

uppfatta utfallet. Men prostatacancerpatienten kommer i det långa loppet att ha fått sitt liv förkortat betydligt mer än bröstcancerpatienten. Möjligen skulle man kunna säga att prostatacancerpatienten har mer livskvalitet att vinna under en längre tid. Men samtidigt har bröstcancerpatienten så mycket lidande att förvänta under en kortare tid att de båda fallen skulle kunna likställas.

Om vi antar att den palliativa läkaren, men inte urologen, upplever att han/hon indirekt orsakat förkortandet av patientens liv, utgör då det en relevant skillnad? Låt oss först se om det finns en faktisk orsakssamband. Man kan hävda att urologen indirekt har orsakat en förkortning av prostatacancerpatientens liv genom att låta patienten själv få välja. Om urologen skulle ha insisterat på att ge den behandling som patienten undanbett sig, skulle patienten ha levt längre. Precis detsamma gäller för bröstcancerpatienten. Någon

faktiskt skillnad med avseende på indirekta orsaker finns alltså inte. Det förefaller därför inte rimligt att läkare gör skillnad i de två fallen med hänvisning till att orsakssambandet i det ena fallet eventuellt upplevs som mer påtagligt.

En läkare som önskar begränsa en patients medbestämmande och som inte vill beskyllas för dubbelmoral kan argumentera för att det i själva verket är urologerna som gör fel när de låter sina patienter få välja. Man kan argumentera för att det är urologerna som bör anpassa sig till den palliativa vårdens praxis och inte det omvända. Men med tanke på hur patientens medbestämmande betonas i dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning skulle det vara svårt att ifrågasätta urologernas praxis.

Analysen indikerar att det inte finns några relevanta skillnader mellan att låta en prostatacancerpatient få välja en livsförkortande behandling med hän-

visning till sin livskvalitet och att låta en patient i livets slutskede göra detsamma. Om man accepterar principen att lika bör behandlas lika bör en välinformerad och beslutskapabel patient i livets slutskede också få vara med och bestämma om och när sederingsbehandling bör erbjudas.

Ovanstående analys och argumentation ska uppfattas som provisorisk, och läsare inbjuds att kritisera resonemanget. Det är endast om det kan motstå och överleva kritiska invändningar som man bör ta hänsyn till det.

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

REFERENS

1. Karlsson M, Strang P. Finns det en etisk skillnad mellan dödshjälp och sederingsbehandling? Läkartidningen. 2010;107:3221-2.

Fler debattinlägg på sidan 2169.

apropå! Avrättningen av Troy Davis

Appell för bildandet av »Läkare mot dödsstraff«

Det måste ha varit i början av 1960-talet. Tonåring. Min årligen återkommande halsfluss började ge vika. Jag fick lust att hitta något spännande att läsa. Min blick vandrade längs bokryggarna i föräldrahemmets Stringbokhylla. Blicken fastnade vid en oansenlig bokrygg. Boktiteln, »Dödsfall 2455«, väckte nyfikenhet. Sakerligen spännande läsning, tänkte jag, tog ut boken och började läsa.

Detta är mitt tidigaste minne av att jag reagerade med fasa över innebörden i ordet dödsstraff. Boken var skriven av en dödsdömd, Caryl Chessman, under hans tid i väntan på avrättning. Han hade 1948, mot sitt nekande, dömts till döden; avrättningen skulle ske i gaskammaren i San Quentin-fängelset i Kalifornien. Hans motsträvig kamp blev förgäves. I maj 1960 tvingades han inandas den dödande cyanvätegasen.

Namnet Troy Davis blev

helt nyligen och på liknande grunder bekant världen över. Den 21 september 2011 erhöi han en dödlig injektion i fängelset i Jackson, Georgia. Likheter med Chessmans fall var flera: det ihärdiga förnekandet av skuld, den bristfälliga bevisningen, den långa väntan i dödsfängelse, omvärldens massiva protester.

Vid en avrättning i USA deltar en läkare. Den domde genomgår en medicinsk undersökning några timmar före verkställandet. Det är för att säkerställa att den dömdes tillstånd medger avrättning. Absurt! Läkaren ombesörjer dödsförklaringen. Man frågar sig: Vem tillhandahåller de dödande preparaten (läs: läkemedlen)? I dagsläget används tre: pentobarbital (för att åstadkomma medvetslöshet), pankuronbromid (för muskelparalys) samt kaliumklorid (för att åstadkomma hjärtstillestånd).

Varför väcks min vrede mot just USA? Jo, detta land, be-

nämnt som »världens största demokrati«, betraktas av många som ett föregångsland. Det gäller dock inte synen på dödsstraff. För närvarande har 34 av landets 50 delstater dödsstraff i straffskalan. USA befinner sig i sällskap med länder som Kina, Vitryssland, Iran, Nordkorea, Saudiarabien och Syrien (för att nämna endast några) – samtliga ökända diktaturer. På webbplatsen <<http://www.deathpenaltyinfo.org>> finns utförlig information gällande dödsstraffet i USA.

Det är min bestämda uppfattning att ingen person och inget land har rätt att medvetet ta en människas liv. Amnesty International formulerar det utmärkt: »Dödsstraff är inget straff, det är ett brott.«

Det finns i vårt land läkarorganisationer mot aids, mot kärnvapen, mot tobak och



Foto: Scanpix

Fallet Troy Davis väckte internationell opinion mot dödsstraff. Bilden: Amnesty-aktion i Rom.

kanske flera som jag inte känner till. Det finns dock mig veterligt inte någon organisation med namnet Läkare mot dödsstraff.

Detta inlägg är ämnat som en appell till läkarkåren i Sverige att vi organiserar oss och markerar vårt tydliga avståndstagande beträffande tillämpning av dödsstraff. Naturligtvis inte enbart i USA, utan globalt.

Magnus Carlsson
leg läkare, Jönköping
magnus.c@live.com