



NASP

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

# Uppdatering av rapporten "Att påskynda livets slut – om eutanasi"

Susanne Ringskog Vagnhammar

© NASP – 2007

Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa

NASP  
Karolinska Institutet  
171 77 Stockholm

Tfn: 08/524 870 26

E-post: [nasp@ki.se](mailto:nasp@ki.se)

[www.ki.se/suicide](http://www.ki.se/suicide) • [www.folkhalsoguiden.se](http://www.folkhalsoguiden.se)

## UPPDATERING AV RAPPORTEN

”Att påskynda livets slut – om eutanasi”

Susanne Ringskog Vagnhammar

## Innehållsförteckning

UTVECKLINGEN FRÅN ÅR 2000 .....	1
NEDERLÄNDERNA .....	2
Ny lag sedan år 2001 .....	2
Minderåriga och eutanasi .....	2
Regelförfarande vid dödshjälp.....	2
Rapporteringsfrekvensen hos läkarna .....	3
Konsultation av kollega vid eutanasi och assisterat självmord.....	3
Avsaknaden av psykiatrisk konsult i de nederländska dödshjälpsreglerna.....	4
Emotionella reaktioner hos läkare .....	6
Korrelering mellan olika personlighetsegenskaper hos sjukvårdspersonal och deras attityder till dödshjälp .....	7
Hur inverkar tillämpad dödshjälp på sorgen hos de efterlevande? .....	8
BELGIEN .....	9
OREGON .....	11
SCHWEIZ .....	13
Deskriptiv studie om "end-of-life decisions" från sex europeiska länder.....	14
NYA ZEALAND.....	15
SAMMANFATTNING .....	15
REFERENSER.....	16

## UTVECKLINGEN FRÅN ÅR 2000

Av samhället sanktionerad dödshjälp förekommer år 2004, i fyra länder i världen: Nederländerna (eutanasia och läkarassisterat självmord, sedan 2001), Belgien (eutanasia och läkarassisterat självmord, sedan 2002), Oregon (läkarassisterat självmord; sedan 1997) samt Schweiz (av vem som helst assisterat självmord förutsatt att utomstående ej får fördel, ej olagligt sedan början av 1900-talet).

Nedan följer en genomgång av de senaste årens utveckling i respektive land.

## Nederländerna

Ny lag sedan år 2001

Ända sedan år 1973, då det i Nederländerna inträffade ett prejudicerande rättsfall där en läkare stod åtalad för att ha givit sin terminalt sjuka mor en dödlig dos morfin och domstolen frikände läkaren, har landet levt med situationen, att visserligen är dödshjälp olagligt, men under vissa förutsättningar är det ändå tillåtet. Dessa förutsättningar utvecklades till ett regelverk och stadfästes 1984 av det nederländska läkarförbundet.

I april år 2001 avkriminaliserades formellt eutanasi och läkarassisterat självmord i Nederländerna. Enkätundersökningar hade visat, att cirka 90 procent av invånarna stod bakom lagen (Weber, 2001). Beslutet att anta lagen föregicks likväl av en häftig debatt där bland annat de beslutande fick motta cirka 60 000 brev i protest.

### Minderåriga och eutanasi

I Nederländernas nya eutanasilag har man efter massiv kritik dragit tillbaka ett förslag att barn mellan 12 och 16 år själva skulle få besluta om de ville begära dödshjälp, även om deras föräldrar motsatte sig det. I stället är det nu så, att föräldrarna måste ge sitt medgivande om barnet är under 16 år. Om individen är över 16 år, får han/hon bestämma själv (Weber, 2000).

### Regelförfarande vid dödshjälp

Enligt den i dag gällande nederländska *Lagen om begärt avslutande av liv* kommer nederländska läkare inte att åtalas för att ha stått till tjänst med dödshjälp, förutsatt att de följer de stipulerade reglerna, som är något annorlunda mot de sedan tidigare påbudna (Sheldon, 2000). Läkaren måste nu vara "övertygad" om att patientens begäran är frivillig och att lidandet är "varaktigt och outhärdligt", läkare och patient skall gemensamt diskutera situationen och finna att "inget rimligt alternativ står till buds"; läkaren måste också konsultera minst en ytterligare oberoende läkare som undersöker patienten. När läkarna är överens, kan de avsluta patientens liv enligt vederbörliga medicinska föreskrifter.

När väl döden har inträffat skall läkaren inte utfärda en dödsattest utan informera kommunsjukvårdens patolog om dödsorsaken genom att på ett särskilt formulär uppges detaljer om patienten och hans begäran, även upplysa om läkar-

patientrelationen samt om patientens sjukdom. En tillsynskommitté undersöker varje fall och kan välja att sända det vidare till allmänna åklagaren, om bedömningen inte blir att alla kriterierna för att tillhandahålla dödshjälpen varit uppfyllda (Thynne, 2002).

