

Dödshjälp. En kunskapssammanställning. (Smer 2017:2)

Rapport från Statens medicinsk-etiska råd (Smer)

Sammanfattning i fråga-svar-form

Vad är skillnaden mellan dödshjälp, eutanasi och assisterat döende?

Dödshjälp kan ses som en samlingsterm för åtgärder i vården där man efter ett uttryckligt önskemål från en patient ger läkemedel i dödlig dos i avsikt att orsaka patientens död. Om patientens läkare utför den avgörande handling som leder till patientens död kallas det för *eutanasi*. Om patienten själv utför den avgörande handlingen kallas det för *assisterat döende*.

Att avsluta livsuppehållande behandling på en patients begäran, är det en form av dödshjälp?

Enligt den definition som Smer föreslår är det inte dödshjälp att avsluta livsuppehållande behandling på en patients begäran, eftersom man då inte ger en insats utan tvärtom avstår från en insats (den livsuppehållande behandlingen). Dessutom är avsikten med åtgärden ur vårdpersonalens perspektiv inte att patienten ska dö utan att respektera patientens självbestämmande.

Vad är tillåtet att göra och inte i Sverige i dag?

Det är sedan länge accepterat att man får avbryta livsuppehållande behandling när patienten inte längre bedöms ha någon nytta av behandlingen och den endast innebär ett förlängt lidande. Som patient har man också rätt att säga nej till livsuppehållande behandling, om man bedöms ha förmåga att fatta informerade beslut om sin vård.

Medhjälp till självmord är inte brottsligt i Sverige. Det betyder att man inte kan åtalas för att ha hjälpt en annan människa att ta sitt eget liv. Men läkare och annan vårdpersonal ska enligt patientsäkerhetslagen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är en vanlig bedömning att assisterat döende inte skulle anses leva upp till det kravet, och att en läkare som skriver ut läkemedel för assisterat döende skulle löpa risk att förlora sin legitimation. Det saknas dock rättsfall där detta prövats i domstol.

Att beröva en annan människa livet är straffbelagt enligt svensk lag även om det sker av medkänsla och med personens samtycke. Den läkare som ger en patient eutanasi skulle därmed riskera åtal.

Hur ser inställningen ut i samhället till dödshjälp?

Precis som i övriga västländer visar opinionsundersökningar i Sverige på ett brett stöd för dödshjälp i befolkningen. Störst är stödet för dödshjälp till terminalt sjuka patienter, medan det är betydligt mindre när det gäller patienter som inte har en dödlig sjukdom.

Det är bara ett politiskt parti, Miljöpartiet, som tagit ställning för att utreda ett eventuellt införande av dödshjälp. Organisationen Rätten till en värdig död verkar för att dödshjälp ska bli tillåtet i Sverige. Sveriges läkarförbund och det internationella läkarförbundet, World Medical Association, motsätter sig starkt alla former av dödshjälp. Andra organisationer som är uttalat kritiska till dödshjälp är vissa organisationer för funktionsnedsatta och vissa organisationer med religiös anknytning.

Vilka olika modeller finns för legaliserad dödshjälp och vad skiljer dem åt?

De två viktigaste modellerna är Oregonmodellen, som tillämpas i ett antal amerikanska delstater, och Beneluxmodellen som tillämpas i Belgien, Luxemburg och Nederländerna. En skillnad mellan de två är att Oregonmodellen bara tillåter assisterat dödande, medan Beneluxmodellen också tillåter eutanasi. En annan skillnad är att man enligt Oregonmodellen måste vara *terminalt sjuk*, dvs. ha en begränsad tid kvar att leva (kravet högst sex månader enligt "en rimlig medicinsk bedömning"), medan Beneluxmodellen inte har något sådant krav. Här ska man i stället ha ett outhärdligt lidande utan hopp om förbättring. Länder som avviker från dessa två modeller är Colombia och Kanada, vilka tillåter eutanasi men ställer krav på att patienten är terminalt sjuk, och Schweiz, som endast tillåter assisterat dödande men inte har krav på terminal sjukdom.

