



TIMBRO

# *Låt mig gå*

En rapport om hur dödshjälp bör införas i Sverige

Kajsa Dovstad  
TIMBRO • April 2018

*Om författaren*

KAJSA DOVSTAD är läkarstudent vid Uppsala universitet och liberal skribent.

© Författaren och Timbro 2018  
[www.timbro.se](http://www.timbro.se)  
[info@timbro.se](mailto:info@timbro.se)

# INNEHÅLL

<b>INLEDNING</b>	<b>3</b>
<b>DEFINITION AV DÖDSHJÄLP</b>	<b>4</b>
<b>DEN SVENSKA DEBATTEN</b>	<b>6</b>
Svenskar som är positiva till dödshjälp	6
Svenskar som är emot dödshjälp	7
Vårdpersonalens inställning	7
<b>LÄNDER DÄR DÖDSHJÄLP ÄR TILLÅTEN</b>	<b>8</b>
Nederländerna	8
Belgien	9
Luxemburg	9
Schweiz	9
USA, Oregon	9
Kanada	10
<b>ARGUMENT FÖR OCH EMOT DÖDSHJÄLP</b>	<b>11</b>
Faktaargument	11
Ekonomiska hänsynstaganden	13
Värdeargument	15
Därför bör dödshjälp tillåtas	17
<b>EN SVENSK MODELL FÖR DÖDSHJÄLP</b>	<b>18</b>
Gränsdragningar	18
En svensk modell för dödshjälp	19
<b>AVSLUTNING</b>	<b>22</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>23</b>

## INLEDNING

”Jag kommer inte att ha något att säga till om då jag ska dö. Oavsett hur meningslös den sista tiden blir. Oavsett smärta. Då blir jag omyndigförklarad.” Någon månad innan han avled av cancer skrev författaren och journalisten Harald Norbelie på Dagens Nyheters debattsida att Sverige borde utreda frågan om dödshjälp. Norbelie hann aldrig uppleva ett Sverige där svårt sjuka människor själva får bestämma över sin död.

Förhoppningsvis är vi där inom en inte alltför avlägsen framtid. Den senaste tiden har en offentlig diskussion om dödshjälp tagit fart. Namnkunniga politiker, debattörer och läkare vill utreda dödshjälp enligt Oregonmodellen. Statens medicinsk-etiska råd släppte hösten 2017 rapporten *Dödshjälp – en kunskapsammanställning* som reder ut forskningsläget.

I den här rapporten redovisas i korthet hur regelverket ser ut i de länder där dödshjälp är tillåten, därefter granskas de vanligaste sakinvändningar som motståndare till den här sortens lagstiftning brukar anföra. På etiska grunder går det att argumentera för dödshjälp ur både ett utilitaristiskt och rättighetsperspektiv. I rapporten används liberala rättighetsargument för att styrka varför dödshjälp borde tillåtas.

Avslutningsvis skisseras en svensk modell för dödshjälp. De flesta svenska debattörer vill införa assisterat döende enligt Oregonmodellen. Rapporten heter *Låt mig gå* eftersom dödshjälp i Sverige, precis som i Oregon, bör handla om att dödligt sjuka får möjlighet att avsluta livet lite tidigare. Oregonmodellen är dock mycket snäv. Den kanadensiska dödshjälpslagstiftningen tar bättre hänsyn till individuella behov och önskemål, samtidigt som den innehåller skarpa gränser för när dödshjälp får praktiseras. Därför dras slutsatsen att Kanada är en mer önskvärd förebild för en svensk dödshjälpsmodell.

Assisterat döende, där läkare skriver recept på beredningar som patienten sen själv hämtar ut och sväljer, bör förespråkas framför eutanasi, där vårdpersonalen genomför den dödande handlingen. Men eutanasi bör inte vara helt förbjudet, utan kunna tillämpas i de fall där assisterat döende inte är möjligt att genomföra.

I rapporten argumenteras också för att beslut om dödshjälp bara ska fattas av läkare med särskilt certifikat. För det första är en dödshjälpsbedömning ett stort beslut, som dessutom kan vara medicinskt komplicerad. Det är viktigt att säkerställa att den läkare som gör bedömningen har tillräcklig kunskap och kompetens. Att se dödshjälp som ett tillägg till, snarare än en del av, den vanliga läkarlegitimationen stänger också diskussionen för att vårdpersonal ska kunna åberopa samvetsfrihet i etiskt komplicerade frågor.

Det viktigaste är dock att någon form av dödshjälp legaliseras i Sverige. Att låta dödssjuka människor få makt över hur slutet inträffar är en efterlängtd frihetsreform.

## DEFINITION AV DÖDSHJÄLP

Genom åren har många definitioner och begrepp för dödshjälp använts. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) definierar i rapporten *Dödshjälp: En kunskapssammanställning* dödshjälp som ”insatser som ges efter ett uttryckligt önskemål från en beslutskompetent patient där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död”. Smer benämner vidare dödshjälp där någon annan än patienten utför den dödande handlingen som eutanasi. Vidare anser rådet att dödshjälp där patienten själv utför den avgörande handlingen ska benämnas assisterat döende.<sup>1</sup>

Assisterat döende har ofta benämnts ”läkarassisterat självmord” i den svenska debatten. Då förskriver läkaren de dödande preparaten medan patienten utför den dödande handlingen genom att ta medicinen själv, vanligtvis genom att svälja en flytande beredning. I Sverige är det inte olagligt att vara medhjälplig vid självmord, däremot kan en läkare bli av med sin legitimation om dödande läkemedel förskrivs på ett sådant sätt att patienter riskerar att använda dem för att ta livet av sig.<sup>2</sup>

Eutanasi, där vårdpersonal utför den dödande handlingen genom att exempelvis ge patienten en spruta, är olagligt i Sverige.<sup>3</sup>