#### Rapporteringsfrekvensen hos läkarna

Det nederländska regelverket kring eutanasi och läkarassisterat självmord har tillkommit för att öka insynen och samtidigt stötta läkarna i att rapportera till myndigheterna. Från år 1996 har också rapportgraden höjts från 41 procent till 54 procent av samtliga inträffade fall (Sheldon, 2003). Fortfarande är det dock så, att endast drygt hälften av läkarna rapporterar när de utfört eutanasi eller "end-of-life decisions", ELD:s, som de benämns i de nederländska forskningsrapporterna kring dödshjälp.

1990, 1995 och 2001 har omfattningen av ELD:s undersökts (Onwuteaka-Philipsen et al., 2003). Antalet uttalade önskemål om eutanasi eller läkarassisterat självmord ökade från 8 900 år 1990 till 9 700 år 1995, och låg kvar på det antalet år 2001. Samtidigt ökade andelen utförd eutanasi från 1,7 procent 1990 och 2,4 procent år 1995 till 2,6 procent år 2001. Studiens författare menar, att praxis kring "end-of-life decisions" har stabiliserats och inte visar på någon större ökning över åren.

#### Konsultation av kollega vid eutanasi och assisterat självmord

Ett av de stipulerade kraven i regelverket för tillämpning av dödshjälp i Nederländerna gäller, att ytterligare en kollega skall konsulteras i det aktuella fallet. Onwuteaka-Philipsen et al. (2000) undersökte, hur ofta denna konsultation ägde rum i praktiken. Enkäter sändes år 1995 till läkare som utfärdat 6 060 dödsbevis, och ett stratifierat urval på 405 läkare intervjuades. Data jämfördes med en liknande enkätundersökning från år 1990 av 1 042 allmänpraktiserande läkare. Alla undersökta garanterades full anonymitet.

Av undersökningarna framgick, att år 1990 hade sju procent av allmänläkarna inför ett dödshjälpsärende konsulterat en kollega, en siffra som år 1995 ökat till 64 procent, således en stor förbättring. En av slutsatserna från denna studie blev, att kvaliteten på konsultationerna kunde förbättras, exempelvis genom att utse oberoende och särskilt utbildade konsulter. Detta ledde till projektet "*Stöd och konsultation för allmänläkare som utför dödshjälp*".

År 1997 startades sålunda detta projekt för att erbjuda stöd i eutanasifrågor åt allmänläkarna i Amsterdam (Onwuteaka-Philipsen, 2001). Tjugo läkare, med en tredagarsutbildning som omfattade regelverket kring dödshjälp, de medikotekniska frågorna kring utförandet av dödshjälp samt palliativ medicin, ingick i ett jourssystem, där en av dem kunde nås inom 24 timmar av den allmänläkare som önskade hjälp. Projektet fortgick under 14 månader, och under den tidsperioden kontaktades nätverket av 30 procent av de läkare som erhållit en begäran om dödshjälp och av 53 procent av de allmänläkare som utförde dödshjälp. Vanligaste skälet för kontakt var att situationen var komplicerad och att man önskade hjälp med den legala proceduren. Andra skäl var att "konsultation är obligatoriskt" och att man inte önskade besvära en kollega.

Trots att endast 30 procent av de läkare som fått förfrågan om dödshjälp kontaktade detta konsultationsnätverk, bedömdes det som framgångsrikt. Verksamheten har från år 1999 övergått i ett större projekt, "*Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands*", som omfattar hela landet och täcker alla specialiteter. Tanken är att verksamheten så småningom skall bli permanent.

Avsaknaden av psykiatrisk konsult i de nederländska dödshjälpsreglerna

Ett av de vanligaste skälen för att i Nederländerna inte bevilja begärd dödshjälp utgörs av förekomsten av en psykiatrisk diagnos hos sökanden (42-44 procent av avslagen motiverades av att man funnit en depression hos individen i fråga; Onwuteaka-Philipsen et al., 2000B) Ändå ingår psykiatrisk konsult inte som ett obligatoriskt krav i regelverket för hur dödshjälp skall tillämpas.

Psykiatriska diagnoser vid terminala cancersjukdomar förekommer i ungefär hälften av fallen (Derogatis et al., 1983; Minagawa et al., 1996). Enligt Derogatis et al. bestod till 85 procent denna psykiatriska diagnos av ett depressions- eller ångesttillstånd, alltså ett vanligtvis behandlingsbart tillstånd. I Minagawa et al:s studie var förvirringstillstånd den vanligaste psykiatriska diagnosen; således något som i hög grad påverkar den intellektuella "kompetensen" vid exempelvis en dödshjälpsbegäran.

Meningarna har varit delade om behovet av psykiatrisk konsultation i samband med bedömning av en patients begäran om dödshjälp. Baile et al. (1993) beskriver fyra patientfall vid en cancerklinik i Florida, där det psykosociala teamet konsulterats. Slutsatsen efter analysen av dessa fall blir, att smärta, lidande, organiskt



grundad psykisk störning, depression och personlighetsfrågor spelar en stor roll vid en patients begäran om hjälp att få dö. En omfattande psykosocial utredning behövs vid utredningen av en dödshjälpsbegäran, anser författarna, eftersom en sådan kan avslöja dolda problem eller konflikter som spelar in vid patientens beslutsfattande.

