

{start kap}

*Kjell Asplund*

# Svenska debatten om självalt livsslut

## Statens medicinsk-etiska råd

självalt livsslut, läkarassisterat självmord, eutanasi

### **Kjell Asplund**

Professor, Statens medicinsk-etiska råd

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Sverige

Tel. +46 70 573 22 81

e-post [kjellasplund1@gmail.se](mailto:kjellasplund1@gmail.se)

Kjell Asplund är sedan 2012 ordförande för Statens medicinsk-etiska råd (Smer). Han är professor emeritus i medicin vid Umeå universitet. Under åren 2003–2008 var han generaldirektör vid Socialstyrelsen. Andra uppdrag innefattar bl.a. ordförandeskap för European Stroke Council, Världshälsoorganisationens MONICA Project och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) samt ~~uppgift~~ som nationell cancersamordnare vid Socialdepartementet.

De viktigaste argumenten i den svenska debatten kring självalt livsslut (läkarassisterat självmord och eutanasi) presenteras. Såväl förespråkare som motståndare åberopar människovärdesprincipen. Förespråkarna lägger stor ~~tyngd~~-~~vikt~~ vid autonomi och integritet, medan motståndarna anför en rad såväl värderingsbaserade som empiriskt baserade argument. Även om den offentliga debatten ~~är~~ livlig, tycks Sverige idag stå långt från ett införande av läkarassisterat självmord och ännu längre från att införa eutanasi.

År 2008 vände sig Statens medicinsk-etiska råd (Smer) till regeringen med en skrivelse om palliativ sedering och dödshjälp. I skrivelsen tog man upp olika insatser vid livets slut. Rådet ansåg att man behövde utreda hur patienten skulle kunna få större inflytande över beslut i livets slutskede. Rådet var enigt beträffande palliativ sedering men oenigt när det gällde läkarassisterat självmord – här fanns en minoritet som ansåg att den frågan inte borde utredas. Detta var inte första gången Smer agerade – 1992 publicerade rådet *Eutanasi – en debattskrift* och redan 1996 uppmanade man första gången regeringen att låta utreda frågan om självalt livsslut.

Skrivelsen till regeringen 2008 satte punkt för flera års intensiva diskussioner i Rådet. Den blev också början till en period då Smer ägnade sig mycket mer åt frågor kring livets början än dess slut. De senaste åren har Smer och enskilda sakkunniga i rådet deltagit i den offentliga debatten kring självalt livsslut, men rådet har inte kommit med något nytt ställningstagande.

I denna artikel tar jag upp de argument för och emot dödshjälp som Smer diskuterade inför skrivelsen 2008, kompletterade med argument ur de senaste årens intensiva offentliga debatt.

Termen *självvältd livsslut* kan vara bred och innefatta patientens medinflytande när det gäller att avbryta botande eller livsuppehållande behandling samt medbestämmande när det gäller palliativ sedering. I denna artikel har jag dock valt att använda termen i dess snävaste betydelse: läkarassisterat självmord och eutanasi på patientens begäran.

I grunden finns inom Smer ett massivt stöd för palliativ vård. Fokus ligger på den palliativa vårdens framsteg och vad den kan erbjuda. Samtidigt påpekar Smer att det finns brister både vad ~~det~~ gäller resurser och kunskap och vi ser orättvisor i hur den palliativa vården är fördelad. Det gäller både fördelning över landet och vilka patientgrupper som har tillgång till palliativ vård.

## Om Smer

I ~~f~~aktarutan presenteras Smer kortfattat. Motsvarande etiska råd (National Ethics Committees) finns i merparten av de europeiska länderna. Det som är unikt med Smer är att ledamöterna (frånsett ordföranden) representerar de politiska partierna i riksdagen. Detta har fördelar. Genom politikerna har Smer representanter för allmänheten, något som saknas i många andra etikråd. Genom att Smers ställningstaganden är förankrade bland politiker har man också nått ett första steg att implementera dem. Nackdelen är att Rådet kan uppfattas som politiskt styrt, och därmed kan dess oberoende ~~kan~~ ifrågasättas.

### Faktaruta. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) i korthet

- ~~Är s~~Sedan 1985 oberoende statlig kommitté med särskild status, placerad vid Socialdepartementet
- ~~Är r~~Rådgivande till riksdag och regering
- Ska stimulera till offentlig debatt i medicinsk-etiska frågor
- ~~Består av e~~En ledamot från vardera av riksdagspartierna + ordförande, samt t
- ~~Tio~~Tio sakkunniga med sammantaget mycket bred kompetens i medicinsk-etiska frågor
- ~~Har sitt s~~Sekretariat vid Socialdepartementet
- Publicerar rapporter, är remissinstans, arrangerar konferenser, är brobyggare mellan forskare och beslutsfattare, omvärldsspanar, deltar i internationella nätverk m.m.