Smer anser inte att ”aktiv dödshjälp” och ”passiv dödshjälp” är begrepp som bör användas i debatten.<sup>4</sup> Aktiv dödshjälp brukar annars definieras som en aktiv handling som avsiktligt leder till döden. Passiv dödshjälp är i sin tur att avstå från livsuppehållande behandling. Medicinsk-etiskt görs ingen skillnad mellan att avbryta en påbörjad behandling och att aldrig inleda en. Det anses lika etiskt korrekt att stänga av respiratorn på en patient som att aldrig påbörja respiratorbehandling på en patient med exakt samma förutsättningar. Trots att det första kräver en aktiv handling medan det senare är att avstå från att handla – en inställning som intuitivt kan kännas märklig.<sup>5</sup> Smer anser inte att avstå från livsuppehållande behandling är dödshjälp, och distinktionen mellan aktiv och passiv dödshjälp blir därmed onödig.<sup>6</sup> Att själv välja att avstå från livsuppehållande behandling är lagligt i västvärlden och Sverige. Sjukvården har också rätt att neka patienter medicinska insatser, även livsuppehållande, av etiska eller kostnadsmässiga skäl.<sup>7</sup>

Termen ”indirekt dödshjälp” används ibland om en åtgärd som inte syftar till att leda till döden men ändå gör det. Det kan till exempel röra sig om en patient som får ett läkemedel, där döden blir en förutsedd men icke undvikbar konsekvens för att lindra ett symptom. I Sverige är detta tillåtet.<sup>8</sup>

Palliativ sedering nämns ofta i dödshjälpdiskussioner, även om det inte kan kategoriseras som dödshjälp. När en döende patients symptom endast kan lindras genom att sänka vakenhetsgraden, utförs palliativ sedering. Det innebär att patientens medvetandegrad sänks delvis eller helt, intermittent eller kontinuerligt. Svenska Läkaresällskapet rekommenderar att palliativ sedering endast erbjuds personer med en beräknad livslängd på dagar till maximalt ett par veckor.<sup>9</sup> Riktlinjerna är delvis baserade på medicinska omständigheter – det är svårt att hålla någon sövd längre än så utan allvarliga biverkningar – men också på etiska överväganden. Läkaresällskapet vill undvika att ”slow euthanasia” börjar praktiseras. ”Slow euthanasia” innebär

---

<sup>1</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 29.

<sup>2</sup> Flodin (2007).

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 32–33.

<sup>5</sup> Tännsjö (2001), sid 46–49.

<sup>6</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a) sid 32–33.

<sup>7</sup> Tännsjö (2001), sid 46–49.

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Svenska Läkaresällskapet (2010).

att liv förkortas genom att patienten hålls sövd en längre tid utan näringstillförel.<sup>10</sup> Läkemedelsverket menar att kontinuerlig palliativ sedering endast bör vara aktuellt för patienter med timmar till dagar kvar att leva. Innan dess anses intermittert sedering, där patienten väcks upp med jämna mellanrum, ge tillräckligt god symtomlindring<sup>11</sup> – även om det kan vara moraliskt tvivelaktigt att väcka upp personer som vill vara nedsövda.

Fortsättningsvis kommer den här rapporten att beröra dödshjälp, såsom Smer definierar termen. Begreppen ”assisterat döende” och ”eutanasi” används enligt ovanstående definitioner.

---

<sup>10</sup> Engström & Eckerdal (2010).

<sup>11</sup> Läkemedelsverket (2010), sid 22–24.

## DEN SVENSKA DEBATTEN

De senaste åren har dödshjälp diskuterats flitigt i offentligheten. Både Läkartidningen<sup>12</sup> och Statens medicinsk-etiska råd (Smer)<sup>13</sup> har 2017 arrangerat seminarier på temat. 2017 släppte Smer forskningsöversikten *Dödshjälp – en kunskapssammanställning* som avvisade flera av de vanligaste argumenten mot dödshjälp.<sup>14</sup>

### SVENSKAR SOM ÄR POSITIVA TILL DÖDSHJÄLP

I den svenska befolkningen skiljer sig andelen positiva till dödshjälp åt mellan olika undersökningar, från 40 till 90 procent. Skillnaderna kan antas bero på hur frågan ställs. Kontextbaserade frågor, som att dödshjälp till terminalt sjuka som är förmögna att fatta egna beslut, ökar andelen positiva svar. I de opinionsundersökningar som frågat om dödshjälp under vissa villkor bör tillåtas har 70–80 procent av svenskarna sagt sig vara positiva.<sup>15</sup> Enligt den stora värderingsundersökningen European Values Study ökar stöder för dödshjälp i Västeuropa. Sverige är ett av de länder där stödet för dödshjälp är som störst.<sup>16</sup> Miljöpartiet är dock det enda riksdagsparti som vill utreda frågan.<sup>17</sup> Men ämnet lever i flera partier. Centerpartisten Staffan Danielsson leder ett nätverk med ett tjugotal riksdagsledamöter från alla partier utom Kristdemokraterna.<sup>18</sup>

De flesta svenska debattörer framhåller Oregonmodellen som föregångsexempel. Många är positiva till assisterat döende men skeptiska till eutanasi. Nästan alla vill se någon form av samvetsfrihet för läkare.

Frågan samlar också ofta oväntade koalitioner av meningsfränder. Så sent som i mars 2018 skrev ett antal namnkunniga teologer, forskare, läkare och politiker en debattartikel i Dagens Samhälle om att läkarassisterat döende borde utredas i Sverige.<sup>19</sup> Och i januari 2016 gick den något oväntade kvartetten PC Jersild, Georg Klein, Tuulikki Koivunen Bylund och Björn Ulvaeus (läkare, tumörbiolog, före detta biskop respektive låtskrivare) ut på DN Debatt och förespråkade att dödshjälp enligt Oregonmodellen bör utredas.<sup>20</sup> ABBA-medlemmen Ulvaeus har också vid ett flertal andra tillfällen opinionsbildat i frågan.