Frågan är, om det är tillräckligt med endast en psykiaterkonsultation för att helt kunna belysa en individs psykiatriska status. Ganzini et al. (1996) undersökte inställningen hos psykiatrer i Oregon till läkarassisterat självmord (PAS). Om psykiatern var positiv till PAS, var han mer villig att erbjuda sådan konsultation, men endast sex procent av psykiatrerna ansåg, att de efter endast ett bedömnings-tillfälle skulle kunna fastslå huruvida en psykiatrisk störning inverkar negativt eller ej på en individs omdöme när denne begärde dödshjälp.

Sullivan, Ganzini och Younger har i en senare artikel (Sullivan et al., 1998) vänt sig mot att just psykiatrer skulle fungera som ett slags grindvakt vid läkar-assisterat självmord. Psykiatriska åkommor är vanliga hos de terminalt sjuka, skriver författarna. Förvirringstillstånd är ofta svåra att särskilja från depression. Emellertid innebär inte automatiskt förekomsten av en psykisk störning att den intellektuella kompetensen hos individen är störd. Exempelvis kan många psykotiska patienter lämna ett vederhäftigt samtycke till att delta i forskningsprojekt från vilka de själva personligen inte får någon fördel. Författarna ger också exempel på flera studier som visar, att även om depression är vanligt hos individer som ber om PAS, är det inte depressionen enbart som svarar för all varians bakom hans/ hennes beslutsfattande. Psykiaterns roll i detta sammanhang, anser slutligen författarna, är inte att fungera som grindvakt vid beslut om att ge en individ tillgång till PAS eller ej, utan i stället att stödja patientens självständighet i att välja och att minska hans ångest under dödsprocessen.

I en undersökning av hur ofta läkarassisterat självmord förekommer i nederländsk psykiatrisk praktik (Groenewoud et al., 1997) besvarade 83 procent av 673 nederländska psykiatrer en enkät, där det bland annat framgick, att cirka 30 procent av de svarande psykiatrerna någon gång (trots att detta inte ingår som obligatoriskt krav) hade konsulterats av somatisk kollega rörande ett dödshjälpsfall. Årligen rörde det sig om cirka tre procent av alla de cirka 9 700 önskemålen från patienter om eutanasi eller läkarassisterat självmord. I 48 procent av de aktuella fallen resulterade samrådet i att begäran om dödshjälp avlogs. Skälen till att psykiatern avrådde från dödshjälp var att en behandlingsbar psykisk

sjukdom förelåg eller att beslutsfattandet påverkats av överförings- eller motöverföringsfenomen.

Bannink et al. (2000) redogör för en projektperiod av två år, mellan 1 juni 1997 och 1 juni 1999, då man rutinmässigt lade till en psykiaterkonsultation till ansökningarna om dödshjälp vid Rotterdam-Daniels universitetssjukhus. Under denna period genomförde studiens huvudförfattare, Bannink och van Gool, 22 psykiatriska konsultationer på dödshjälpsapplikanter. Två patienter nekades eutanasi som direkt följd av den psykiatriska konsultationen.

Författarnas slutsatser blir likväl, att de inte anser att psykiatrisk konsultation självklart bör bli obligatoriskt vid handläggandet av dödshjälpsärenden. Fördelarna med en psykiatrisk konsultation måste vägas mot risken att psykiatern tilldelas rollen av "den siste grindvakten", vilket kan bli en tung börda. (Kommentar: detta är visserligen sant, men också denna eventuella "tunga börda" måste sättas i relation till något, nämligen möjligheten att upptäcka och kunna behandla ett psykiatriskt tillstånd så att livsviljan hos individen återvänder).

Emotionella reaktioner hos läkare

Intressant i Onwuteaka et al:s undersökning från 2003 är, att de nederländska läkarna tycks känna allt större motstånd mot att utföra dödshjälp. År 1990 hade 27 procent av de undersökta läkarna utfört dödshjälp utan att patienten begärt detta. Den siffran har sjunkit till 13 procent år 2001. Dessutom har läkarnas inställning till att utföra sådan dödshjälp blivit mer negativ. År 1995 uttryckte 45 procent att de aldrig skulle vilja göra något sådant, en siffra som 2001 stigit till 71 procent.

Läkarnas känslomässiga reaktioner efter att ha utfört dödshjälp har undersökts i en studie av Haverkate et al. (2001). Ett slumpmässigt urval av 405 läkare, dels ur det nederländska läkarsällskapets register, dels från registret från Nederländska institutet för hälsovårdsforskning, genomgick en semistrukturerad intervju, där de fick beskriva sitt senaste fall av utförd dödshjälp samt beskriva sina känslor efteråt. Svarsfrekvensen var 89 procent.

Det visade sig, att 50 procent av läkarna kände ett "besvärande obehag" efter att ha genomfört eutanasi, 40 procent kände så efter assisterat självmord, 19 procent

efter att ha avslutat en individs liv utan dennes begäran. Samma känslomässiga upplevelse återfanns hos sju procent av de intervjuade efter att ha givit smärtlindring vilket kunde förkorta patientens liv. Samtidigt fanns det läkare som kände sig bra eller kände lättnad efter att ha utfört dessa livsavslutande ingrepp.