De många argument för och emot olika former av dödshjälp som kommit fram i Smers interna diskussioner och i den allmänna debatten handlar dels om värderingar, dels om argument som skulle kunna prövas empiriskt. Medan argumenten *för* huvudsakligen är värdebaserade, är många av argumenten *mot* både värdebaserade och empiriskt baserade. I denna presentation ligger tyngdpunkten på de värdebaserade argumenten.

Formatted: Font: Arial

## Människovärde och integritet

I Smers analyser, oavsett område, är frågorna kring människovärde och integritet centrala. I debatten kring självvalt livsslut åberopas dessa argument av både förespråkarna och motståndarna.

I sina analyser utgår Smer från en humanistisk människosyn. Den enskilda människans värde som tänkande och kännande varelse utgör grunden för människans naturliga rättigheter. Smer har i skriften *Det svårfångade människovärdet* (1) bland annat framfört att:

- människovärdet är knutet till existensen, inte till funktioner eller egenskaper;
- människovärdet är ett axiom, som inte kan bevisas genom empirisk undersökning eller prövning;
- människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan.

Människovärdesprincipen kan tolkas på flera sätt (1). I den etiska analysen av frågor kring livets slut är det framför allt *okränkbarhetstolkningen* som varit aktuell. Den bygger på tanken att det finns sådant som vi kan sätta pris på, köpa och sälja, men att det också finns sådant som man inte kan handla med. Till det senare hör människolivet – det har ett oändligt värde och får inte kränkas.

Begreppet integritet är nära knutet till människovärde och till värdighet och okränkbarhet. Det avser varje människas egenvärde som person. Med *fysisk integritet* avser man att ingen har rätt att undersöka eller invadera någon annans kropp utan samtycke. Med *psykisk integritet* avses det samlade komplexet av individens värderingar, föreställningar, åsikter och önskningar, liksom individens trosföreställningar och mentala liv. Detta får inte bli föremål för intrång eller manipulation – individens åsikter och värderingar får inte kränkas.

*Företrädarna för självvalt livsslut framhåller att det finns situationer när en människa kan finna livet ovärdigt att leva.* Det handlar i första hand om personer med mycket svåra, obönhörligt förlöpande sjukdomar som leder till ett liv med svår smärta, svår ångest och existentiell utsatthet, som den palliativa vården inte fullt ut kan bemästra. Många kan uppleva ett totalt beroende av andra som en svår kränkning av både den kroppsliga och den psykiska integriteten.

*Också motståndarna till självvalt livsslut lyfter fram människovärdesprincipen. De lägger särskild vikt vid att livet har ett absolut värde i sig.* Livet får därför inte kränkas genom att man med aktiva medicinska insatser avslutar det. Denna inställning kan ha en religiös bakgrund men även utgå från en icke-religiös humanistisk människosyn.

## Autonomi

Det argument som har särskild tyngd för förespråkare för självvalt livsslut rör autonomi, respekten för personens egen vilja, något som framgår av själva termen *självvalt* livsslut. Företrädarna för självvalt livsslut frågar: *Varför ska patientens självbestämmande respekteras överallt i vården utom när det gäller frågan om hur och när man ska dö?*

Enligt autonomiprincipen ska var och en ha rätt att bestämma över sitt eget liv utifrån den egna uppfattningen om vad som är ett gott liv. Alla ska kunna leva (och implicit dö) i enlighet med sina egna värderingar och grundläggande önskemål.

Autonomi har traditionellt inte setts enbart som ett värde som ska främjas, utan även som något som ger upphov till restriktioner för hur man får behandlas av andra. Om en individ är vuxen och beslutskompetent, så ska inte andra få hindra individen att fatta självständiga beslut och genomföra dem, åtminstone så länge individen inte kränker någon annans rättigheter eller skadar någon annan.

Under senare tid har autonomi kommit att ses inte bara som ett medel utan också som ett mål i sig. Ofta talar man i vården om *empowerment (egenmakt)*, som innebär att patienten får ökad makt att på egen hand hantera sin sjukdom och sin livssituation. I medicinsk etik har rätten att få sina beslut respekterade länge hävdats och är en del av hälso- och sjukvårdslagstiftningen, i Sverige bl.a. genom den patientlag som började gälla 2015 (2).

