

# Ja till läkarassisterad självmald död

Alla beslutskompetenta patienter skall ha en självklar rätt att avstå från all behandling, förutsatt att de är informerade om följderna. Allt annat strider mot viktiga medicinsk-etiska principer och humanitet.

**T**homas Flodin står som författare till ledaren i Läkartidningen 32-33/2007 med rubriken »Nej till läkarassisterad självmord!«. Vi utgår från att även Läkarförbundet står bakom denna olyckliga skrivning.

Argumentationen går ut på att om en beslutskompetent patient begär att få avstå från behandling med dialys eller cytostatika tycks det till nöds gå an. Däremot, om patienten begär att få slippa respiratorbehandling och måste ha hjälp med detta – då blir det problem.

Alla beslutskompetenta patienter har givetvis, enligt den viktigaste medicinsk-etiska principen om självbestämmande (autonomi), en självklar rätt att avstå från all behandling som hon finner att hon av någon anledning inte vill ha. Detta måste gälla även om det leder till döden – förutsatt att hon är informerad om konsekvenserna.

**De flesta kirurger** har någon gång mött en patient som sagt nej till en operation som eventuellt skulle kunnat rädda livet, men som avböjts med hänvisning till t ex ålder och andra sjukdomar. Självklart skall både den som vägrat operation, dialys och cytosta-



**GUNNAR HAGBERG**  
med dr, f d överläkare,  
Växjö  
hagberg-malmlof@  
telia.com

**THOMAS LJUNGDELL**  
leg läkare, Stockholm;  
ordförande respektive styrelse-  
suppleant i föreningen  
Rätten till en värdig död

tika få fullgod palliativ behandling, som smärtlindring och sedering, även om denna behandling skulle kunna leda till att döden påskyndas. Allt annat vore ovärdigt och omänskligt.

Men en fullt beslutsförmög, icke-deprimerad respiratorpatient skall tydligen tvingas till fortsatt behandling, därför att åtgärden att ge patienten djupare sedering och sedan stänga av respiratorn av Thomas Flodin tolkas som läkarassisterat självmord. Skälet för att sedera patienten är naturligtvis att hon skall slippa kvävas till döds när respiratorn stängs av, och detta är alltså en rent palliativ behandling som i sig inte leder till döden.

Den patient som var anledningen till att Läkaresällskapets etiska delegation ändrade sina riktlinjer – Joakim Alpgård – tvingades att åka ner till Schweiz, ett både kostsamt och under förhandenvärande omständigheter komplicerat tillvägagångssätt, för att få avsluta sin påtvingade respiratorbehandling.

**Vi anser att motståndet** präglas av rädsla för att se dessa patienters svåra lidande, och man tycks inte våga räcka dem en hjälpsam hand förebärande föräldrade regler och förbud. Att hänvisa till Hippokrates och WMA känns mindre väl genomtänkt i sammanhanget. Det har funnits kritiska röster om WMA genom åren. Och varför hoppade Flodin över Gud och Moses lagar som varit nog så inflytelserika tidigare i Läkarförbundets historia?

För 32 år sen stod kolleger-

na till Thomas Flodin och använde sig av gamle Hippokrates för att förhindra att fri abort infördes. Betraktar Läkarförbundet och dess etik- och ansvarsråd (EAR) att de som bär det medicinska ansvaret för de 36 000 aborter som skett varje år sedan dess begär etiskt tvivelaktiga handlingar, eftersom de uppenbarligen handlar stick i stäv mot Hippokrates' regler? Hur pass djupa kunskaper har Flodin om Hippokrates? Att denne kan tolkas olika har framgått [1]. Då tvingades svenska kvinnor att åka till Polen för att få legal abort – nu får svenska patienter åka till Schweiz för att få hjälp att avsluta sitt liv i en svår situation.

**Vi tycker att** de nya riktlinjerna från Läkaresällskapets etiska delegation är ett självklart ställningstagande i humanistisk anda, och som dess ledamöter förtjänstfullt motiverat i Läkartidningen 28-29/2007. Men vi skulle önska att man vågade ta ytterligare ett steg.