Det föreföll enligt denna studie inte som om det att man utfört många ingrepp av dödshjälp skulle ha en avtrubbande effekt på läkarna. Andelen läkare, som fann sitt senaste fall av assisterat självmord lättare att utföra än de tidigare, var ungefär lika stor som andelen, som ansåg att deras senaste fall var svårare än de föregående.

Ett paradoxalt fynd i studien var, att trots att många läkare upplevt känslomässigt obehag efter att ha utfört livsavslutande handlingar, uppgav ändå 95 procent av dem att de var villiga att göra om samma sak.

Korrelering mellan olika personlighetsegenskaper hos sjukvårdspersonal och deras attityder till dödshjälp

I anslutning till undersökningen ovan hur läkare emotionellt reagerat på att utföra dödshjälp refereras här två studier kring hur olika personliga attribut hos personal påverkar deras inställning till dödshjälp.

Portenoy et al. (1997) undersökte 1 137 läkares, sjuksköterskors och socialarbetares benägenhet att stödja läkarassisterat självmord. Den genomsnittliga svarsfrekvensen var 48 procent, vilket minskar generaliserbarheten av studiens resultat och gör att man måste tolka dem med viss försiktighet. Positiv inställning till läkarassisterat självmord visade sig vara negativt korrelerat till grad av religiös tro, kunskap om symtomlindring samt känsla av kontroll över sin tid.

Av dataanalysen framgick, att den signifikanta prediktorn (för positiv inställning till dödshjälp) utgjordes av mindre religiös tro, större oro gällande toxiska biverkningar hos smärtstillande medel, minskad empati, samt mindre kunskap om symtomlindring. Undersökarnas slutsats blir, att inställningen till läkarassisterat självmord hos olika yrkeskategorier inom sjukvården påverkas av olika personliga egenskaper, av vilka kunskap om symtomlindring och professionell utbrändhet kan utgöra några.

Ett liknande resultat framkom i en japansk enkätundersökning (Morita et al., 2002) med patientvinjetter, där det visade sig, att de läkare som inte hade vana eller

kunskap om psykologisk (palliativ) vård och som företedde högre nivåer av utbrändhet var mest benägna att tillgripa åtgärden terminal sedering. Också här var svarsfrekvensen låg, 49,6 procent, vilket gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet.

Hur inverkar tillämpad dödshjälp på sorgen hos de efterlevande?

För att undersöka om det faktum att en anhörig avlidit till följd av eutanasi gjorde någon skillnad för de efterlevandes sorgereaktioner, genomfördes en studie vid gynekologiska institutionen, Universitetet i Utrecht, Nederländerna (Swarte, 2003). 189 sörjande till patienter i terminal cancer, som avled genom eutanasi och 316 sörjande till samma typ av patienter, men som dött en naturlig död, jämfördes på skalor som mätte traumatisk sorg, kvarstående känslor av sorg samt posttraumatiska stressreaktioner.

Det visade sig, att de sörjande efterlevande till patienter som avlidit genom eutanasi uppvisade färre traumatiska sorgesyntom, färre känslor av fortsatt pågående sorg och färre tecken till posttraumatiska stressreaktioner än de efterlevande till patienter som dött en naturlig död. Författarna är noga med att framhålla, att dessa resultat inte skall tolkas som en plädering för eutanasi, utan snarare som ett uttryck för att alla patienter med terminal sjukdom bör behandlas med lika hög grad av omsorg och öppenhet.

## Belgien

I belgiska Flandern genomfördes år 2000 en replik av de nederländska döds-certifikatstudierna (Onwuteaka-Philipsen, 2003) för att utröna hur ofta döds-hjälpsåtgärder förekom (Deliens et al., 2000). Flandern är den holländsktalande delen av Belgien. Här bor 5-6 miljoner människor, cirka 60 procent av landets invånare.

År 1998 inträffade 56 354 dödsfall i Flandern. Ett slumpmässigt urval gjordes, bestående av 20 procent av alla dödsfall som inträffade mellan 1 januari och 1 april. De läkare, som signerat dödsattesterna för dessa 3 999 dödsfall, tillsändes ett frågeformulär baserat på det formulär som använts vid de nederländska undersökningarna. Fullständig anonymitet garanterades. Svarsfrekvensen var 53 procent, en ganska låg siffra, vilket minskar resultatens generaliserbarhet.

Av resultaten framgår, att 1,3 procent av alla dödsfall i Flandern (705 fall) berodde på eutanasi eller läkarassisterat självmord. I 3,2 procent av dödsfallen, eller i 1 796 fall, hade man givit dödlig mängd läkemedel utan patientens begäran därom. Detta är fler fall procentuellt sätt än i Nederländerna (0,6 procent år 2001; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003) men ungefär lika många som i Australien (där eutanasi inte är lagligt; Kuhse et al., 1997).

