

Tabell I. Europeiska länder rangordnade efter relativ självmordsfrekvens för unga kvinnor samt standardiserad andel självmord bland unga kvinnor av alla självmord i åldersgruppen 15–24 år (korrelation r mellan variablerna: -0,02 (icke-signifikant)).

Relativ självmordsfrekvens för kvinnor 15–24 år	Standardiserad andel av självmorden för kvinnor 15–24 år (i procent)		
Ryssland	9,2	Sverige	29,8
Litauen	8,4	Bulgarien	28,0
Norge	7,4	Nederländerna	25,7
Finland	7,2	Norge	22,9
Belgien	5,8	Danmark	22,2
Vitryssland	5,3	Frankrike	22,0
Schweiz	5,2	Belgien	21,7
Sverige	5,2	Schweiz	20,6
Irland	5,1	Storbritannien	20,2
Österrike	4,7	Tyskland	19,6
Ukraina	4,6	Portugal	19,2
Bulgarien	4,3	Italien	19,1
Kroatien	4,0	Finland	18,9
Ungern	3,9	Österrike	18,5
Frankrike	3,5	Grekland	18,2
Danmark	3,4	Rumänien	18,2
Tjeckien	3,3	Spanien	18,0
Tyskland	3,1	Ungern	18,0
Nederländerna	2,9	Moldavien	17,7
Polen	2,7	Kroatien	17,3
Moldavien	2,6	Tjeckien	17,1
Storbritannien	2,5	Irland	15,4
Rumänien	2,3	Litauen	14,3
Slovakien	1,8	Ukraina	14,1
Spanien	1,6	Ryssland	14,1
Italien	1,6	Vitryssland	12,2
Portugal	1,1	Polen	11,8
Grekland	0,8	Slovakien	11,5

lika varandra. Ett problem för en sådan tolkning skulle möjligen vara Bulgariens höga och Finlands relativt låga position i rangordningen.

»Effektivare« självmordsmetoder?

En möjlig faktor som kan relateras till homogeniseringen av beteendet mellan könen är att unga kvinnor leder statistiken över självmordsförsök i Sverige [4]. Man kan tänka sig att deras (relativt) ökande suicidalitet egentligen kunde handla »bara« om att deras självmordsmetoder eller liknande skulle ha ändrats så att deras suicidala beteende allt oftare skulle resultera i fullbordade självmord. Vi saknar dessvärre pålitlig historisk statistik över självmordsförsök för att kunna bedöma detta, och problemet, dödsfallen, försvinner inte heller med det.

Ett pris för emancipationen?

I historisk jämförelse har det visat sig att skillnaderna i självmord mellan grupperingar enligt »medfödd« status, såsom kön, ålder eller födelseplats, har minskat under det senaste århundradet i Sverige [5]. Möjligen är mer likartat beteende, även destruktivt sådant, ett pris för emancipationen på samma sätt som vi

alla fortfarande betalar samhällets modernisering med höjd självmordsfrekvens. Även om självmordstalen skulle vara lägre i ett förindustriellt, småskaligt ståndssamhälle med fasta normer, fast överhet och entydig statsreligion, så väljer vi kanske ändå att hellre leva i det existerande samhället – såvitt ett sådant val finns. Det som möjligen kan påverkas är den nivå som självmordsbeteendets frekvens då skall vara alltmer homogen på.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Wasserman D. Att förebygga självmord hos unga – ett försummat område. *Läkartidningen* 2002;99:2740-1.
2. Wasserman D. Självmord bland unga ökar i Sverige. *Läkartidningen* 2004;101:4078-9.
3. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet* 2002;359:835-40.
4. NASP. http://www.ki.se/suicide/smf_sverige_kvinnor.html
5. Mäkinen IH, Beskow J, Jansson A, Odén B. Historical perspectives on suicide and suicide prevention in Sweden. *Archives of Suicide Research* 2002;6:269-84.