Vi tycker att den ovan nämnda ledaren ger uttryck för en viss byråkratisk rädsla för döden. Kan inte hållningen rent av tolkas som patientfientlig och fjärrad från vad patienterna tycker? Via Sifo (mars 2005) vet vi att 78 procent av svenska folket anser att läkarassisterad självmald död skall tillåtas i en hopplös situation, och detta är väl något som också Läkarförbundet måste ta i beaktande.

Varje år tar ca 85 svårt cancersjuka svenskar livet av sig under mer eller mindre dramatiska och ovärdiga former [2]. Vi måste börja diskutera hur vi skall gå patienter med outhärdligt lidande till mötes på ett lite nytt sätt.

**Vi är alla eniga** om att den palliativa vården skall utvecklas och förbättras, men eftersom ingen behandling lyckas till 100 procent kommer det alltid att finnas situationer, om

än inte så många, där man måste överväga patientens önskemål om läkarassisterad självmald död. Annat strider mot viktiga medicinsk-etiska principer och humanitet.

Ett första steg vore att ifrågasätta den läkaretsiska regel – nr 3 – som Thomas Flodin citerar och som avslutas med »Läkaren får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden«. Bortsett från att det bryts mot denna regel vad gäller både anda och bokstav [3], så strider den mot nästa regel – nr 4: »Läkaren ... får inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv.« Två så motsägelsefyllda regler borde nog snarast omarbetas till mer konsekventa och moderna riktlinjer.

Vi föreslår en bred etisk diskussion inom Läkarförbundets EAR, där vi gärna medverkar med våra kunskaper. Vi rekommenderar boken »Att få hjälp att dö« [4] som en bra utgångspunkt. Det finns också en hel del evidensbaserad kunskap från Holland som kan vara viktigt att ta del av [5].

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

## REFERENSER

- Lynöe N. Axiomet »primum non nocere« troligen en 1800-talsprodukt. Läkartidningen. 2006;103:4030-2.
- Björkenstam C, Edberg A, Ayobi S, Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? Scand J Public Health 2005;33:208-14.
- van der Heide A, Deliens L, Faissst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. Beslutsfattande vid livets slut i sex europeiska länder. Läkartidningen. 2003;100:2434-9.
- Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor. Antologi. Westrin CG, Nilstun T, redaktörer. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper 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.

■ Nästa sida: Flodin replikerar. ➔

REPLIK:

## Är det rätt att döda sin patient?

Gunnar Hagberg och Thomas Ljungdell har rätt i sin förmodan att LTs ledarsida uttrycker Läkarförbundets politik, syn eller åsikt om aktuella frågor. Sidan är inte till för privat tyckande. För detta finns debatt- och insändarsidor.

**Vad var då syftet** med ledaren i 32–33/2007? För det första, att placera den aktuella svenska debatten om läkarens roll i livets slutskede i ett bredare historiskt och internationellt perspektiv. För det andra, att beskriva Läkaresällskapets etiska delegations syn på sakfrågan – dvs om aktivt avslutande av livsuppehållande be-

handling på patientens begäran kan likställas med läkarassisterat självmord. Slutligen, att välkomna en nödvändig debatt i detta svåra och viktiga ämne.

**Ledarens rubrik** »Nej till läkarassisterat självmord« beskriver den gemensamma syn som delas av Läkarförbundet, Läkaresällskapet (Niels Lynöe anser inte att sällskapets nya rekommendationer medger läkarassisterat självmord) och WMA (beskrivet i Deklarationen om eutanasi 1987, WMAs »Statement on physician-assisted suicide« 1992 samt WMAs resolution om

eutanasi 2002). Hagberg och Ljungdell förespråkar dock både eutanasi och läkarassisterat självmord.

Att man använder en förskönande omskrivning och kallar självmord för »självald död« ökar tyvärr inte trovärdigheten i deras argumentation. Mycket utrymme i deras inlägg ägnas åt svepande och nedsättande omdömen om dem som inte delar deras åsikt.