Om man ser närmare på förhållandena i Australien enligt Kuhses et al:s undersökning, uppgick andelen eutanasi (inklusive läkarassisterat självmord, 0,1 procent) till 1,8 procent av alla dödsfall och andelen eutanasi utan patientens begäran till 3,5 procent. Svarsfrekvensen hos de australiensiska läkarna i denna studie uppgick till 64 procent, således en högre svarsfrekvens än i Deliens´ rapport från Belgien. Samtidigt var det fler läkare av ”typ A och B”, – enligt studiens definitioner; akut- och intensivvård och opererande specialiteter, som besvarade enkäten, men färre av typ C”; bröstkirurgi, distriktsläkare, neurologi, med flera. Kanske kan typen av medicinsk specialitet ha vridit svaren i en viss riktning.

För att återgå till de belgiska förhållandena: År 2002 antog det belgiska parlamentet, med 86 röster mot 51, en lag, som tillåter aktiv dödshjälp (TT, 02 09 23) i landet. Lagen trädde i kraft i september år 2002.

Den belgiska lagen är noga med att vara tydlig i sina beteckningar av olika former av dödshjälp. Sålunda definierar lagen *eutanasi* som *den avsiktliga handlingen i*

*vilken någon blir berövad sitt liv på dennes egen begäran.* Detta är samma definition som i Nederländerna. I den belgiska lagen skriver man också uttryckligen, att denna definition inte gäller inkompetenta individer, i vilket fall termen lyder ”*avslutandet av livet för inkompetenta människor*” (Vermeersch, 2002). Vidare skall man inte använda termen ”passiv eutanasi” för att beteckna när man upphör med en utsiktslös behandling. Också det som ibland betecknats som ”indirekt eutanasi”, nämligen när man ger analgetika med, förutom den smärtstillande effekten också det möjliga resultatet att förkorta patientens liv, skall inte betecknas som egentlig eutanasi.

Vissa kriterier skall enligt den belgiska eutanasilagen vara uppfyllda för att en individ ska kunna beviljas dödshjälp: endast läkare kan utföra eutanasi, och inget brott begås, om patienten som begär dödshjälp är myndig, legalt kompetent och vid medvetande. Begäran skall vara frivillig, och upprepad. Patienten måste befinna sig i ett tillstånd av outhärdligt och bestående fysiskt eller psykiskt lidande som resultat av en obotlig sjukdomssituation orsakad av sjukdom eller av olyckshändelse. Ytterligare en läkare bör konsulteras.

En permanent kommitté, *Belgiens federala kommission för utvärdering och kontroll*, skall hålla uppsikt över lagens tillämpning. Efter att ha utfört eutanasi är läkaren skyldig att rapportera sin åtgärd till denna myndighet.

På några punkter är den belgiska lagen skriven på ett annat sätt än den nederländska. Det är således möjligt att avsluta livet på en medvetlös person, som då inte i den aktuella situationen tydligt har begärt dödshjälp. Förutsättningen för att trots detta genomföra dödshjälp är, att individen i fråga upprättat ett livstestamente gällande sina eutanasiönskemål. Detta testamente skall inte vara äldre än fem år.

Patienten behöver heller inte befinna sig i slutstadierna av en terminal sjukdom, vilket är ett krav för att beviljas läkarassisterat självmord i Oregon. Om terminal sjukdom inte föreligger, skall ytterligare en läkare (alltså fallets tredje läkare) konsulteras. Gäller det hela en depression, skall den tredje läkaren vara en psykiater. En period av minst en månad måste förflyta mellan begäran och fullbordandet av eutanasin om terminal sjukdom inte föreligger.

## Oregon

År 1997 antogs i den amerikanska delstaten Oregon en lag, Death with Dignity Act, som ger Oregons medborgare rätt att under vissa förutsättningar beviljas läkarassisterat självmord (PAS). Bland annat skall sökanden lida av en terminal sjukdom som beräknas avsluta hans liv inom högst sex månader. Prognosen måste bekräftas av ytterligare en läkare. Patienten måste göra två muntliga framställningar med önskemål om PAS, samt en skriftlig, under en tidsrymd av 15 dagar. Remiss till psykiatrisk specialist måste skickas om man bedömer att patientens omdöme grumlans av en psykisk störning.

När Oregons dödshjälpslag antogs, var många oroliga att den skulle tvingas på fattiga, utbildade eller icke sjukförsäkrade individer eller att den skulle väljas av patienter som inte hade erhållit adekvat palliativ vård. För att undersöka vilka som verkligen använt sig av lagen, genomförde staten Oregon en utvärdering, som visade bland annat följande:

År 1998 avled i Oregon 15 av de 23 personer som hade fått recept på dödligt läkemedel inom lagens ram. År 1999 var det 33 personer som erhöll ett sådant recept, varav 27 avled till följd härav (Sullivan et al., 2000). Det totala antalet individer som använde sig av möjligheten till läkarassisterat självmord (PAS) hade alltså stigit något under det andra året av lagens tillämpning, men var fortfarande lågt i förhållande till Oregons totala antal avlidna (cirka nio per 10 000 avlidna, eller 39 av 10 000 döda i cancer, Sullivan et al., 2000).

