

REPLIK:

# Medicinsk-etiska rådets förslag ingen kapitulation

Läkarassisterat självmord ska enbart kunna erbjudas i vissa speciella situationer när den palliativa vården inte klarar av att tillgodose patientens önskemål. Det skriver företrädare för Statens medicinsk-etiska råd i en replik till Jan-Otto Ottossons debattartikel i Läkartidningen nummer 1-2/2009.

Jan-Otto Ottossons (J-OO) kommentar till Statens medicinsk-etiska råds (SMER) brev till regeringen angående patientens ställning vid vård i livets slutskede finns det både några synpunkter och några missförstånd som vi gärna vill kommentera.

Läser man enbart SMERs brev till regeringen kan man sannolikt göra den tolkning som J-OO gör angående relationen mellan den palliativa vården och läkarassisterat självmord; det vill säga att SMERs förslag om läkarassisterat självmord skulle vara en kapitulation inför det faktum att den palliativa vården fortfarande inte är tillräckligt välutbyggd.

**Detta är dock inte** en korrekt tolkning. Läser man den promemoria som ligger till grund för SMERs brev till regeringen, och som också bifogades brevet, framgår det tydligt att läkarassisterat

självmord ska kunna erbjudas enbart i vissa speciella situationer när den palliativa vården (inklusive psykisk, social och existentiell/andlig vård) inte klarar av att tillgodose patientens önskemål.

SMERs förslag omfattar och förutsätter sålunda en utbyggd palliativ vård där patienten ska ges ökade möjligheter att vara med och bestämma innehållet i den palliativa vården – exempelvis angående palliativ sedering.

Men det finns gränser för när den palliativa vården kan tillgodose patientens önskemål – i alla fall om man vill undvika risken för att uppfatta palliativ sedering som »slow euthanasia«. En väl fungerande palliativ vård är sålunda en förutsättning för, och inte ett kapitulerande alternativ till, att i vissa fall kunna erbjuda läkarassisterat självmord.

Det är korrekt att SMER anser att hänsynen till patientautonomin är huvudargument för att öka patientens

medbestämmande vid vård i livets slutskede.

Det är svårt att argumentera för att beslutskapabla patienters möjligheter att vara med och påverka vård- och behandlingsbeslut ska respekteras i livets alla faser, men begränsas i ett så avgörande skede i en människas personliga liv som inför den egna döden.

**SMER har också** tagit hänsyn till att det finns läkare som redan i dag skriver ut läkemedel med vilka den terminalt sjuka patienten själv kan välja att avsluta sitt liv.

**»En väl fungerande palliativ vård är sålunda en förutsättning för, och inte ett kapitulerande alternativ till, att i vissa fall kunna erbjuda läkarassisterat självmord.«**



Läkares yrkesetik kräver att vården står i livets tjänst. Det slog Jan-Otto Ottosson, professor emeritus i psykiatri, fast i Läkartidningen nummer 1-2/2009.

Man kan i denna situation beivra ett sådant förfarande, man kan blunda för det eller reglera det. En stor majoritet i SMER anser att man bör försöka reglera denna verksamhet, som alltså redan pågår i det fördolda.

**J-OO påpekar** att många människor som befinner sig i livets slutskede är ambivalenta inför frågan om att avsluta livet. Patienten vill egentligen inte dö men orkar inte leva mer. I dessa situationer kan den palliativa vården vara till stor hjälp, och med en väl utbyggd palliativ vård skulle en sådan patient sannolikt kunna få hjälp att leva så länge som det är uthärdligt.

Men en del sådana patienter känner osäkerhet och oro för att sjukvården inte kan, eller vill, hjälpa på det sätt man önskar. I sådana situationer kan det inte uteslutas att förskrivning av läkemedel för ett självalt livsslut skulle kunna förebygga självmord.

**Känner patienten** att han/hon själv har kontroll över situationen behöver patienten kanske inte verkställa sitt beslut.



**DANIEL BRATTGÅRD**  
sakkunnig i SMER, sjukhuspräst, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg



**NIELS LYNÖE**  
sakkunnig i SMER, professor i medicinsk etik, Karolinska institutet, Stockholm  
niels.lynoe@ki.se



**BARBRO WESTERHOLM**  
ledamot i SMER, professor em, riksdagsledamot, Stockholm

Erfarenheterna från Oregon talar för detta: ungefär hälften av de patienter som i livets slutskede får sådana läkemedel utskrivna använder dem inte [1].

J-OO varnar sedan för det sluttande planet med glidande indikationer. Enligt J-OO börjar man med dödshjälp till dem som begär det i livets slutskede, men enligt det sluttande planets resonemang slutar det med att man ordinerar dödshjälp till sådana som inte begär det, och som inte befinner sig i livets slutskede.

J-OO anser att det är en sådan utveckling man bevittnat i Holland. Vi ska inte här diskutera det förföriska i det sluttande planet-argumentet, och vi ska avstå från att diskutera situationen i Holland. Vi vill enbart konstatera att det SMER vill få utrett inte är en holländsk lösning.