Även journalisten Inga-Lisa Sangregorios bok *Den sista friheten* från 2016<sup>21</sup> har uppmärksammats mycket. Sangregorio är även medlem i föreningen Rätten till en värdig död (RTVD), som samlar svenska dödshjälpsförespråkare. 2016 gav RTVD ut en rapport där de skissade på en möjlig svensk reglering. Enligt organisationen bör assisterat döende, men inte eutanasi, tillåtas om patienten är beslutskapabel och lider av en sjukdom med kort förväntad överlevnadstid, eller en åkomma som är progressiv och obotlig och innebär svårt lidande.<sup>22</sup>

Det svenska Läkarförbundet är emot dödshjälp men det finns också en hel del läkare som är för. I augusti 2016 skrev nio överläkare och professorer, däribland den liberala riksdagsledamoten Barbro Westerholm, i Läkartidningen att dödshjälp bör utredas.<sup>23</sup> Psykiatern David Eberhard har i en krönika på Göteborgs-Postens ledarsida argumenterat för dödshjälp.<sup>24</sup>

<sup>12</sup> Koivisto (2017).

<sup>13</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017b).

<sup>14</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a).

<sup>15</sup> Ibid, sid 75–77.

<sup>16</sup> Ibid, sid 82.

<sup>17</sup> Delling (2015).

<sup>18</sup> Danielsson (2017).

<sup>19</sup> Bergström et al (2018).

<sup>20</sup> Jersild et al (2016).

<sup>21</sup> Sangregorio (2016).

<sup>22</sup> Rätten till en värdig död (2016). [se ref?]

<sup>23</sup> Bergström et al (2016).

<sup>24</sup> Eberhard (2015).

## SVENSKAR SOM ÄR EMOT DÖDSHJÄLP

Motståndet mot dödshjälp kommer framför allt från kristna debattörer. 2017 släppte den kristna tankesmedjan Claphaminstitutet rapporten *Hotet mot värdigheten*, som är negativ till dödshjälp.<sup>25</sup> Även den katolska organisationen Respekt och organisationen Människovärde (en sammanslagning av Ja till Livet och Provita) opinionsbildar mot dödshjälp. Tidningen Dagens ledarsida har skrivit ett antal negativa artiklar om dödshjälp

## VÅRDPERSONALENS INSTÄLLNING

Inställningen till dödshjälp bland läkare och annan vårdpersonal är splittrad. Medan fackföreningen Läkarförbundet är emot dödshjälp tar professionsorganisationen Svenska Läkaresällskapet inte ställning, utan tycker att frågan ska avgöras av medborgarna och politikerna.<sup>26</sup> Sjuksköterskornas fack Vårdförbundet har ingen åsikt i frågan<sup>27</sup> och Svensk sjuksköterskeförening är mer negativa än positiva<sup>28</sup>.

Om eutanasi, där vårdpersonalen utför den sista handlingen, tillåts uppstår frågan om sjuksköterskor ska få ge dödande injektioner. Medan dödshjälp diskuteras flitigt i läkarkåren är debatten hos sjuksköterskeprofessionen svalare. Men sjuksköterskor måste inte involveras, en möjlighet är att endast läkare tillåts ge dödande injektioner.

En studie från 2008 visar att 34 procent av den svenska läkarkåren är positiva till assisterat dödande, medan 39 procent är emot. Äldre läkare är mer positivt inställda än yngre och psykiatrer är den specialitet där flest är för assisterat dödande. I den svenska debatten syns läkare på både ja- och nej-sidan för dödshjälp. Särskilt läkare inom den palliativa vården uttrycker motstånd mot att införa dödshjälp.

I Nederländerna har vissa läkares vägran att utföra dödshjälp lett till ett utvecklande av så kallade dödshjälpskliniker, specialiserade på att bedöma och utföra aktiv dödshjälp. Fördelarna med en sådan utveckling är att vanan hos de som fattar dödshjälpsbeslut ökar. Nackdelarna är att läkarna inte känner patienterna lika bra som någon som har varit med länge i deras sjukdomsförlopp.

Det är svårt att tvinga en hel yrkeskår att utföra en uppgift som många anser är oetisk. Ordningen att både individer och yrkeskårer resonerar kring etiska frågeställningar är viktig i ett demokratiskt samhälle. Att i alla lägen tvinga yrkesprofessionella att utföra uppgifter som statsmakten har bestämt är inte önskvärt. Men det finns både ideologiska, demokratiska och medicinsk-etiska skäl till att hjälpa svårt sjuka människor att på medicinsk väg avsluta sina liv. Läkarkåren borde syna anledningarna till varför man har en avvikande uppfattning än befolkningen.

För att lösa dilemmat kan man införa ett certifikatsystem, där endast certifierade läkare får utföra dödshjälp. För det första ökar säkerheten i de medicinska och juridiska bedömningarna. För det andra undviks diskussionen om samvetsfrihet om utförandet av dödshjälp är ett tillägg till, snarare än en del av, läkarlegitimationen.

---

<sup>25</sup> Ekström & Luthman (2017).

<sup>26</sup> Lindgren & Sandlund (2017).

<sup>27</sup> Ejd (2017).

<sup>28</sup> Nilsson & Öhlén (2017).



## LÄNDER DÄR DÖDSHJÄLP ÄR TILLÅTEN

I dag är assisterat döende eller eutanasi tillåtet i bland annat Nederländerna, Belgien, Luxemburg, Schweiz, Columbia, Kanada, de amerikanska delstaterna Oregon, Washington, Kalifornien, Montana, Vermont, Colorado och Washington, DC.<sup>29</sup> En lag om dödshjälp, som ska börja gälla från 2019, har röstas igenom i den australiensiska delstaten Victoria.<sup>30</sup> I inget land är dödshjälp en absolut rättighet för medborgarna att bestämma själva över. Vanligtvis krävs en eller flera läkarbedömningar för att få genomgå dödshjälp.