Det rädde ingen skillnad vad gäller demografiska data, bakomliggande sjukdomar, åtnjutande av hospicevård eller täckningsgrad av sjukförsäkring mellan dem som avled år 1998 och dem som avled år 1999. Sextiotre procent av individerna som avled år 1999 hade cancer i slutstadiet och 78 procent var inskrivna i hospicevård. De som använde sig av PAS hade en högre utbildningsgrad än genomsnittsbefolkningen i Oregon.

Utvärderingarna av de två första åren av legaliserad dödshjälp i Oregon gällde patienter som faktiskt beviljades sådan. För att utröna hur många sådana önskemål som alls framställdes och vilka egenskaper de läkare hade, som fick ta emot sådan begäran, sände Ganzini et al. (2000) ut en enkät till 4 053 läkare, varav 65 procent svarade. Fem procent eller 144, av dessa svarande läkare, hade mottagit 221 förfrågningar om recept på dödligt läkemedel. Tjugo procent av dessa patienter visade symtom på depression – ingen av dessa erhöll något recept.

Sammanfattningsvis framkom, att läkarna beviljade ett av sex uttalade önskemål om PAS och att en av tio sådana förfrågningar resulterade i patientens självmord.

Det framkom också, att 127 (88 procent) av de svarande läkarna under de senaste fyra åren hade försökt att tillägna sig mer kunskaper om smärtlindring vid terminal sjukdom. Dessutom hade 110 av läkarna, eller 76 procent, försökt förbättra sin förmåga att känna igen psykiatriska sjukdomar hos terminalt sjuka.

Patienternas skäl för att begära dödshjälp var: förlust av oberoende (57 procent), låg livskvalitet (55 procent), känsla av att vara beredd att dö (54 procent) samt önskan att kontrollera omständigheterna kring sin död (53 procent). Elva procent kände att de utgjorde en ekonomisk belastning. Sex procent uttryckte att de inte hade något psykosocialt stöd.

I undersökningar från Nederländerna har framkommit, att det i cirka 30 procent av PAS-fallen inträffar komplikationer vid PAS – till exempel kan patienten börja kräkas eller få kramper, han kan drabbas av cyanos (syrebrist) eller takykardi (hjärtklappning) och han kan vakna upp ur sitt koma. Tiden mellan intagandet av drogen fram tills döden inträffar kan också bli mycket utdragen (Groenewoud et al., 2000).

I en ledarkommentar till Sullivan et al. (2000) och Ganzini et al. (2000) refererade ovan, skriver SB Nuland (Nuland, 2000) med hänvisning till Groenewoud et al:s nyss återgivna fynd ovan, att det faktum att inga komplikationer alls rapporterats i de två studierna från Oregon gör, att de nederländska fynden verkar mer trovärdiga.

Rasmussen (2000) kommenterar denna ledare i New England Journal of Medicine och menar, att läkarna i Oregon lärt sig av de nederländska misstagen. Från att från början ha använt flera droger, som antidepressivum och opiater, har man minskat ned till endast en eller två; barbiturat plus antiemetikum (medel mot illamående). Därmed har komplikationerna minskat. Rasmussen menar också, att man i Oregon inte har samma syn som nederländerna på vad som verkligen utgör komplikationer i sammanhanget – om patient och anhöriga är informerade om att i 20 procent av fallen brukar döden inträffa 12-26 timmar efter det patienten intagit sin drog, så betraktas inte ett utdraget tidsintervall i Oregon som en nytillstött försvärande omständighet. Inte heller betraktas cyanos



eller takykardi som komplikationer – dessa symtom har inte med intagandet av den dödande drogen att göra utan med andra omständigheter, enligt Rasmussen.

## Schweiz

Under år 2003 har det i svenska medier uppmärksammats, att i Schweiz är assisterat självmord tillåtet ända sedan början av 1900-talet. Vem som helst kan assistera, alltså inte nödvändigtvis en läkare, och förfarandet är inte straffbart så länge som inte någon har vinning av att hjälpa individen med hans självmord (Artikel 115 i den schweiziska strafflagen).

År 1982 bildades *Exit Deutsche Schweiz*, en organisation som verkar för individens rätt att dö. I stället för att kämpa för en liberalisering gällande aktiv eutanasi i Schweiz, bestämde sig denna rörelse för att använda sig av möjligheterna till assisterat självmord. Under sina första verksamhetsår skickade Exit Deutsche Schweiz ut en självmordsmanual till alla som varit medlemmar i rörelsen mer än tre månader och var över 18 år. Sedan år 1990 har man också erbjudit sina medlemmar personlig vägledning till självmordet, vilket sker genom att en läkare förskriver en dödlig dos barbiturater. Detta förfaringssätt har möjliggjorts sedan den konflikt, som initialt kännetecknade relationen mellan Exit Deutsche Schweiz och den schweiziska läkarkåren, väsentligt tonats ned.