**Detta kan kanske** verka stimulerande för de redan övertygade. För att påverka mer skeptiskt inställda bör Hagberg och Ljungdell i fortsätt-

ningen överväga att i stället sakligt bemöta de invändningar som finns mot läkarassisterat självmord.

**Läkarförbundets** etik- och ansvarsråd och Läkaresällskapets etiska delegation kommer att träffas i oktober för att bland annat diskutera dessa frågor. Min förhoppning är att den fortsatta debatten kan präglas mer av ärlighet och ödmjukhet än av självöver-skattande trosvissnet.

**Thomas Flodin**  
ordförande, Läkarförbundets  
etik- och ansvarsråd  
thomas.flodin@slf.se

## Avregleringen av apoteksmonopolet – lär av Norge

■ Det är spännande att från Norge följa debatten om hur det svenska apoteksmonopolet ska avvecklas. I Norge har vi redan avreglerat vår apoteksmarknad med gott resultat, och därför är det intressant att notera hur förhållandena på den norska apoteksmarknaden används som referens och tillhygge i den svenska debatten.

**Reportaget** i sommarens nummer av Läkartidningen redovisar att fler apotek öppnats i Norge, men priserna framställs som höga. Ingenstans i artikeln nämns att läkemedel i Norge är momsbelagda och att köpkraften hos de norska konsumenterna är högre än hos de svenska.

Omregleringen av marknaden i Norge har lett till ökat öppethållande på apoteken, kortare köer och bättre service. Att patienter och kunder är mer nöjda än tidigare är därför inte så konstigt. En väl fungerande konkurrens leder också till bättre resultat än monopol.

I svenska medier framställdes det faktum att i Sverige 42

apotek höll stängt över sommaren som något positivt. Och visst är det en förbättring mot tidigare år, men är det verkligen en sådan service som svenska folket efterfrågar? Jag tror att svenskarna önskar att läkemedel ska vara lika tillgängliga som andra viktiga varor, men det kan alltid uppstå problem när man ska omreglera en marknad.

När varor subventioneras av det offentliga uppstår alltid vissa snedvridande effekter. Inte ens människors fria val på en oreglerad marknad anses alltid leda till det optimala resultatet. Att utifrån dessa teoretiska modeller försöka beskriva exakt hur den ideala prisstrukturen ska se ut, låter sig inte göras i verkligheten.

**Om man delar upp** läkemedlen i patenterade läkemedel och generiska läkemedel framstår stora skillnader mellan de olika länderna. Patenterade läkemedel är väsentligt dyrare i Sverige än i Norge, medan förhållandet hittills har varit det omvända för generiska preparat. Detta beror naturligtvis på att de



Rubriker från reportaget i Läkartidningen 32–33/2007.

båda länderna har valt olika modeller för att styra och reglera läkemedelskostnaderna. Men det beror också på att det i Norge efter avregleringen finns ett antal starka aktörer på marknaden som har intresse av att pressa läkemedelsbolagens priser.

**Det är självklart** att det krävs ekonomiska incitament för att ett system ska fungera väl. Men det är inte lika självklart att alla aktörers intressen sammanfaller. Läkemedelsföretagen vill ha goda intäkter för att kunna finansiera forskning av framtida läkemedel. Patienter vill få billig medicin. Landstingen vill hålla sina budgetar. Apoteket vill behålla sitt monopol. Andra aktörer vill få tillträde till markna-

den. Politiker vill ha nöjda medborgare.

Om man väger samman dessa intressen är det rimligt att de svenska apoteksutredarna tittar på Norge som ett föredöme för hur en avreglering kan genomföras. Den norska utvecklingen visar att en avreglerad marknad fungerar väl; antalet apotek i Norge har ökat, öppettiderna har blivit längre och väntetiderna kortare. De norska kunderna är nöjdare idag än vad de var före reformen, och den totala läkemedelsnotan har sjunkit.

Mitt råd till Sverige är att lära av Norge och ta till sig det bästa av våra erfarenheter.

**Arne Överbj**  
VD, Norsk Medisinaldepot  
Arne.Overby@nmd.no