Vilken modell förespråkas mest i den svenska debatten?

På senare tid har många förespråkare lyft fram Oregonmodellen som ett lämpligt alternativ för Sverige. Av det skälet har Smer lagt tonvikten i rapporten på resultat från Oregon och Washington, de två delstater i USA som tillämpat modellen längst tid. Men även vissa uppgifter från Beneluxländerna redovisas för att ge perspektiv på uppgifterna från Oregon och Washington.

Hur vanligt är det att patienter begär dödshjälp där det är tillåtet?

Det första året som assisterat dödande var tillåtet i Oregon, 1998, skedde 0,5 promille av alla dödsfall genom assisterat dödande. Den siffran har stadigt ökat och de senaste åren har dödshjälp stått för knappt 4 promille av alla dödsfall i Oregon. I Washington står dödshjälp för 3 promille av dödsfallen. I Belgien och Nederländerna förekommer dödshjälp i en helt annan omfattning. Enligt vissa uppgifter sker 4-5 procent av alla dödsfall i dessa länder genom dödshjälp. Enligt den senaste uppgiften från Schweiz sker 1,2 procent av alla dödsfall där genom assisterat dödande.

Varför begär patienter dödshjälp?

De vanligaste skälen att begära dödshjälp i Oregon och Washington är att man vill undvika låg livskvalitet, värdighetsförlust och förlust av oberoende i livets slutskede. Det är också ganska vanligt att man begär dödshjälp för att man inte vill vara en börda för sin omgivning. Svåra symtom är ett mindre vanligt skäl.

Forskning från Oregon där man frågat patienter om deras skäl visar att det i många fall inte är problem man upplever i stunden som gör att man begär dödshjälp, utan en önskan om att

föregripa framtida problem, oavsett om det handlar om värdighetsförlust, förlorat oberoende, låg livskvalitet eller svåra symtom. Det tyder på att en begäran om dödshjälp i många fall kan handla om en önskan om att få kontroll i en osäker situation.

Begär patienter dödshjälp för att de inte har råd med mer vård?

När man frågar patienter i Oregon och Washington är oro för ekonomin ett oviktigt skäl för att begära dödshjälp, en bild som också anhöriga och läkare förmedlar. I princip alla patienter har en sjukförsäkring.

Begär patienter dödshjälp på grund av att de är deprimerade?

Studier har visat att det är vanligt med depressionssjukdom bland patienter i livets slutskede. Enligt vissa studier från Oregon och Nederländerna är det ännu vanligare bland patienter som efterfrågar dödshjälp. Alla studier har dock visat att majoriteten av patienterna inte är deprimerade.

Vilka sjukdomar lider patienterna av?

Den absolut vanligaste diagnosen i Oregon och Washington är cancer, vilket cirka tre av fyra patienter lider av. Hjärt-kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar samt neurodegenerativa sjukdomar som ALS är också relativt vanliga diagnoser. I Oregon och Washington förekommer det inte att patienterna har psykiska sjukdomar som primär diagnos, eftersom man måste ha en terminal sjukdom för att kunna få dödshjälp. I Belgien, Nederländerna och Schweiz kan man däremot få dödshjälp på grund av psykisk sjukdom om den anses medföra ett outhärdligt lidande. Psykisk sjukdom står för någon eller några procent av samtliga fall i dessa länder. Diagnoser som cancer, hjärt-kärlsjukdom och ALS utgör dock merparten av fallen även i dessa länder.

Är särskilda grupper av patienter överrepresenterade?

I Oregon är det vanligare med dödshjälp ju högre utbildning man har. Enligt vissa studier är det sju till nio gånger så vanligt att patienter med högskoleexamen får dödshjälp som att patienter med bara grundskola får det. Det är också relativt sett vanligare med dödshjälp i yngre patientgrupper och bland vita. Historisk har det varit något fler män än kvinnor som fått dödshjälp i Oregon, men skillnaden är liten. Man har inte undersökt om personer med funktionsnedsättning oftare begär dödshjälp än andra patienter.

Har man sett ett "sluttade plan" i Oregon?