### NEDERLÄNDERNA

I Nederländerna har dödshjälp under vissa villkor varit avkriminaliserat sedan 1970-talet. 2001 reglerades dödshjälp i en lag, som gick igenom 2002. Patienten måste ha fattat ett frivilligt och välinformerat beslut, antingen direkt eller genom ett livstestamente. (Ett dokument som reglerar vilka åtgärder som ska vidtas och avstås ifrån om personen drabbas av en händelse eller sjukdom som gör hen oförmögen att fatta beslut. Detta gör att dödshjälp även kan ges till dementa, om de på förhand upprättat ett testamente.) Därtill måste patientens lidande bedömas som hopplöst och outhärdligt. Lidandet kan vara både fysiskt och mentalt. Inga rimliga alternativ för att mildra lidandet får stå till buds. En annan läkare ska göra en oberoende bedömning och beslutet ska skickas till en särskild myndighet.<sup>31</sup> Begäran måste dock inte vara skriftlig.<sup>32</sup> I Nederländerna har barn från 12 år rätt till dödshjälp.<sup>33</sup>

1990 förekom dödshjälp i 1,7 procent av alla dödsfall. 2001 hade siffran stigit till 2,6 procent. 2005 bröts den ökande trenden, då frekvensen var nere på 1990 års nivå, 1,7 procent.<sup>34</sup> Sedan dess har antalet dödsfall med dödshjälp återigen ökat. 2016 var drygt 4 procent av alla dödsfall i Nederländerna, knappt 6 000, orsakade av dödshjälp.<sup>35</sup> 2010-talets ökning kan både förklaras med ökad efterfrågan och ökad beviljandegrad. 2015 beviljades 55 procent av alla ansökningar, en ökning med tio procentenheter sedan 2010.<sup>36</sup> Cancer är den absolut vanligaste orsaken att vilja avsluta sitt liv i förtid. Andra relativt vanliga orsaker är hjärt- och lungsjukdomar, sjukdomar som drabbar nervsystemet och demens.<sup>37</sup> Både antalet och andelen som beviljas dödshjälp för psykisk sjukdom ökar, från 0,4 procent av alla fall 2011 till 1 procent 2016.<sup>38</sup>

Genom åren har en rad fall som beviljats dödshjälp vällat etiska diskussioner. Bland annat fick en tjuogoårig kvinna som utvecklat posttraumatiskt stressyndrom efter sexuella övergrepp rätt till dödshjälp.<sup>39</sup> Dödshjälp beviljades även en man som led av alkoholism.<sup>40</sup> 2016 annonserade regeringen att man vill införa ett nytt kriterium i lagen om dödshjälp: Även personer som lider av "livsleda", såsom äldre som är trötta på livet, ska ha rätt till dödshjälp.<sup>41</sup>

I Nederländerna praktiseras framför allt eutanasi och i 85 procent av fallen är det familjeläkaren som ger den dödliga läkemedelsberedningen.<sup>42</sup> 7 procent av landets läkare säger absolut nej till att hjälpa människor att dö.<sup>43</sup>

<sup>29</sup> Rätten till en värdig död (uå).

<sup>30</sup> Zenou (2017).

<sup>31</sup> Lövtrup (2009).

<sup>32</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 52.

<sup>33</sup> Drevinger (2016).

<sup>34</sup> Tännsjö (2011).

<sup>35</sup> Brostrand (2005).

<sup>36</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 95.

<sup>37</sup> Brostrand (2005).

<sup>38</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 100.

<sup>39</sup> Boztas (2016).

<sup>40</sup> Embury-Dennis (2016).

<sup>41</sup> Forster (2016).

<sup>42</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 118.

<sup>43</sup> Möller (2012).

## BELGIEN

2002 antog det belgiska parlamentet en lag motsvarande den nederländska. En skillnad är att två oberoende läkare – varav en med relevant specialistkompetens – ska konsulteras om sjukdomstillståndet inte är i slutfasen.<sup>44</sup> 2014 blev Belgien det första landet som helt slopade ålderskrav för dödshjälp. Dödshjälp får då endast ges om den minderåriga efterfrågar det själv och är beslutskapabel.<sup>45</sup>

Från 2003 till 2013 ökade andelen dödsfall orsakade av dödshjälp från 0,2 till 1,7 procent. Liksom i Nederländerna är cancer vanligaste orsaken att avsluta livet i förtid. Det stora flertalet av de som får dödshjälp förväntas avlida inom en snar framtid. Palliativa team konsulteras ofta innan beslut om dödshjälp fattas. Omfattningen av dödshjälp skiljer sig åt mellan Flandern och Vallonien (där Flandern är på nederländska nivåer), vilket indikerar att kulturella faktorer, inte bara lagstiftning, styr efterfrågan på dödshjälp.<sup>46</sup> Antalet personer som beviljas dödshjälp och inte lider av en dödlig sjukdom har ökat under 2000-talet. 2003 stod de för 8 procent av samtliga dödshjälpsfall och 2013 var siffran uppe i 15 procent.<sup>47</sup>

## LUXEMBURG

Med knapp majoritet röstade parlamentet i Luxemburg för en dödshjälpslag liknande den nederländska år 2008. Intressant kuriosita är att storhertigen vägrade att skriva under lagen, vilket ledde till att monarken senare togs ifrån sin sista formella makt.<sup>48</sup>

## SCHWEIZ

I Schweiz har assisterat döende länge varit tillåtet. Eutanasi, där vårdpersonalen utför den sista handlingen, är däremot olagligt. En handfull non-profit organisationer erbjuder schweizare och utlänningar assisterat döende. Riktlinjer från Schweiziska akademien för medicinsk vetenskap anger att läkare bör medverka till assisterat döende endast om patienten är terminalt sjuk och har erbjudits annan vård.<sup>49</sup>

