

# Sanktionering av dödshjälp förändrar samhällets etiska värdegrund

När samhället sanktionerar dödshjälp inträffar något utöver det att ett visst beteende avkriminaliseras. De styrande sänder ut signaler om ett ändrat värdesystem kring hur ett människoliv skall värderas. Detta startar en psykologisk dynamik bland medborgarna som blir varse att vissa människoliv värderas lägre än andra. Att vissa strikta regler skall vara uppfyllda för att få ge dödshjälp blir då inte lika tydligt för gemene man, som kan förledas till kriminella handlingar.



**SUSANNE RINGSKOG VAGNHAMMAR**  
 överläkare i psykiatri, Psykoskliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö; även verksam vid Nationellt och Stockholms läns landstings Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Solna  
[susanne.ringskog@tele2.se](mailto:susanne.ringskog@tele2.se)

Den 28 januari i år dömdes en sjuksköterska i Schweiz för mord på 22 patienter och mordförsök på ytterligare fem. Sjuksköterskan hade strypt eller förgiftat patienterna. Hans motiv var medlidande. Domen löd på livstids fängelse.

Hur kan det komma sig att en sjuksköterska gör precis tvärtom mot det han är utbildad för, nämligen avslutar liv i stället för att bevara liv? Den här sjuksköterskan är inte unik. Liknande fall har på senare år publicerats från Tyskland, England och även Sverige. En del av förklaringen kan stå att finna i de senare årens debatt om dödshjälp, och särskilt i de förändringar i lagstiftningen i Nederländerna och i Belgien som gjort det lagligen möjligt att under vissa betingelser ta livet av en patient.

## Vissa rekvisit krävs

I Nederländerna skall vissa rekvisit vara uppfyllda, som att patienten själv skall begära dödshjälp, han skall vara drabbad av ett outhärdligt fysiskt eller psykiskt lidande, läkaren skall konsultera en kollega, och hela förloppet skall inrapporteras till myndigheterna [1]. I Belgien är reglerna ungefär desamma [2].

I Schweiz är dödshjälp förbjudet, men däremot är sedan början av 1900-talet så kallat assisterat självmord inte kriminellt, »förutsatt att utomstående ej har fördel«, som termen lyder [3]. Dessa förhållanden är det som ligger bakom senare års så kallade självmordsturism till Schweiz, något som också uppmärks-

sammats i svenska medier. Dessutom är i den amerikanska delstaten Oregon så kallat läkarassisterat självmord lagligt. När samhället sanktionerar dödshjälp inträffar något utöver det att ett visst beteende avkriminaliseras. De styrande och ansvariga i en stat sänder nämligen också signaler om ett ändrat värdesystem vad gäller så fundamentala etiska grundsatsar som hur ett människoliv skall värderas. Detta startar en psykologisk dynamik bland medborgarna: det blir uppenbart att det är officiellt accepterat att vissa människoliv värderas lägre än andra.

Vissa individer skall alltid vid behov räddas till livet (exempelvis 23-åriga elitidrottsmän). Andra individer är det inte lika angeläget att anstränga sig för (kanske hemlösa missbrukare och socialbidragstagare). Ytterligare andra patientkategorier (till exempel dementa, handikappade, äldre) kan komma ifråga för dödshjälp. Någonstans skymtar här också ekonomiska värderingar: icke-produktiva medborgares liv blir mindre värda än produktivas.

## Dynamiken beaktas ej

De lagmässigt reglerade regelsystem för tillvägagångssättet vid dödshjälp som förelagts läkarna i Nederländerna och Belgien nämns av respektive ansvariga som en garant för att tillämpningen av dödshjälp inte missbrukas. Vad man då inte tar i be-

aktande är just denna dynamik som lagstiftningen startat hos medborgarna.

Lagen skall reglera dödshjälpsförloppet, men det blir den implicita underliggande värderingen som tränger fram till den enskilde. Att vissa strikta regler skall vara uppfyllda för att dödshjälp alls skall få genomföras blir då inte lika tydligt. På så vis uppstår fall som med den schweiziska sjuksköterskan: de patienter han skötte var kanske gamla och hjälplösa, och hade i hans tycke ingen större anledning att vilja leva. Den här förskjutningen i ett samhälles grundläggande etiska principer ligger bakom det sluttande planet för dödshjälpsförloppet i Nederländerna som docent Göran Isacson uppmärksammar [4].

De två styrelsemedlemmarna i föreringen »Rätten till vår död«, överläkare Gunnar Hagberg, Växjö, och professor emeritus Lennart Widén, Stockholm, polemiserar mot Isacson och hävdar [5] att holländsk dödshjälp visst inte befinner sig på något sluttande plan. I stället anser de båda författarna att Isacson »förfasar sig« bara för att ett 100-tal nyfödda handikappade spädbarn per år får dödshjälp i Nederländerna.