År 1997 började Exit också hjälpa individer, som hade svårt att svälja, att iordningställa dödliga infusioner och att föra ned sådana lösningar i magsonder. Också dessa aktiviteter har av undersökande myndigheter klassats som assisterat självmord, eftersom det slutliga steget som orsakade döden faktiskt tas själv av den individ som önskar dö (Bosshard et al., 2002).

Den schweiziska strafflagen kräver inte några speciella rekvisit hos den individ som önskar assisterat självmord. Däremot har den zuerichska administrationsdomstolen uttalat vissa begränsande villkor för läkare som deltar i förfarandet: vederbörande patient skall lida av ett medicinskt tillstånd, som oundvikligt fortskrider mot döden, är det minimala kravet för att komma i fråga för läkar-assisterat självmord.

Någon skyldighet att till officiella myndigheter rapportera ett inträffat assisterat självmord i Schweiz föreligger inte. De myndigheter som utreder dödsfallet klassificerar det som ett självmord. Detta gör att det är svårt att beräkna omfatt-

ningen av de assisterade självmorden. Enligt Exit Deutsche Schweiz's egna beräkningar för år 2001 utfördes via organisationen 124 fall av assisterat självmord, vilket representerar 0,2 procent av de cirka 63 000 dödsfallen som varje år inträffar i Schweiz. Detta kan jämföras med Nederländerna. Där genomfördes år 2001 2054 fall av dödshjälp, inbegripet både eutanasi, läkarassisterat självmord och "blandade fall". 2 054 fall av dödshjälp motsvarar 1,5 procent av de cirka 140 000 årliga dödsfallen i Nederländerna (Bosshard et al., 2002). En, för de deltagande läkarna anonym, studie av dödsattester påbörjades år 2002 i Schweiz, av samma typ som de som tre gånger genomförts i Nederländerna, för att bland annat utröna hur många okända fall av dödshjälp som äger rum i Schweiz årligen.

### Deskriptiv studie om "end-of-life decisions" från sex europeiska länder

För att undersöka förekomsten av "beslut om livets slut", "end-of-life decisions", ELD, undersöktes sex europeiska länder, Belgien, Danmark, Italien, Nederländerna, Schweiz och Sverige (van der Heide et al., 2003).

Alla dödsbevis mellan juni 2001 och februari 2002 undersöktes och stratifierades efter dödsorsak. Ett urval fall drogs ur varje stratum och läkarna som utfärdat dödsbevisen tillsändes en enkät med frågor kring vilka beslut som föregått dödsfallet. 20 400 dödsfall studerades på detta vis. Svarsfrekvensen från läkarna varierade mellan 75 procent (Nederländerna) och 44 procent (Italien).

Andelen dödsfall som föregåtts av ett ELD varierade från 23 procent (Italien) till 51 procent (Schweiz). Eutanasi rapporterades förekomma oftast i Nederländerna (2,59 procent av fallen) medan inga fall rapporterades i Sverige. Att avsluta någon patients liv utan dennes begäran inträffade mest frekvent i alla länder utom i Nederländerna – detta ELD var det enda rapporterat från Sverige (0,23 procent av dödsfallen). Stora variationer förelåg mellan de olika länderna när det gällde att diskutera besluten med patienterna själva, deras släktingar eller andra vårdgivare. Den här deskriptiva undersökningen visade, att i alla de sex länderna förekommer ELD:s (hur än lagstiftningen ser ut i frågan).

## Nya Zealand

Också i Nya Zealand har genomförts en undersökning gällande ELD:s (Mitchell et al., 2003) bland distriktsläkare. Samma enkät som använts i de nederländska studierna och också i den australiska (Kuhse et al., 1997), tillsändes 2 062 distriktsläkare under garanti av full anonymitet. Av de tillfrågade besvarade 48 procent enkäten.

Av resultaten framkom, att 63 procent av de läkare som svarat på enkäten hade fattat ett medicinskt beslut som skulle kunna påskynda patientens död. Trettionio läkare hade medverkat till läkarassisterat självmord, PAS. 226 läkare hade vidtagit åtgärder som helt eller delvis skulle kunna påskynda patientens död. Andelen PAS där beslutet inte föregicks av diskussion med patienten var högre än i Nederländerna men ungefär densamma som den i Belgien och i Australien.

Den låga svarsfrekvensen gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet.

## SAMMANFATTNING

Debatten har de senaste åren varit fortsatt livlig både för och emot dödshjälp. Denna debatt har gjort, att medvetenheten om möjligheten till dödshjälp spridits. Flera studier har visat, att olika former av dödshjälp förekommer också i länder där den inte är legaliserad – något som används av förespråkarna som ett argument för legalisering. Sedan vår första rapport om dödshjälp trycktes år 2000, har utvecklingen fortsatt mot en större spridning och en ökad legalisering av dödshjälp till flera länder.

