visste inte riktigt visste vart.

Det tog så där tio år

och en hel del vända att upptäcka att jag hade kommit precis rätt,

och det tog ytterligare tio år att förstå att jag faktiskt var läkare, inte bara jobbade som sådan. Under tiden hade jag lärt mig att människan är mer än sin matspjälkningsapparat och att de viktigaste händerna i livet ofta äger rum i de där ovidkommande mellanrummen där blod flyter, bölder spricker och sår läker.

Och jag hade sett att det är till lika delar lidande och lycka att få befatta sig med allt detta som läkare: dvs att få bota ibland, lindra lite oftare och trösta så gott man kan.

Finare än så kan det väl knappast bli?

Christer Petersson

med dr, distriktsläkare, Växjö
christer.petersson@ltkronoberg.se