## Några kommentarer

I det följande vill jag kommentera Hagbergs och Widéns argument på några punkter:

1. Förskjutning i de nederländska lagtexterna gällande dödshjälp och i rättspraxis från 1993, 1994 och 2002.

1993 formaliserades i Nederländerna förfaringssättet vid dödshjälp på så vis att vissa rekvisit skall vara uppfyllda. Bland annat skulle patientens »fysiska eller mentala lidande vara gravt utan någon utsikt till lindring«. 1994 utvidgades indikationerna när Högsta domsto-

”  
 När samhället sanktionerar dödshjälp inträffar något utöver det att ett visst beteende avkriminaliseras. De styrande och ansvariga i en stat sänder nämligen också signaler om ett ändrat värdesystem vad gäller så fundamentala etiska grundsatsar som hur ett människoliv skall värderas.

len fastslog att eutanasi också kunde gälla patienter med »outhärdligt psykiskt lidande« men utan fysisk sjukdom.

Ett exempel är att dödshjälp 1995 beviljades en medelålders gift kvinna, som förlorat båda sina söner – den ene genom självmord och den andre genom cancer. Kvinnan hade utvecklat depressioner och alkoholberoende och hade gjort flera självmordsförsök [6]. I 2002 års nederländska eutanasilag har skrivningen från 1993 ändrats till att patientens lidande skall vara »varaktigt och outhärdligt«, och att läkare och patient gemensamt måste diskutera situationen och finna att »inget rimligt alternativ står till buds« [7].

Det är uppenbart att denna nya skrivning innebär en vidgad syn på indikationerna för dödshjälp och att tolkningsramarna blivit vidare – vad innebär exempelvis att »inget rimligt alternativ står till buds«?

Ett problem i sammanhanget är hur säkert en patients diagnos och prognos är. Andrews och medarbetare gjorde en studie över 40 patienter med persisterande vegetativt tillstånd PVS [8]. (PVS innebär att neokortex är utslaget men att kriterierna för hjärndöd inte föreligger. Hjärnstammen fungerar och därmed vissa vegetativa reflexer; patienten är vaken, har kvar sömn/vakenhetscykeln och kan ta emot föda medelst sondmatning.)

Andrews och medarbetare fann att 40 procent, eller 17 personer, av dessa PVS-patienter var feldiagnostiserade. Sedan de flyttats till en annan avdelning, förblev de visserligen allvarligt skadade, men de kunde kommunicera sina önskemål vad gäller vissa livskvalitetspreferenser, en del i avancerad grad.

Att det är viktigt med korrekt diagnos av PVS framgår också av ett berömt brittiskt rättsfall [9]. Det gällde en man som efter en trafikolycka haft PVS-syndromet i tre års tid. På sjukhusets begäran tilläts mannen att dö genom att den livsuppehållande behandlingen avbröts.

### Korrekt prognos ännu svårare

Att göra en någorlunda korrekt prognos är kanske ännu svårare än att ställa diagnos. Den så kallade SUPPORT-studien (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments) [10] tillkom för att skapa en modell för säkra prediktioner av återstående livslängd. Studien gällde behandling och beslutsfattande rörande sammanlagt 9 100 patienter på fem sjukhus.

Ett av fynden var att läkarnas prognoser ofta inte stämde med hur sjukdomsförloppet sedan utvecklade sig – särskilt inte när man förutsagt en kort överlevnadstid. Exempelvis hade pati-

**Det faktum att dödshjälp någon enstaka gång förekommer i flera länder skall inte tas till intäkt för att samhället därför måste sanktionera beteendet. Då startas en dynamik med svåröverskådliga konsekvenser.**

enter med hjärtinkompensation, som fått en prognos på mindre än 20 procents chans till överlevnad, en faktisk överlevnad på mer än dubbelt denna övre gräns.

Med tanke på osäkerheten i diagnoser och prognoser kan de rekvisit som sätts upp för dödshjälp te sig något efemära. I Oregon stadgas bland annat att patienten skall ha »en terminal sjukdom med mindre än sex månader kvar att leva«. Hur säkra är sådana utsagor om en patient?

2. »De grundliga vetenskapliga rapporter som holländarna själva publicerat för att försöka ta reda på vad som verkligen sker ...«

... är enligt Hagberg och Widén en garanti för ett den nederländska eutanasin är väl genomlyst och att befolkningen i Nederländerna kan känna sig trygg – inga missgrepp begås eftersom regelverket skyddar dem.