De assisterade dödsfallen har ökat på senare år och omfattar nu knappt över 1 procent av dödsfallen i Schweiz. De flesta patienterna är terminalt sjuka, med cancer som den absolut vanligaste diagnosen. 2006 slog högsta domstolen i Schweiz fast att även personer som lider av mental sjukdom har rätt till dödshjälp.<sup>50</sup> Motståndare till dödshjälp har rapporterat om fall där patienterna har fått fel diagnos och inte varit terminalt sjuka, utan bara trötta på livet.<sup>51</sup>

## USA, OREGON

Assisterat döende, men inte eutanasi, är tillåtet i Oregon genom lagstiftningen *Death with Dignity Act* som började tillämpas 1998. Där anges att myndiga personer som är beslutskapabla och lider av en sjukdom som kommer att leda till döden inom sex månader har rätt till assisterat döende. Två oberoende läkare ska komma fram till att patienten uppfyller kriterierna, och

---

<sup>44</sup> Lövtrup (2009).

<sup>45</sup> BBC (2016).

<sup>46</sup> Dierickx et al (2016).

<sup>47</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 100.

<sup>48</sup> Lövtrup (2009).

<sup>49</sup> Ibid.

<sup>50</sup> SWI swissinfo.ch (2016).

<sup>51</sup> Schadenberg (2016).

patienten måste göra två muntliga och en skriftlig begäran med minst 15 dagars mellanrum. Misstänks patienten lida av en psykisk sjukdom ska psykiater eller psykolog kopplas in.<sup>52</sup>

Sedan 1998 har det assisterande döendet ökat stadigt. Från 16 stycken 1998, till 133 stycken 2016. Assisterat döende omfattar nu 0,4 procent av alla dödsfall i Oregon. I Oregon presenterar myndigheterna årlig statistik över de som genomgått dödshjälp. Vanligaste diagnosen är cancer. Nära 90 procent har tillgång till hospicevård.<sup>53</sup> De vanligaste anledningarna att vilja genomgå assisterat döende är förlust av oberoende, låg livskvalitet, värdighetsförlust och en önskan att kunna kontrollera omständigheterna. Smärta är en mindre vanlig orsak, däremot är att undvika framtida smärta ett viktigt skäl.<sup>54</sup>

Oregons *Death with Dignity Act* har stått modell för övriga amerikanska delstater som infört dödshjälp, förutom Montana, där dödshjälp är tillåtet efter ett domstolsbeslut.<sup>55</sup> I Washington och Kalifornien är andelen dödsfall på grund av dödshjälp liknande frekvensen i Oregon, 0,3 respektive 0,6 procent.<sup>56</sup>

## KANADA

Den kanadensiska lagstiftningen från 2016 tillåter både assisterat döende och eutanasi. Patienten måste vara myndig, beslutskapabel, lida av "grievous and irremediable condition", och ge skriftligt samtycke. Med "grievous and irremediable condition" räknas allvarliga och obotbara sjukdomar och funktionsnedsättningar ("disability"), som är i ett avancerat stadium, orsakar fysiskt och psykiskt lidande, och inte kan botas på ett sätt som för patienten anses acceptabelt. Den naturliga döden ska vara i nära antågande men lagstiftningen specificerar ingen tidsgräns. Två oberoende läkare eller nurse practitioners (sjuksköterskeroll som inte är etablerad i den svenska vården, men kan sägas motsvaras av en avancerad specialistsjuksköterska som gör självständiga medicinska bedömningar och har viss forskrivningsrätt.<sup>57</sup>) måste komma fram till att patienten har rätt till dödshjälp. Patienten måste få minst 15 dagars betänketid, eller den betänketid den andra bedömaren anser rimlig utifrån patientens medicinska status. Två oberoende vittnen, som inte har någon koppling till patienten, måste signera beslutet.<sup>58</sup>

Under första halvåret efter att lagstiftningen kom på plats skedde 0,6 procent av alla dödsfall med dödshjälp. Andra halvåret hade siffran ökat till 0,9 procent. I Kanada praktiseras främst eutanasi, på grund av läkarkårens preferenser och utbudet på den kanadensiska läkemedelsmarknaden.<sup>59</sup>

---

<sup>52</sup> Lövtrup (2009).

<sup>53</sup> Oregon Health Authority (2017).

<sup>54</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 107.

<sup>55</sup> Death with Dignity National Center (uå).

<sup>56</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), 94.

<sup>57</sup> Weilenmann (2017).

<sup>58</sup> House of Commons of Canada (2016).

<sup>59</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 96–97.

# ARGUMENT FÖR OCH EMOT DÖDSHJÄLP

Argumenten mot dödshjälp kan delas in i faktaargument och värdeargument. Hur stor betydelse man tillmäter faktaargumenten har naturligtvis att göra med hur mycket man värderar dem. Men som vi ska se är det många faktaargument mot dödshjälp som faller på egna meriter. I det här avsnittet prövas de vanligaste faktapåståendena mot dödshjälp. Därefter redovisas och bemöts rena värdeargument. Avslutningsvis redovisas det enligt min mening starkaste skälet till att dödshjälp bör tillåtas. Klassificeringen av argument är gjord efter Statens medicinsk-etiska råds rapport *Dödshjälp – en kunskapssammanställning*.

## FAKTAARGUMENT

### *Minskat förtroende för vården*

Ett flitigt använt argument är att förtroendet för vården skulle minska om dödshjälp tillåts. Läkarförbundets ordförande Heidi Stensmyren ger uttryck för åsikten på följande vis: ”Patienter ska inte behöva tvivla på att sjukvårdspersonal agerar i annat syfte än att på bästa möjliga vis bota eller lindra deras sjukdom. Tanken att ett samhälle med små resurser och tvivelaktiga hänsynstaganden skulle kunna få människor att själva avstå från dyra behandlingar kan rubba förtroendet för vården.”<sup>60</sup> Finns det fog för Stensmyrens farhågor?