## Barmhärtighet

I kristen idétradition har lidande ofta knutits till förlösning. På så vis kan lidandet få en mening. För de flesta sekulariserade människor saknar lidandet däremot mening. Många kan uppleva att ett mycket svårt fysiskt, psykologiskt eller existentiellt lidande är ett öde värre än döden. Att ge en svårt lidande människa möjlighet till självvalt livsslut kan därför uppfattas som en barmhärtighetsgärning.

»Barmhärtighet« beskrivs ibland som bevekelsegrund för insatser som påskyndar döden hos personer som inte själva kan ta beslut, t.ex. mycket svårt sjuka spädbarn, svårt dementa eller personer som länge legat i koma. Definitionsmässigt kan det då inte handla om *självvalt* livsslut. Många motståndare mot läkarassisterat självmord och eutanasi pekar på att distinktionen mellan självvalt och icke-självvalt livsslut kan vara svår. Om personen saknar egen beslutsförmåga, vem är då den som kan avgöra vad som är barmhärtigt eller inte?

## Empiriskt baserade argument

*Medicinskt argument.* Känsla av värdelöshet och att livet saknar mening är ett centralt symtom på depression eller andra sjukdomar som kan vara behandlingsbara med medicinska eller psykosociala insatser (3, 4). Även om regelverken kring självvalt livsslut skulle utesluta personer med depression finns ändå en risk att behandlingsbar depression inte upptäcks och att man tar ett felaktigt beslut som är oåterkalleligt.

*Palliativvårdargument.* Dessa anförs av huvudsakligen av motståndare till självvalt livsslut och är av två typer. Det första handlar om den palliativa vårdens behandlingsmöjligheter, något som beskrivs i andra bidrag till detta temanummer.

Det andra argumentet är krassare – det rör sjukvårdens fokus och resurser. Om självvalt livsslut införs i svensk sjukvård, finns det risk att engagemanget för palliativ vård svalnar bland beslutsfattare med minskad utbyggnad eller till och med neddragningar som följd.

Mot dessa argument har det anmärkts att palliativ medicin förefaller vara den enda medicinska disciplin som hävdar att man aldrig misslyckas. Det har också i debatten sagts att den palliativa medicinen genom att förmena patienten rätten till självvalt livsslut blivit en bastion för läkares paternalism (5). Proponenterna för självvalt livsslut har dessutom påpekat att man på sina håll i världen, t.ex. i Belgien (6), uppenbarligen kunnat integrera dödshjälp i den palliativa medicinen.

*Sluttande planet.* I analysen av nästan alla medicinsk-etiska frågor kommer förr eller senare argument om det sluttande planet upp. Om man öppnar för läkarassisterat självmord för mycket strikt avgränsade patientgrupper, frestas man då inte snart att vidga gränserna så att andra grupper också omfattas? Om läkarassisterat självmord accepteras, blir nästa steg då att eutanasi införs? *Riskerar inte det självvalda att övergå i det påtvingade och kommer så småningom inte också personer utan egen beslutsförmåga att bli aktuella för dödshjälp?* Kommer dödshjälp att normaliseras i stället för betraktas som en sista utväg?

I debatten om det sluttande planet brukar erfarenheterna från andra länder återopas av både förespråkare och motståndare till självvalt livsslut. Förespråkarna har främst intresserat sig för läkarassisterat självmord som det tillämpas i amerikanska delstater, längst i Oregon (7). De har tolkat informationen som att det är fullt möjligt att skapa ett regelverk som minskar risken att man ger sig ut på det sluttande planet. Motståndarna hämtar argument från eutanasi som det tillämpas i Nederländerna och Belgien. De har bland annat pekat på att regelverket kring eutanasi inte alltid följs i dessa länder och att eutanasi tillämpats också för personer utan tydlig förmåga till informerat samtycke (8).

## Argument baserade på både värderingar och empiri

*Belastning.* Många äldre känner sig inte behövda. De upplever sig vara förbrukade, åsidosatta, rentav värdelösa, en belastning för familjen och för samhället. Då frågar sig motståndarna: Är självvalt livsslut den bästa vägen att hantera sådana känslor? Om möjligheten till dödshjälp i någon form öppnar sig, finns då inte en risk att svårt sjuka eller mycket gamla personer utsätts för ett tryck av omgivningen att avsluta sina liv?

*Personalorienterade argument.* Motståndare till självvalt livsslut framhåller att sjukvårdspersonalens grundläggande uppgift ska vara att värna liv, inte att ta liv. Oavsett motiven för ett självmord eller självmordsförsök har vårdpersonalen idag uppgift att förhindra det. Införs möjligheten att hjälpa en person att ta sitt liv, skulle det finnas en risk att sjukvårdens medarbetare avtrubbas moraliskt.