Av rapporterna framgår emellertid att endast 54 procent av de nederländska läkarna rapporterar om de utfört dödshjälp [11]. Vad innebär det? Jo, att vi inget vet om vad de övriga 46 procenten gör. Många fler fall av dödshjälp? Inga fler fall av dödshjälp? Här finns ett oroande stort mörkertal på nästan 50 procent.

### Oroad hälsovårdsminister

Om Hagberg och Widén är lugna, så är Nederländernas hälsovårdsminister Clémence Ross inte det. I ett uttalande sommaren 2004 vädjade hon till läkarna att de skulle uppfylla rapporteringsskyldigheterna vid eutanasi [12]. När lagen om eutanasi infördes 2002 var en av dess målsättningar att förbättra läkarnas rapporteringsgrad. Siffrorna från de senaste åren talar emellertid sitt tydliga språk: från 2 123 rapporterade eutanasisfall år 2000 meddelas varje år allt färre fall; år 2003 uppgick antalet till 1 815.

Hälsovårdsministern har nu tillsatt en utredning för att få klargjort om det är eutanasisfallen som minskar eller om det är läkarna som underlåter att rapportera. Hon vill också att utredningen tar reda på varför vissa läkare väljer att inte meddela sina eutanasisfall till myndigheterna.

3. 900 personer har avlidit med läkares hjälp utan att särskilt ha begärt detta.

Hagberg och Widén menar att rapporterna kring dödshjälp [13, 14] visar att »de allra flesta« av dessa 900 personer varit så allvarligt sjuka att de inte varit i stånd att begära dödshjälp, men att de tidigare uttalat önskan om sådan, och att patientens läkare och anhöriga tillsammans tagit beslutet att avsluta lidandet.

Emellertid är det så att i 30 procent av dessa 900 fall är 1995 var det i stället *de anhöriga* som begärt dödshjälp, därför att de »inte stod ut längre«. Detta är ingenting som Hagberg och Widén nämner, men är en viktig omständighet, eftersom den visar hur utlämnad den enskilda individen kan bli i det nederländska dödshjälpssystemet. Här kan alltså anhöriga och läkare gemensamt komma överens om att ta en individ av daga, även om han själv inte uttryckt någon önskan att dö.

Ett exempel är den somatiskt sjuka och vanvårdade (men inte dementa, som Hagberg och Widén förmodar, och vilken skillnad skulle det i så fall göra?) 84-åriga kvinna som själv sagt att hon ville leva, men där de två dottrarna bad husläkaren ge modern dödshjälp [15]. Läkaren konsulterade ingen kollega i ärendet och följde därmed inte regelverket för dödshjälp. Han uppgav dessutom osant att patienten dött en naturlig död.

### Bagatelliserande uttryck

Hagbergs och Widéns uttryck »de allra flesta« är bagatelliserande – om endast en av dessa 900 som berövades livet utan att ha begärt dödshjälp inte varit så allvarligt sjuk och inte i förväg begärt dödshjälp innebär detta enda fall en tragedi för mycket. Sanningen är ju att dödshjälpen i Nederländerna utövas utan full insyn (vi vet som sagt inte vad 46 procent av läkarna gör i den vägen). Vi vet också att såväl spädbarn [16] som mentalt handikappade hjälps att dö, två kategorier som är oförmögna att själva begära något sådant.

van Thiel och medarbetare undersökte 101 slumpvis utvalda läkare för mentalt handikappade som rapporterat 222 dödsfall bland sina patienter under år 1995 [17]. I 44 procent av fallen hade den behandlande läkaren fattat beslut om att avsluta patientens liv, antingen genom att upphöra med behandlingen

eller genom att smärtstillande givits i sådan mängd att döden inträtt. Endast två av dessa patienter hade begärt att få sitt liv avslutat.

4. »Lagtexten gör klart ... att läkarna skall förvissa sig om att patienterna är vid klart förstånd och har full insikt i sin situation.«

Det är givetvis önskvärt att uppnå denna målsättning, men i praktiken är den inte alltid mer än just en målsättning. Vilken patient har »full insikt i sin situation«? Och hur avgör läkaren att patienten har det? Herbert Hendin [18] har gjort ett viktigt påpekande när han diskuterar begreppet »beslutskompetent« – att vara mentalt kompetent är inte tillräckligt i en så allvarlig fråga som huruvida man skall begära dödshjälp eller ej. Individens i fråga måste också vara psykologiskt kompetent, alltså i mental balans.

Det är att förenkla för sig, om man tror att en begäran om dödshjälp skall tas »at face value«. Läkaren måste ha en viss psykologisk känslighet för vilka behov en sådan begäran egentligen uttrycker [19]. Den kan gälla en önskan om kommunikation, dvs en ganska dramatisk vädjan från patienten att »bli sedd«.

