

vilka handlingsnormer som skall tillämpas, vilket framgår av en medicinsk kommentar i Läkartidningen 38/96 (sidan 3227).

Ökad medvetenhet även bland andra välinformerade patientgrupper och enskilda vård sökande, för vilka sjukvården är en servicefunktion och åtkomsten av god sjukvård ytterst en medborgerlig rättighet, kan på sikt förväntas leda till att ökade krav kommer att ställas gentemot sjukvårdens olika organ i frågor som rör integritet och individuellt hänsynstagande. Frågan är hur sjukvården kan möta och hantera dessa ökade kvalitets- och kompetenskrav?

Referenser

1. Hovrätten för Västra Sverige: dom 1996-02-17 i mål T 386/93.
2. Socialstyrelsen: yttrande 1993-02-17, dnr 149-8140.
3. HSN: beslut 1993-05-18 i mål 586/92:22.
4. Göteborgs tingsrätt: dom 1993-04-20 i mål T 731/92.
5. Haldén E, Birgegård G, Duvernoy O, Henze A. Erythropoietin möjliggjorde operation av coarctatio aortae hos Jehovas vittne. Läkartidningen 1991; 88: 4245-6.
6. Eidsvating Lagmansrätt: dom 1992-03-05 i ankesak nr 90-00532.
7. Sahlin J. Kommentar till Hälso- och sjukvårdslagen, tredje uppl. Stockholm: Allmänna förlaget, 1990: 55-70.
8. Sverne T. Patienträtt. Stockholm: Norstedts, 1993: 11, 52-7, 88-9.
9. Bengtsson B. Skadestånd vid myndighetsutövning II. Stockholm: Institutet för rättsvetenskaplig forskning, 1978.

OM EUTANASI TILLÅTS – VAD HÄNDER DÅ?

En utvärdering av holländska läkares praxis vid vård i livets slutskede 1990–1995 talar inte för att patienters begäran om dödshjälp behandlas mindre noggrant idag än tidigare. Det som betecknas som »ofrivillig eutanasi» är oftast smärtlindring som förkortat livet.

»Den grundläggande principen är alltså att all vård enligt Hälso- och sjukvårdslagen är frivillig» (sidan 8, Statens medicinsk-etiska råd, Etiska vägmarken 8). Vi har således rätt att tacka nej till erbjuden behandling. Men vi har inte rätt att kräva en speciell terapi – eller hjälp att avsluta livet på ett för oss barmhärtigt sätt.

»Livstestamentet» skall göra det möjligt att vårt självbestämmande även skall komma till uttryck i den händelse vi själva på grund av sjukdom eller olycksfall är oförmögna att tillkännage vår vilja. Ett tillåtande av eutanasi, under noga reglerade former, skulle ytterligare stärka den grundläggande principen.

Oroande frågor

Många är motståndare till eutanasi och kan heller inte tänka sig att läkare bör assistera den som vill begå självmord. Deras uppfattningar är värda all respekt.

Existentiella frågor mår väl av att diskuteras ingående. Tyvärr är frågorna så emotionellt laddade att sakens sanning sätts på undantag. Till stor del beror säkerligen detta också på att empiriska data är så få.

Danuta Wasserman, professor i suicidologi, är aktiv i debatten i Läkartidningen. Hon framför många kloka synpunkter bl a om vikten av att satsa på palliativ vård. Men hon drar också slutsatser som mera baseras på den egna, till eutanasi negativa, inställningen än på fakta.

Släpper fördämningarna?

En av de vanligare invändningarna är »risken för glidningar» i indikationerna för eutanasi. Wasserman varnar för att eutanasi »kan bli ett enklare alternativ till vård i livets slutskede», alltså att den

DEBATT

»Precis som vid studien 1990 anser en stor majoritet holländska läkare att eutanasi bör vara en exceptionell – men acceptabel – medicinsk praxis. »

palliativa vården eftersätts, inte utvecklas etc.