I en studie ställde forskare från Karolinska Institutet frågan hur svenskarnas förtroende för vården skulle påverkas om dödshjälp infördes. Bland de 12 procent som redan var negativa till dödshjälp uppgav visserligen tre av fyra att deras förtroende för vården skulle minska. Men de övriga hävdade att deras förtroende för vården tvärtom skulle öka (38 procent) eller vara samma (45 procent). Resultaten går tvärtemot Stensmyrens påstående.

I en internationell jämförelse konstateras att både schweizarnas förtroende för den schweiziska sjukvården och holländarnas förtroende för den nederländska vården är signifikant högre än svenskarnas förtroende för svensk sjukvård. Det finns inget belagt samband mellan människors förtroende för sjukvård och tillåtande av dödshjälp. Förtroendet för den svenska vården har sjunkit på senare år<sup>61</sup> – trots att dödshjälp inte har tillåtits. Den som vill värna förtroendet för sjukvården bör vara mer bekymrad över rubriker om platsbrist, dålig tillgänglighet och personalflykt än införande av dödshjälp. Stödet för dödshjälp har ökat i såväl Beneluxländerna, Schweiz och Oregon efter respektive lands införande.<sup>62</sup> Det indikerar att medborgarna i dessa länder önskar behålla och har förtroende för sina dödshjälpsmodeller.

### *De medicinska bedömningarna är osäkra*

Dödshjälpsmotståndare menar att de medicinska bedömningarna vid dödshjälp är osäkra. Enligt Statens medicinsk-etiska råd lever mellan 3 och 10 procent av patienterna som beviljas dödshjälp i Oregon längre än de sex månader som man enligt lagen maximalt ska ha kvar för att få dödshjälp. I Washington är siffran 15 procent. Någon enstaka patient har levt betydligt längre än så – tre år. Det tycks alltså som att det finns en måttlig osäkerhet i läkarnas bedömningar.<sup>63</sup> Samtidigt är det få, om ens någon, vars livslängd med råge överträffar de medicinska prognoserna. I Nederländerna anger en fjärdedel av de nederländska läkarna som behandlat en begäran om dödshjälp att de haft svårt att se om patienten uppfyller kriterierna, framför

---

<sup>60</sup> Stensmyren (2015).

<sup>61</sup> Vårdanalys (2016).

<sup>62</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 172.

<sup>63</sup> Ibid, sid 173.

allt kriteriet att lidandet ska vara outhärdligt.<sup>64</sup> Enligt Statens medicinsk-etiska råd tenderar dock läkare att generellt sett överskatta snarare än underskatta sina patienters återstående tid i livet.<sup>65</sup>

Ska en svensk lagstiftning ha ett tidskriterium liknande Oregons är det troligt att man får acceptera felbedömningar i samma skala. Det finns också anledning att se över om alla läkare bör få behandla dödshjälpsförfrågningar. Ett certifikatsystem skulle göra såväl läkare som patienter och allmänheten trygga i att de som fattar beslut om dödshjälp har den kompetens som krävs.

### *Svårt att säkerställa om begäran om dödshjälp är frivillig, bestående och görs av beslutskompetenta personer*

De flesta dödshjälpsförespråkare anser att dödshjälp bara ska beviljas om begäran om dödshjälp är frivillig, bestående och görs av en beslutskompetent person. Ett argument mot dödshjälp är således att det är svårt att säkerställa detta. Det är svårt att ta fram fakta på hur det står till med beslutskompetens och frivillighet bland de som beviljas dödshjälp. I de flesta länder har dock lagstiftaren tänkt på att säkerställa dessa parametrar. Därför finns ofta ett krav att två oberoende läkare måste godkänna en begäran om dödshjälp, och att dessa ska ha försäkrat sig om att patientens beslut är frivilligt och välinformerat samt att hen är medveten om andra alternativ. I Oregonmodellen och Kanada finns dessutom tidskriterium för att se till att en begäran om dödshjälp ska vara bestående.

Vid depression kan beslutsförmågan vara nedsatt. Statens medicinsk-etiska råd menar dock att efterfrågan på dödshjälp generellt sett inte är ett uttryck för depression, även om en del av de som begär och får dödshjälp är deprimerade i tillägg till sin grundsjukdom.<sup>66</sup> I flera länder krävs utlåtande från psykiatrisk expertis vid begäran av dödshjälp från personer som är eller uppvisar symtom som vid depression, vilket är ett sätt att förhindra att personer som kunde blivit hjälpta på annat sätt genomgår dödshjälp. Det ska också noteras att stödet för dödshjälp är större hos svenska psykiatrer än hos svenska läkare i stort, vilket indikerar att de som är specialiserade på psykisk ohälsa anser att en önskan om döden inte alltid behöver vara uttryck för psykisk sjukdom.

Beslutsförmågan kan även vara nedsatt vid andra former av nedsatt kognitiv förmåga. De flesta jurisdiktioner intar ett avvaktande förhållningssätt inför personer som inte kan anses vara beslutskapabla. I Nederländerna kan beslutskapabla personer i förhand diktera sin inställning till dödshjälp i ett livstestamente, vilket är användbart om personen exempelvis drabbas av demenssjukdom.

### *Överrepresentation av minoriteter*

Delar av den svenska handikapprörelsen varnar också för att människor med funktionsnedsättning skulle pressas att ta sina liv om dödshjälp tillåts.<sup>67</sup> En stor studie på statistik från Nederländerna och Oregon har emellertid visat att funktionshindrade inte är överrepresenterade bland personer som genomgår dödshjälp. Inte heller andra potentiellt sårbara grupper, såsom personer med låg utbildning, låg socioekonomisk status, kroniskt sjuka, psykiskt sjuka eller etniska minoriteter var överrepresenterade.<sup>68</sup>

---

<sup>64</sup> Buiting et al (2008).

<sup>65</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 115, 119.

<sup>66</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 174.

<sup>67</sup> Isaksson & Johansson (2016).