#### Varierande motiv

Patienten kan också genom sin begäran förmedla ilska eller hämndbegär på sina läkare – han är svårt sjuk, men de har inte lyckats bota honom – eller på sina anförvanter, som han vill straffa. Patienten kan kanske känna att han är en »dålig patient« som inte blir bra, vilket gör att hans läkare mår dåligt. Att begära dödshjälp blir då ett sätt att gottgöra, eller att tillmötesgå läkaren i det patienten tror är läkarens önskan. En framställan om dödshjälp kan också, paradoxalt nog, handla om att undkomma döden genom att »hinna före«.

Samtliga dessa motiv, och ytterligare andra, speglar ett tillkortakommande inom vården, eftersom den då kan ha missat patientens behov av närhet, kontakt, samtal inför det okända – döden som kanske snart förestår.

#### 5. Opinionsen.

Det är riktigt, som Hagberg och Widén skriver, att opinionsen i Sverige och i många andra länder är positiv till dödshjälp. I Sverige har två undersökningar av inställningen till dödshjälp genomförts. 1989 lät Landstingsförbundet göra en undersökning [20], där 213 personer över hela landet via en enkät tillfrågades om de ansåg att dödshjälp skul-

le kunna ges. 65 procent svarade »ja« på denna fråga, de yngre mer än de äldre. Opinionsinstitutet TEMO gjorde 1991 en studie med telefonintervjuer av 1 000 personer [21]. 75 procent var för aktiv dödshjälp, yngre och boende i storstäder mer så än äldre.

#### Teori och praktik

Opinionsundersökningar också från andra länder visar i allmänhet att en majoritet är för dödshjälp. Den positiva inställningen omfattas främst av yngre, icke-religiösa och vita. Dessa teoretiska attitydmätningar skall jämföras med andra undersökningar, exempelvis Chochinovs och medarbetares [22], där studiet av terminalt sjuka visade att majoriteten av dem som uttryckt en dödsönskan visade sig lida av en depression. Emanuels och medarbetares [23] visade att depression var den enda faktor som signifikant korrelerade med cancersjuka patienters önskan att dö. Detta är viktiga forskningsfynd, eftersom depression är ett behandlingsbart tillstånd.

Tänkvärd är också Potters och medarbetares studie [24] där äldre människor som på grund av akut sjukdom tagits in på en somatisk akutmottagning tillfrågades om de vid behov önskade bli återupplivade. Det ville ca 95 procent. När människor verkligen står ansikte mot ansikte med döden, så väljer de livet. Vilket värde har då egentligen de många teoretiska attitydundersökningarna om inställningen till dödshjälp?

#### Kritisk granskning behövs

Sammanfattningsvis är frågan om dödshjälp både allvarlig och komplicerad. Det är viktigt att kritiskt granska utvecklingen i de länder som infört eutanasi och att även tillåta olika röster att göra sig hörda i debatten. Det faktum att dödshjälp någon enstaka gång förekommer i flera länder [25] skall inte tas till intäkt för att samhället därför måste sanktionera beteendet. Då startas en dynamik med svåröverskådliga konsekvenser. Sveriges läkarförbund tar i denna fråga klart ställning i sina etiska regler:

- Läkaren skall i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud.
- Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människoliv samt efter bästa förmåga bistå människor i medicinsk nödsituation. Läkaren får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

#### Referenser

2. Veermersch E. The Belgian law on euthanasia. The historical and ethical background. *Acta Chirurgica Belgica* 2002;102:394-7.
3. Bosshard G, Fischer S, Bar W. Open regulation and practice in dying. *Swiss Medical Weekly* 2002;132:527-34.
10. Lynn J, Harrell FE, Cohn F, Hamel MB, Dawson N, Wu AW. Defining the »terminally ill«. *Insights from SUPPORT*. *Duquesne Law Review* 1996;35:311-36.
12. Sheldon T. Dutch reporting of euthanasia cases falls – despite legal reporting requirements. *BMJ* 2004;328:1336.
13. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Rurup ML, et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. *Lancet* 2003;362:395-9.
16. van der Heide A, van der Maas PJ, van der Wal G, de Graaff CLM, Kester JGC, Kollée LAA, et al. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. *Lancet* 1997;350:251-5.
17. van Thiel GJM, van Delden JJM, de Haan K, Huibers AK. Retrospective study of doctors' »end of life decisions« in caring for mentally handicapped people in institutions in the Netherlands. *BMJ* 1997;315:88-91.
18. Hendin H. Suicide, assisted suicide and medical illness. *J Clin Psychiatry* 1999;60 suppl 2:46-52.
19. Muskin PR. The request to die. Role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *JAMA* 1998;279:323-8.
23. Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Claridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists and the public. *Lancet* 1996;347:1805-10.



I Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://lartarkiv.lakartidningen.se>  
 är artikeln kompletterad med fullständig referenslista