Vidare tror hon inte på att ett stabilt regelverk kan skapas för eutanasi. Tvärtom varnar hon för att vi kommer att »halka utför» – och i förlängningen riskerar människor att bli dödade i stället för att erhålla vård. Som stöd för antagandet anförs exempel från Holland, där årligen ca 3 000 patienter erhåller eutanasi.

Wasserman, och andra, brukar framhålla »att 1 201 personer 1990 fick s k ofrivillig eutanasi» – dvs de hade inte själva, explicit, begärt det. Siffran är alldeles korrekt – den implicerade tolkningen felaktig.

I The New England Journal of Medicine 22/96 publicerar van der Maas m fl en uppföljning och jämförelse mellan praxis i samband med vård i livets slutskede i Holland åren 1990 och 1995 [1, 2]. De kan då konstatera att den »ofrivilliga eutanasin» minskat en aning, från 0,8 procent av alla dödsfall 1990 till 0,7 procent 1995. Medgivandes att skillnaden är liten talar den i alla fall inte för att holländarna befinner sig på »ett sluttande plan».

Patientens vilja är lag

Viktigare är analysen, som också innebär en jämförelse med 1990, dvs motiven bakom praxis. I cirka hälften av de

Författare

ALEX MARGULIES

fd landstingsdirektör i Malmöhus läns landsting, styrelsemedlem i föreningen »Rätten till vår död», Stockholm.

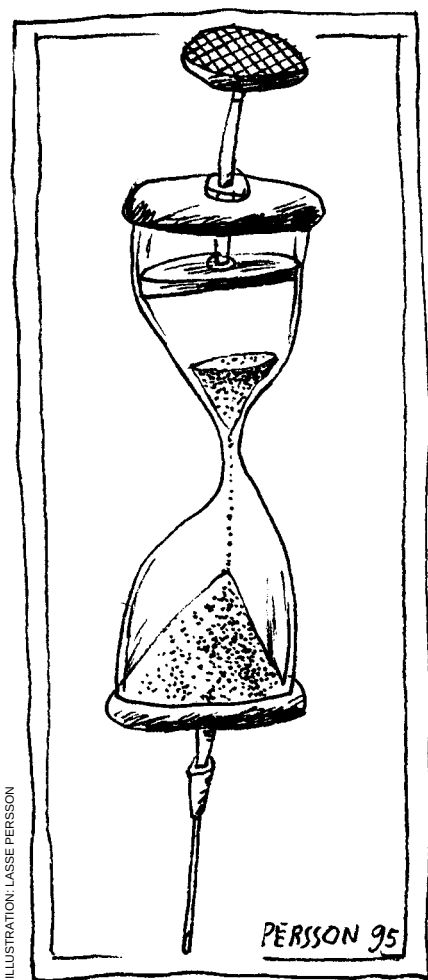


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

fall som betecknas som »ofrivilliga» hade eutanasi frågan diskuterats med patienten tidigare under sjukdomen, eller också hade patienten tidigare uttryckt sin viljeinriktning.

Där patienten varken var beslutsförmåg eller tidigare uttryckt sin vilja hade diskussioner förts med anhöriga och mellan läkare. I 33 procent av fallen hade livet förkortats med maximalt 24 timmar, och i ytterligare 58 procent gällde det högst en vecka.

Det rörde sig i huvudsak om cancerpatienter, och forskarna konstaterar, bl a på grund av den behandling som satts in, att »den ofrivilliga eutanasi» egentligen borde betecknas som *smärtlindring*, i sådan omfattning att livet förkortades.

Antalet som begär eutanasi i Holland har ökat med 12 procent. Av de 34 500 som begärde det 1995 fick endast 3 200 den efterfrågade hjälpen. I Holland, liksom hos oss, har effektiv smärtlindring börjat användas i betydligt större utsträckning – detta trots att sådan kan förkorta patientens liv.

Att medvetet ge preparat avsedda att lindra smärtan men samtidigt riskera att förkorta livet är accepterad medicinsk praxis. Att ge samma preparat i syfte att förkorta patientens liv är eutanasi – och förbjudet.