Människor ska ha rätten till sin död

I början av sin artikel, »Sanktionering av dödshjälp förändrar samhällets etiska värdegrund«, *Läkartidningen* 16/2005 (sidorna 1268-70), nämner Susanne Ringskog att sjukvårdspersonal i några europeiska länder, bl a Sverige, gjort sig skyldig till mord på ineliggande patienter. Hon menar att »en del av förklaringen« till dessa illdåd »kan stå att finna i de senare årens debatt om dödshjälp« och då särskilt legaliseringen av dödshjälp i Nederländerna och Belgien. Man frågar sig hur Ringskog kommit fram till denna inte särskilt närliggande slutsats. Har något framkommit under rättegångarna mot de skyldiga som stöder den? Det får vi inte veta.

Inget belägg för »psykologisk dynamik«

Vidare lanserar hon en teori om »psykologisk dynamik bland medborgarna«, innebärande att dessa skall få för sig att det är officiellt accepterat att människor har olika värde, vissa skall man anstränga sig för att rädda, andra är det mindre noga med och de som står nederst på värdeskalan (t ex dementa) kan bli föremål för dödshjälp. Det finns ingen vetenskaplig grund för dessa spekulationer och de har ingen som helst relevans för en seriös diskussion om eutanasi som den praktiseras i Nederländerna och Belgien.

Ringskog ägnar stort utrymme åt en redogörelse för feldiagnostik av PVS-patienter. Studien belyser hur angeläget det är att de som vårdar hjärnskadade skall ha tillfredsställande kunskaper och färdigheter i neurologisk diagnostik. Ringskog har rätt i att prognoser om förväntad återstående livstid kan vara osäkra. I den holländska lagen finns intet stadgat om att patienter som skall få dödshjälp skall vara i ett terminalstadium. Följaktligen är frågan om deras förväntade livslängd inte relevant.

Liksom tidigare Göran Isacson tar Ringskog upp det beklagliga faktum att endast 54 procent av utförda eutanasier rapporteras av läkarna till myndigheterna. Vi kommenterade detta i vår replik till Isacson i *Läkartidningen* 5/2005 (sidorna 248-9) och hänvisar till den. Det samma gäller fallet med den 84-åriga kvinnan, som Isacson tidigare också kommenterat i *Läkartidningen*, liksom frågan om de handikappade spädbarnen.

Motiv för dödshjälp

Det är väl troligt att det, som Ringskog skriver, kan finnas »varierande motiv« för begäran om dödshjälp. Enligt den

holländska lagen skall patientens tilstand innebära ett outhærdligt lidande for att dødshjælp skall beviljas. Åven om det endast år den sjuka som kan bedømme graden av sitt lidande måste det finnas rimlig sannolikhet for att ett sjukdomstillstand kan innebära ett outhærdligt lidande (mer ån hælften av ånsøkingarna om dødshjælp blir avslagna).

Om en patient begår dødshjælp for åt hêmnas på sin lækare eller anhøriga – eksempel som Ringskog næmner – så år det troligen inte helt lætt for denna patient åt øvertyga lækare og annan sjukvårdspersonal om åt det år sjukdomen som orsakar patienten ett outhærdligt lidande.

Ringskog refererer några opinionsundersøkingar. Vi kan tillægga åt fœreningen »Råtten till vår død« (RTVD) helt nyligen låit Sifo gøra en ny opinionsundersøking med telefonintervjuer med 1 214 personer i åldern 18 år og oppåt. Av dessa var 78 procent positiva till dødshjælp, 13 procent negativa og 9 procent osåkra.

Ønskan åt dø kan vara realistisk

Under rubriken »Teori og praktik« refererer Ringskog undersøkingar som

visar åt depression i många fall legat bakom ønskan om åt få dø. Men åt en mænnskå år nedslagen utesluter inte åt det samtidigt fœreligger en helt realistisk ønskan åt få avsluta livet.

Når alla jæmnåriga år borta

I senaste numret av RTVDs tidning Bulletin skriver Hans G Boman om ålderdomen: »Men for de mycket gamla tillkommer alltid en djup ensamhet. Det finns inga jæmnåriga kvar, inga som delat ens væsentielle livsupplevelser. - - - Det finns psykiatrer som vill kalla denna nedslående insikt hos en 75-åring for 'en depression'. Denna 'sjukdom' vill de bota med en medicin (antidepressiva medel). Jag opplever denna lækekonst som ett bedrægeri. - - - Men framfor allt tycker jag åt pensionærer skall ha sjælvbeståmmanderått åven i Sverige – Mitt liv år mitt og inte samhællets. Man skall inte behøva åka till Nederlænderna for åt få utskrivet ett recept på barbiturat.«