De som förespråkar självvalt livsslut pekar också här på erfarenheter från andra länder: det finns inget som talar för att personal t.ex. i holländsk, belgisk eller amerikansk sjukvård skulle avtrubbas i moraliskt hänseende av att möjligheten till självvalt livsslut införts där.

*Förtroende.* Kan förtroendet för sjukvården i stort rubbas om den medverkar till att förkorta livet? Kritikerna mot självvalt livsslut menar att ingen ska behöva tvivla på att sjukvården är till för att

bevara liv. De menar att det, draget till sin spets, skulle kunna uppstå misstankar om att alla former av dödshjälp i själva verket blir ett sätt att spara resurser.

## Frågan om självvvalt livsslut i Sverige

Under det senaste året har den svenska offentliga debatten kring självvvalt livsslut varit intensiv. Enkla attitydundersökningar (utan möjlighet till reflektion) har visat att en överväldigande majoritet av medborgarna anser att dödshjälp ska vara tillåten i Sverige. Pensionärsorganisationer och enskilda har tagit fram förslag till olika former av livstestamente, där den enskilde ska kunna uttrycka vilka medicinska insatser hen vill ha vid livets slut. Dessa livstestamenten är på intet sätt lagligt bindande. En statlig utredning föreslog 2004 livstestamente eller livsslutsdirektiv efter dansk modell (9). Förslaget mottogs svalt av remissinstanserna och det fördes inte vidare. Sedan dess har upprepade riksdagsmotioner med förslag om att införa livsslutsdirektiv i Sverige alltid röstats ner.

Motståndet mot självvvalt livsslut kommer i Sverige framför allt från tre håll: handikapporganisationer, vårdens professioner och politiker.

Handikapporganisationerna talar främst om att självvvalt livsslut skulle vara ett hot mot människovärdet. Det skulle också finnas en risk att personer med funktionsnedsättning som upplever sig vara en belastning för närstående och samhälle pressas att välja dödshjälp.

I attitydundersökningar avvisar en majoritet av läkare och sjuksköterskor tanken på läkarassisterat självmord eller eutanasi. Svenska Läkarförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Vårdförbundet som Svensk Sjuksköterskeförening har alla som organisationer tagit avstånd från läkarassisterat självmord eller eutanasi. De argument som framförts har delvis – men inte enbart – gällt hur olika former av dödshjälp skulle påverka sjukvårdspersonalen och allmänhetens förtroende för sjukvården.

I Sverige är intresset bland de politiska partierna att ta upp frågorna kring självvvalt livsslut svalt. Det handlar om politisk riskaversion. Detta är en fråga som knappast vinner – men kan stöta bort – röster. Med all säkerhet skär den igenom partierna. Trots den aktiva offentliga debatten upplever politikerna inte heller opinionstrycket som så starkt att man tvingas agera i frågan.

*Min egen bedömning är att Sverige idag står långt från ett införande av läkarassisterat självmord och ännu längre från att införa eutanasi. Det finns knappast heller politiskt stöd för att få till stånd en statlig utredning. Alla tyngre argument för och emot självvvalt livsslut har nu inventerats och presenterats i den svenska debatten. Men i debatten finns högst divergerande bilder av vilka erfarenheter man har av olika former av självvvalt livsslut i de länder där det är tillåtet. Ett rimligt nästa steg är att sammanställa fakta om vad som händer i dessa länder. Utifrån sådana fakta kan man sortera bland argumenten för och emot – vilka löften har infriats, vilka farhågor har stärkts? Det skulle ge en fastare plattform att stå på i de fortsatta diskussionerna kring självvvalt livsslut.*

### Referenser

1. Statens medicinsk etiska råd. Det svår fångade människovärdet. Etiska vägmarken 4. 2012.

2. Patientlag 2014:821. Tillgänglig från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/).
3. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *BMJ* 2008;337:1682.
4. Levene I, Parker M. Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *J Med Ethics* 2011;37:205–11.
5. Tännsjö T. Palliativ patientmakt. *Läkartidningen* 2013;110:CFY4. 2013.
6. Bernheim JL, Distelmans W, Mullie A, Ashby MA. Questions and answers on the Belgian model of integral end-of-life care: experiment? Prototype? *J Bioethical Inquiry* 2014;11:507–29.
7. Hedberg K, Hopkins D, Kohn M. Five years of legal physician-assisted suicide in Oregon. *New Engl J Med*. 2003;348:961–4.
8. Lerner BH, Caplan AL. Euthanasia in Belgium and the Netherlands: On a Slippery Slope? *JAMA Intern Med*. 2015;175:1640–1.
9. Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna. Statens Offentliga Utredningar, SOU 2004:112.