Med ett sluttande plan brukar man mena att dödshjälp först beviljas till en liten, väl avgränsad patientgrupp, men sedan utvidgas till att omfatta allt fler patienter. Ett sätt som det skulle kunna ske på är att läkare börjar tänja på gränserna och bevilja dödshjälp till patienter som egentligen inte uppfyller lagens krav, exempelvis patienter som inte är terminalt sjuka eller inte gjort en uttrycklig begäran. Ett annat sätt är att gränserna förskjuts i mer "tillåtande" riktning av lagstiftare eller domstolar. I Oregon och Washington har man inte gjort några studier som undersökt om läkare ger dödshjälp till patienter som inte uppfyller lagens krav (till skillnad från i Belgien och Nederländerna, där sådana studier visat att åtgärder utanför

regelverket förekommer). Däremot har inte lagstiftningen eller tolkningen av den ändrats under de 20 år som dödshjälp varit lagligt i Oregon.

Hur vanligt är det att assisterat döende misslyckas?

I 3-5 procent av fallen i Oregon och Washington rapporteras komplikationer som svårighet att svälja eller kräkning i samband med assisterat döende. I cirka ett fall av 250 har det rapporterats att patienten vaknat upp igen.

Hur säkra är bedömningarna av patienternas återstående livslängd?

De allra flesta patienter avlider inom ett halvår efter att de fått sina recept, antingen efter att ha intagit läkemedlen eller av andra skäl. Men varje år rapporteras om patienter i Oregon och Washington som varit i liv mer än sex månader efter att de begärt dödshjälp. Uppgifter pekar på att dessa patienter utgör mellan 3 och 10 procent av samtliga patienter som beviljas dödshjälp.

Hur påverkas utbyggnaden av den palliativa vården av att man tillåter dödshjälp?

Enligt den statistik och forskning som Smer har granskat är det ingen skillnad mellan länder och delstater som tillåter dödshjälp och andra jämförbara länder när det gäller tillgången till palliativ vård.

Minskar tillgång till palliativ vård efterfrågan på dödshjälp?

Man har sett i en studie från Oregon att en del patienter som fick palliativ vård eller andra vårdinsatser efter att de gjort sin begäran ångrade sig och inte längre önskade dödshjälp. Samtidigt ökar efterfrågan på dödshjälp i Oregon och Washington trots att allt fler patienter i dessa delstater, även de som avlider genom assisterat döende, har tillgång till palliativ vård när de avlider.

Hur påverkas läkare av att medverka i assisterat döende?

Läkare i Oregon vittnar om att det är ett tungt ansvar och ett stort känslomässigt åtagande att medverka i assisterat döende. Det kan vara en lättnad när patienten avlider av andra skäl. Men läkarna ångrar sällan sin medverkan.

Hur påverkas de närstående av att patienten avlidit genom assisterat döende?

Enlig forskning från Oregon skiljer sig inte sorgeprocessen generellt beroende på om patienten avlidit genom assisterat döende eller på annat sätt. Men närstående till patienter som avlidit genom assisterat döende kände sig mer förberedda inför den närståendes bortgång och hade i högre grad förlikat sig med den närståendes död.

Kan dödshjälp leda till färre självmord?

Man har undersökt om förekomsten av självmord bland personer över 65 år, den åldersgrupp som de flesta patienter som får assisterat döende tillhör, har minskat i delstater i USA som tillåter assisterat döende. En viss minskning har setts, men resultatet bedöms som osäkert

bland annat för att det är svårt att veta hur utvecklingen varit om dödshjälp inte hade legaliserats.

Hur påverkas förtroendet för vården av dödshjälp?

Smer har inte hittat några studier där man undersökt hur förtroendet för vården påverkats efter att dödshjälp införts. Det finns däremot undersökningar som visar ett stort stöd för lagstiftningen hos befolkningen i länder där dödshjälp är tillåtet.

Vad händer med människosynen i samhället om dödshjälp blir tillåtet?

Några uppgifter som visar om människosynen och uppfattningen om allas lika värdepåverkats i ett land eller en delstat som legaliserat dödshjälp har inte hittats.