I samma nummer intervjuas Barbro Westerholm: »Men når man inte længre år nyfiken og når man kænner åt man inte længre behøvs, då skall man få beståmma sjælv om man skall leva vidare

eller inte. - - - Og vi måste få folk åt forstå åt fastån lækare inte år till for åt ta livet av folk så år deras fræmsta oppgift åt hjælpa mænnskøer åt få gøra det som de sjælva vill. Vi måste som lækare lyssna på vad mænnskøer vill gøra med sina liv, åven om det innebår åt de vill avsluta det.«

Beståmma sjælva

Vad vi i RTVD stråvar efter og vad man velat oppnå i den nederlændska og belgiska lagstiftningen år just åt låta mænnskøer få beståmma sjælva. Det ter sig som en høgdragen, intolerant besserwiserattityd og ett maktmissbruk av representanter for en minoritet av befolkningen åt tvinga majoriteten åt leva efter principer som år den fræmmande.

Lennart Widén

professor emeritus, Stockholm
lennart.widen@ens.ki.se

Gunnar Hagberg

med dr, øverlækare, Væxjö;
båda år styrelsemedlemmar
i Riksfœreningen Råtten till vår død

Om markedsfœring og undernårda åldre

Anders Lindgren publiserte i LT 15/2005 (sidan 1160-2) ett innlegg om »Oseriøs markedsfœring av TrioBe«. Markedsfœringens form kan alltid diskuteres, og jeg er enig med Anders Lindgren åt markedsfœring til TrioBe i sin form kan virke useriøs og provoserende, men innholdet er ved nærmere betraktning ikke mye å kritisere av.

Aldring og ernæring

Antall åldre øker i Sverige. Om kort tid vil ca. 500.000 personer i Sverige være >80 år. 30 procent av disse vil være alvorlig demente. Det er et faktum åt prevalensen av B-vitaminmangel øker med alderen, tildels pga. redusert næringsinntak/-innhold, tildels pga. polyfarmakologi som kan interferere med vitaminmetabolismen, tildels pga. av økende grad av malabsorpsjon. Samtidig får vi i disse dager melding om åt hver tredje person på åldrehem i Sverige er underernært og ytterligere en tredjedel befinner seg i risikozonen for underernæring (Vårdståmman 2005). I tillegg er mattilberedningen (produksjon i sentralkjøkener, perifer oppvarming i mikrobølgeovner) uoptimal med tanke på åt ta vare på vitaminene.

Kostnader

Utgifter på 78 millioner per år for et vitaminpreparat kan prima vista virke ur-



Anders Lindgrens artikel i Lækartidningen 15/2005.

melig høye. Ved nærmere betraktning tilsvaret dette årsutgifter for ca. 100.000 definerte døgndoser, altså kostnaden ved å behandle ca. 100.000 personer med 1 tablett TrioBe daglig (2 kroner/dag) i 1 år. Forbedringer i kostholdet særlig blant åldre synes absolutt nødvendige, men fundamentale endringer i ernæringsvaner er vanskelig å oppnå, og ofte kostbare. Om man inkluderer arbeids- og energikostnader, så kan man til samme pris som 1 tablett TrioB gi til de åldre ca. 1 egg, 1/4 eple, 20 gr kjøtt, 250 ml melk, 40 gr brokkoli. For samme mengde folsyre/vitamin B₁₂ som i en tablett TrioBe måtte man innta ca. 800 gr brokkoli og 300 egg daglig.

Lindgren referer til studier [1, 2]

som omhandler B-vitaminer og PCI og påstår åt Langes studie avkreftet den andre. Dette er ikke korrekt. Også Lange fant grupper som hadde en fordel av vitaminbehandlingen: kvinner, diabetiker og tHcy > 15,0 µmol/L. Lange innrømmer selv: »Thus, our study supports rather than refutes the hypothesis that lowering the level of homocysteine is beneficial after stenting« [3].

Homocystein og nyrefunksjon

Det er korrekt åt nyrefunksjonen er en viktig determinant for homocystein. Det er imidlertid ukorrekt å konkludere med åt nyrefunksjonens alene kan forklare høye homocysteinverdier blant åldre. De fleste studier justerer nøye for nyrefunk-