<sup>68</sup> Battin et al (2007).

### *Arbetet mot självmord och psykisk ohälsa*

Många dödshjälpsmotståndare menar att arbetet med att förhindra självmord skulle försvåras med dödshjälp. Dödshjälpsförespråkare menar å andra sidan att antalet självmord skulle minska eftersom många självmord begås av personer som har en dödlig diagnos och om de skulle känna sig trygga med att kunna dö på egna premisser skulle de inte känna sig pressade att ta sina liv. Då självmord påverkas av många faktorer är det svårt att avgöra hur införandet av dödshjälp har påverkat självmordsfrekvensen. I USA finns varken stöd för att den har ökat eller minskat efter att dödshjälp tillåtits.<sup>69</sup>

### *Palliativ vård*

Många läkare vill att den palliativa vården – vård i livets slutskede – bör byggas ut i stället för att införa dödshjälp. Svensk förening för palliativ medicin vill ”skapa förutsättningar för människor att kunna leva ett värdigt och meningsfullt liv också i livets slutskede” och ställer palliativ vård i motsats till dödshjälp.<sup>70</sup> Det står helt klart att vården har stor förbättringspotential när det gäller vård i livets slutskede<sup>71</sup>, även om Sverige redan lägger förhållandevis mycket resurser på palliativ vård.<sup>72</sup> Frågan är om dödshjälp måste stå i motsatsförhållande till en bra palliativ vård? Det är visserligen rimligt att tänka sig att människor är mer benägna att välja dödshjälp om bra palliativ vård inte finns att tillgå. Men i de länder där dödshjälp är tillåtet har den palliativa vården inte fått stå tillbaka – tvärtom. Exempelvis konsulteras palliativa team i 74 procent av alla fall där någon begär dödshjälp i Belgien.<sup>73</sup> Där har också den palliativa vården byggts ut i samband med att dödshjälp har blivit vanligare, forskare föreslår att det finns en synergieffekt.<sup>74</sup>

I Oregon har nio av tio av de som genomgår dödshjälp tillgång till hospicevård. Trots bra vård lyckas läkare inte få bort smärta eller oro över smärta: En av fyra anger smärta och oro för smärta som anledning att vilja avsluta livet. Förlust av värdighet och autonomi är dock vanligare skäl att vilja genomgå dödshjälp<sup>75</sup> – och dessa subjektiva upplevelser kan inte vården bota. Därför konstaterar Statens medicinsk-etiska råd att även om det finns viss evidens för att dålig tillgång på palliativ vård av bra kvalitet ökar efterfrågan på dödshjälp, kan en väl utbyggd, bra palliativ vård troligtvis inte ta bort alla önskemål om dödshjälp.<sup>76</sup>

## **EKONOMISKA HÄNSYNSTAGANDEN**

Ett annat vanligt argument mot dödshjälp är oro över att ekonomiska hänsynstaganden kan få människor att välja dödshjälp framför vård. Även här finns det anledning att ifrågasätta uppfattningen. Sverige har mycket låga patientavgifter. Av elva västlän hamnade Sverige högst när invånarna fick frågan om de hade tillgång till vård oberoende av kostnad.<sup>77</sup> I Oregon är klassproblematiken motsatt: betydligt fler hög- än lågutbildade genomgår dödshjälp. Det verkar alltså långsökt att mindre ekonomiskt välbeställda skulle välja dödshjälp för att de inte har råd med vård i Sverige.

---

<sup>69</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 138.

<sup>70</sup> Edenbrant (2013).

<sup>71</sup> Socialstyrelsen (2016).

<sup>72</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 131.

<sup>73</sup> Chambaere et al (2015).

<sup>74</sup> Bernheim (2008).

<sup>75</sup> Oregon Health Authority (2017).

<sup>76</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 169.

<sup>77</sup> Vårdanalys (2016).

Likväl kommer troligtvis frekvensen av dödshjälp att skilja sig åt mellan olika grupper i samhället. Erfarenheterna från Belgien och USA indikerar att kultur och religion påverkar inställningen till dödshjälp. Eftersom etnicitet är starkt kopplat till socioekonomiska förhållanden i Sverige är det sannolikt att dödshjälp blir ovanligare eller, mer sannolikt, vanligare hos den ekonomiskt mer välbeställda majoritetsbefolkningen. De skillnader som kan antas uppkomma kommer inte att bero på att ekonomiska förutsättningar i sig påverkar rätten till dödshjälp särskilt mycket, utan på grund av att efterfrågan på dödshjälp är olika i olika kulturella grupperingar.

### *Börda på anhöriga*

Många varnar för att människor skulle vilja dö på grund av att de inte vill vara en börda för anhöriga. Det är sant att omsorg om anhöriga är ett av de vanligaste skälen att välja dödshjälp. I Oregon har drygt 40 procent av alla som någonsin genomgått dödshjälp angett anhörigas situation som en av anledningarna till varför de vill förkorta sitt liv. Att välja dödshjälp på grund av omsorg om anhöriga är dock en annan sak än att pressas att ta sitt liv av närstående. Det senare är så klart en situation som bör förhindras. Liksom dödshjälp inte bör vara ett alternativ för att den palliativa vården brister, är det viktigt att det finns bra anhörigstöd. Anhörigstöd kommer dock aldrig kunna ta bort det faktum att det är påfrestande att vara närstående till en dödssjuk. Och att denna person väger in anhörigas situation i sitt beslut att avsluta sitt liv i förtid behöver inte vara fel.

### *”Det sluttande planet”*

”Det sluttande planet”-argumentet går ut på att fler och fler erbjuds dödshjälp tills vi får en situation som är moraliskt ohållbar. Ibland dras referenser till Nazitysklands eutanasi-program, där bland annat människor med funktionsnedsättningar fick sätta livet till.