I Holland har man legaliserat både läkarassisterat självmord och aktiv döds-hjälp, och det var inte så att man började med att legalisera läkarassisterat suicid och sedan utvidgade möjligheten till aktiv döds-hjälp. I detta avseende finns alltså inget sluttande plan.

**Det SMER föreslår liknar mest** den modell som man har i staten Oregon. Här handlar det om läkarassisterat självmord, som förutsätter att patienten är i livets slutskede, är beslutskapabel, själv begär hjälp och själv förmår att verkställa eller att avstå från att verkställa sitt beslut.

I Oregon har detta fungerat i mer än tio år, och det har inte skett någon ökning eller indikationsglidning. Det är ungefär samma procentandel av olika patientgrupper som erbjuds möjligheten till läkarassisterat självmord varje år.

Det finns inga tecken på att det är speciellt svaga grupper som blir föremål för denna förskrivning. Tvärtom

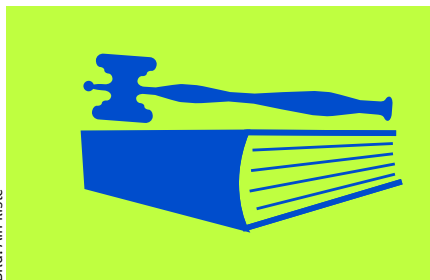


Bild: Atri Illiste

**»I en fungerande rättsstat bör lagstiftningen kunna sätta gränser för vad vi vill, utan att det behöver innebära en risk för ett sluttande plan.«**

har de få som begär denna hjälp exempelvis högre utbildningar än de som inte begär det [1].

Oregonmodellen förefaller vara så väl fungerande att den inspirerat grannstaten Washington till att införa samma modell, vilket man röstade om i samband med det amerikanska presidentvalet 2008.

**Med intryck av** bland annat det som tycks fungera i Oregon föreslår vi att en sådan möjlighet bör utredas. I en fungerande rättsstat bör lagstiftningen kunna sätta gränser för vad vi vill, utan att det behöver innebära en risk för ett sluttande plan.

J-OO anser att samhällets nollvision beträffande självmord inte går ihop med att tillåta läkarassisterat suicid. Vi kan vara eniga om att det finns ett etiskt dilemma när det gäller hurvuda det finns en relevant skillnad mellan att förebygga självmord hos en yngre patient som lider av en depression och att förebygga självmord hos en patient som befinner sig i livets slutskede, en patient som egentligen inte vill dö, men för vilken livet innebär ett outhärdligt lidande.

Vi anser att det faktiskt finns en relevant skillnad, vilket kan motivera att vi gör olika etiska bedömningar av de två situationerna.

**Vi är eniga med J-OO** om att det är en grannlaga uppgift att värdera om en patient som befinner sig i livets slutskede är deprimerad eller inte. Det finns dock indikationer från holländska psykiatrer som var inkopplade de första två åren efter legaliseringen av eutanasi i Holland år 2002. Deras erfarenhet var att de patienter som begär dödshjälp inte är deprimerade i psykiatrisk mening. De är sorgsna, skulle gärna vilja leva längre och se barnbarnen växa upp, men livet är för outhärdligt och man väljer därför att få hjälp med att avsluta detta.

Svårigheterna med att bedöma om en patient i livets slutskede är beslutskapabel eller inte är just något av det som noggrant måste fastställas med hjälp av en utredning.

**Läkarassisterat självmord** för patienter som befinner sig i livets slutskede, patienter som upplever ett outhärdligt lidande, som själva begär det, och där det sker under kontrollerade former, står i överensstämmelse med principen om att göra gott (hjälpa patienten med det patienten vill ha hjälp med) och självbestämmandeprincipen.

Frågan är då om läkarassisterat suicid strider mot icke skada-principen. Man



Bild: Atri Illiste

**»Svårigheterna med att bedöma om en patient i livets slutskede är beslutskapabel eller inte är just något av det som noggrant måste fastställas med hjälp av en utredning ...«**

kan svara på den frågan med en motfråga. På vilket sätt kan man skada en patient som är döende, som vill dö, som lider outhärdligt och inte upplever de palliativa insatserna som tillräckliga för att häva detta lidande?

Jo, man kan skada genom att inte ge lindrande behandling. Man kan skada genom att förlänga dödsprocessen eller genom att hindra patienten från att själv förkorta sitt lidande. Motsatsen till att skada kan alltså tolkas som att ge lindrande behandling, att förkorta dödsprocessen eller att hjälpa patienten att själv förkorta sitt lidande.

**Den engelske 1700-talsläkaren** och medicinetikern John Gregory påpekade redan 1772 att det var läkarens plikt att vara mänsklig. Men han ansåg att »det i lika hög grad är läkarens plikt att lindra smärta, att göra dödens väg lätt när den är oundviklig, som att bota sjukdomar«. Mot den bakgrunden anser vi inte att ett införande av en möjlighet till läkarassisterat livsslut skulle innebära en risk för avhumaniserad vård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REFERENS**

1. Oregon State Public Health Division <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/>

**Fler debattinlägg på sidan 223.**