## REFERENSER

- Baile WF, DiMaggio JR, Schapira DV, Janofsky JS. The request for assistance in dying. The need for psychiatric consultation. *Cancer* 1993;72:2786-2791.
- Bannink M, van Gool AR, van der Heide A, van der Maas PJ. Psychiatric consultation and quality of decision-making in euthanasia. *Lancet* 2000;356:2067-2068.
- Bosshard G, Fischer S, Bar W. Open regulation and practice in dying. *Swiss Med Wkly* 2002;132(37-38):527-534.
- Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Vander Stichele R, Vanoverloop J, Ingels K. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet* 2000;356:1806-1811.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CLM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-757.
- Ganzini L, Fenn DS, Lee MA, Heintz RT, Bloom JD. Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide. *Am J Psychiatry* 1996;153:1469-1475.
- Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med* 2000;342:557-563.
- Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G., Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ, van der Heide A. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *N Engl J Med* 1997;336:1795-1801.
- Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DI, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. *N Engl J Med* 2000;342:551-556.
- Haverkate I, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. The emotional impact on physicians of hastening the death of a patient. *Med J Austr* 2001;175:519-522.
- Kuhse H, Singer P, Baume P, Clark M, Rickard M. End-of-life decisions in Australian medical practice. *Med J Austr* 1997;166:191-196.
- Minagawa H, Uchitomi Y, Yanawaki S, Ishitano K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1996;78:1131-1137.
- Mitchell K, Owens RG. National survey of medical decisions at end of life made by New Zealand general practitioners. *Br Med J* 2003;327:202-203.

- Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Chihara S, Uchitomi Y. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol* 2002;20:758-764.
- Nuland SB. Physician-assisted suicide and euthanasia in practice. *N Engl J Med* 2000;342:583-584.
- Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G, Kostense PJ, van der Maas PJ. Consultation with another physician on euthanasia and assisted suicide in the Netherlands. *Soc Sci Med* 2000A;51:429-438.
- Onwutaka-Philipsen BD, van der Wal G, Wigersma L. Consultation and discussion with other physicians in cases of requests for euthanasia and assisted suicide refused by family physicians. *Cam Q Healthc Ethics* 2000B;9:381-390.
- Onwutaka-Philipsen BD, van der Wal G. Support and consultation for general practitioners concerning euthanasia: the SCEA project. *Health Policy* 2001;56(1):33-48.
- Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JAC, Rurup ML, Vrakking AM, Georges JJ, Muller MT, Van der Wal PJ, van der Maas PJ. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. *Lancet* 2003;362:395-399.
- Portenoy RK, Coyle N, Kash KM, Brescia F, Scanlon C, O'Hare D, Misbin RI, Holland J, Foley KM. Determinants of the willingness to endorse assisted suicide. A survey of physicians, nurses, and social workers. *Psychosomatics* 1997;38(3):277-287.
- Rasmussen PA. Physician-assisted suicide and euthanasia. (Letter; comment). *N Engl J Med* 2000;343:150.
- Sheldon T. Netherlands gives more protection to doctors in euthanasia cases. *Br Med J* 2000;321:1433.
- Sheldon T. Only half of Dutch doctors report euthanasia, report says. *Br Med J* 2003, June 13. [bmj.com](http://bmj.com) Sheldon 326/7400:1164.
- Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon – the second year. *N Engl J Med* 2000;342:598-604.
- Sullivan MD, Ganzini L, Youngner SJ. Should psychiatrists serve as gatekeepers for physician-assisted suicide? *Hastings Cent Rep* 1998;28:24-31.
- Swarte NB, van der Lee ML, van der Bom JG, van den Bout J, Heintz APM. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *Br Med J* 2003;327:189-198.
- Thynne K. Implications of legalising euthanasia in the Netherlands: greater regulatory control? *J Law Med* 2002;10(2):232-238.

TT (Tidningarnas telegrambyrå). Belgien tillåter aktiv dödshjälp. Svenska Dagbladet 02 09 23.

Van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, van der Wal G, van der Maas PJ. End-of-life decisions in six European countries; a descriptive study. *Lancet* 2003;362:345-350.

Weber W. Dutch proposal for children's right to euthanasia withdrawn. *Lancet* 2000;356(9226):322.

Weber W. Netherlands legalise euthanasia. *Lancet* 2001;357(9263):1189.

Veermersch E. The Belgian law on euthanasia. The historical and ethical background. *Acta Chir Belg* 2002;102(6):394-397.

**NASP**  
**Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid**  
**Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings**  
**centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa**

Statens och Stockholms läns landstings centrala expertenhet inom självmordsforskning och självmordsprevention.

NASP har ett nationellt och regionalt ansvar för att arbeta med kunskapsinsamling och kunskapsförmedling samt för att initiera och bedriva forsknings- och utvecklingsprojekt som främjar självmordsförebyggande åtgärder. Det nationella ansvaret tillkom genom ett riksdagsbeslut 1994.

NASP är WHO's samarbetscentrum om självmordsprevention.

Verksamheten kan delas in i fyra huvudområden:

- \* forskning och utveckling av självmordspreventiva metoder
  - \* metodstöd och analys av epidemiologiska data
  - \* kunskapssammanställning och information
  - \* utbildning



Centrum för folkhälsa



Karolinska  
Institutet



WHO's samarbetscentrum för  
självmordsprevention