Även om skillnaden kan synas härfin är den givetvis väsentlig och skall upprätthållas. Syftet med medicineringen skall stå klart.

Passiv dödshjälp

Samtidigt finns det anledning att sätta in eutanasi i den totala bilden. Sjukvården har rätt att ge s k passiv dödshjälp, dvs att underlåta att ingripa, att stänga av en respirator, att ge massiv smärtlindring etc. 42 procent av alla dödsfall i Holland föregicks av medicinska beslut rörande livets slut, och i detta procenttal inbegrips de 3,3 procent som fick aktiv hjälp att dö.

Precis som vid studien 1990 anser en stor majoritet holländska läkare att eutanasi bör vara en exceptionell – men acceptabel – medicinsk praxis.

Det finns inga indikationer på att patienters begäran om dödshjälp behandlas mindre noggrant efter fem år. Tvärtom tycks antalet konsultationer av läkarkollegor och diskussionerna med anhöriga ha ökat.

Slutsatser

Forskarna förväntade sig – och fann – en ökning av antalet eutanasier och av frekvensen passiv dödshjälp. Detta är beroende på utvecklingen av sjukdoms-panoramat, den medicinskt tekniska utvecklingen och den åldrande befolkningen.

Deras noggranna jämförelser leder dem fram till att »dessa data stöder inte tanken att holländska läkare befinner sig i en utförsbacke som leder till en ökning av ovälkomna och oönskade fall av dödshjälp och till ett ökat socialt godtagande av dödshjälp på moraliskt diskutibara grunder».

Referenser

1. van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CLM, Kester JGC, 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: 1699–1705.
2. van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Haverkate I et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996; 335: 1706–11.

Referenslistor

Några detaljer förtjänar att påpekas då de ofta vållar problem:

Läkartidningen publicerar inte fler än 20 referenser (max 5 i korrespondensinlägg). Om fler finns skall författaren ange vilka som skall publiceras. Efter referenslistan skrivs då: »En fullständig referensförteckning kan rekvideras från författaren (författarna).» Ange både namn och adress!

Om ett verk har upp till sex författare anges samtliga; om författarna är sju eller fler anges de sex första plus et al.

Förkorta tidskrifters namn enligt Index Medicus. Om tidskriften inte återfinns i den senaste upplagan, skriv ut hela namnet.

Personliga meddelanden och opublicerade data redovisas i texten, inte i referenslistan. Undvik referenser till sammanfattningar (abstracts).

Författare skall alltid anges. Många skrifter har namngivna författare även om namnen inte finns på titelsida, utan t ex endast i förord eller liknande.

Om »författare» är en organisation, utredning eller expertgrupp skrivs detta, t ex »Synskadeutredningen. Synskadade och samhället . . .»

Finns ej angiven författare anges typ av artikel inom parentes efter rubriken, exempel: Syftet med läkarstrejken [ledare]. *Läkartidningen* 1986; 83: 75–6.»

Seriebeteckning för vissa publikationer – t ex Socialstyrelsen redovisar, SOU, departementsrapporter – anges i slutet av referensen. Exempel: Rannek J, Wahren H, Ringnér Å. Kväveföreningar i grundvattnet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1981. Socialstyrelsen redovisar 1981:9.

Vid hänvisningar till vad som sades vid konferenser och symposier anges konferensnamn, konferensplats och datum. Referera i första hand till tryckt protokoll eller sammanställning, ange förlag/utgivare och utgivningsort.

Vid hänvisningar till Svenska Läkarsällskapets riksstämmas sammanfattningar anges Hygiea, årtal, volym/band, nr och sida. Exempel: Bergdahl S, Eriksson M. Neonatal osteomyelit – ett 10-årsmaterial. Svenska Läkarsällskapets handlingar Hygiea 1980; 89(5): 67.

Om en referens är en akademisk avhandling anges [dissertation] före slutpunkten i titeln.

OBS! Många institutioner och universitet står själva som förlag.