Vad har då hänt i länder där dödshjälp har införts? I Nederländerna har kriterierna både skärpts och utvidgats. Dödshjälp på grund av livsleda stoppades genom ett rättsfall. När det nu förs diskussioner om att införa ett sådant kriterium i lagen möter förespråkarna hårt motstånd. Antalet dödsfall har fluktuerat genom åren, även om trenden har varit stigande på sistone. 2016 var dödshjälp orsaken till 4 procent av alla dödsfall i Nederländerna. De vanligaste skälen att välja dödshjälp är fortsatt de sjukdomar som tas upp i den svenska debatten: cancer, hjärt-kärlsjukdom och neurologiska åkommor som ALS. De allra flesta som genomgår dödshjälp är äldre och har en ytterst begränsad tid kvar att leva. I Belgien är situationen liknande.

Det finns dock fall där det finns fog för att tala om för vida dödshjälskriterier, exempelvis den unga kvinna som beviljades dödshjälp på grund av att hon led av PTSD efter sexuella övergrepp. De flesta sådana avskräckande fall från Nederländerna och Belgien kan dock förhindras genom att lagen ställer ett tydligt krav på en kort beräknad återstående livslängd. Detta är också vad de flesta svenska debattörer förespråkar. I Oregon, där sexmånadersregeln fanns inskriven vid införandet av dödshjälp, har kriterierna inte utvidgats alls.

Sluttande planet-argumentet är bedrägligt eftersom det antyder att en utvidgning av kriterier eller ökning av antalet människor som dör med dödshjälp per automatik är dåligt. Så behöver det ju inte vara. Vad samhället anser vara godtagbara anledningar till dödshjälp kan ändras över tid. Att andelen dödsfall som har utförts med dödshjälp ökar behöver inte vara problematiskt – snarare handlar det om att fler som har rätt till, och vill ha, dödshjälp har möjlighet att få det.

En annan version av sluttande planet-argumentet är att dödande utan stöd i lagen, så kallade barmhärtighetsmord, kommer att bli vanligare inom vården. Men någon sådan utveckling har inte kunnat dokumenteras. Tvärtom. I Nederländerna och Belgien har barmhärtighetsmorden minskat sedan införandet av dödshjälp.<sup>78</sup>

## VÄRDEARGUMENT

### *Livets okränkbarhet*

Ett vanligt argument mot dödshjälp, som framför allt kommer från kristna, är att livet är heligt. Liv är alltid mer värt än icke liv, och en sjukvård som hjälper människor att dö blir därmed oetisk. Dödshjälp hotar människovärdet. Om man är av uppfattningen att livet är okränkbart är dödshjälp naturligtvis en orimlighet. Vi lever dock i en verklighet där sjukvården inte är uppbyggd efter principen att till varje pris hålla människor vid liv. Både läkare och patienter får i dag besluta att inte sätta in eller avsluta livsuppehållande behandlingar. Skillnaden är att dödshjälp vore assistans på vägen, en något förtida död för en redan dödssjuk människa. Samt att dödshjälp inte blir en klassfråga – den som har råd och kunskap kan redan nu få dödshjälp i Schweiz.

### *Döden är oåterkallelig*

Många dödshjälpemotståndare, också liberaler, menar att dödshjälp inte bör tillåtas eftersom döden är ett oåterkalleligt beslut som inte går att ångra. Det finns människor som tidigare under en svår sjukdomsprocess velat avsluta sitt liv och sedan uttrycker att de är glada över att de valde att inte göra det. En närstående argumentationslinje är att vi heller aldrig kan veta om ett tillstånd som i dag bedöms som obotbart kan botas i morgon. För det första kan läkaren ha ställt fel diagnos. För det andra kan vi aldrig veta vart den medicinska utvecklingen leder. För det tredje finns alltid sannolikheten att patienten är ett särfall. Eftersom lidandet och prognoserna en människa lider av i nuet kan komma att ändras i framtiden bör inte dödshjälp, som är ett oåterkalleligt beslut, tillåtas, lyder resonemanget.

### *Dödshjälp är emot vårdetiken*

Läkare och andra vårdprofessioner hävdar att erbjudande av dödshjälp skulle vara emot deras yrkesetik. Thomas Flodin, före detta ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd, hänvisade i en artikel i Läkartidningen från 2007 till Hippokrates ed, en av de äldsta vårdetiska riktlinjerna, där en passage lyder ”Jag skall icke ge någon gift, ens på begäran, eller råda någon att använda sådant”.<sup>79</sup> Dagens läkareetik sammanfattas ofta med begreppet ”aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta”.<sup>80</sup> Dödshjälpemotståndare anser framför allt att dödshjälp går emot principen om ”aldrig skada”.

*Principles of biomedical ethics* av Tom Beauchamp och James Childress (1979) är det verk som har influerat den moderna vårdetiken mest. Där beskrivs att vården styrs efter fyra medicinsketiska principer, utan inbördes rangordning. Autonomiprincipen innebär rätt till självbestämmande, medbestämmande och integritet för patienten. Godhetsprincipen är att sträva efter att göra gott, vilket i hälso- och sjukvården är lika med att försöka bota patientens sjukdom, och/eller lindra symtomen. Principen att inte skada innebär att vården ska förebygga och för-

<sup>78</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 121.

<sup>79</sup> Flodin, Thomas (2007).

<sup>80</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 154.



hindra skada, samt hålla nere eventuella negativa bieffekter av behandlingar. Enligt rättvisepincipen ska alla behandlas lika, och sjukvårdens resurser ska fördelas på ett rättvist sätt.<sup>81</sup> Den som vill argumentera emot dödshjälp kan framhäva principen att inte skada. Många argumenterar också efter godhetsprincipen. Ytterligare ett sätt att argumentera emot dödshjälp är att ifrågasätta om den av dödshjälpsanhängarna ofta framhävda autonomiprincipen alltid är uppfylld. I dödshjälpsdebatten uttrycks oro över att människors beslut att genomgå dödshjälp inte är autonomt.

Dödshjälp är dock, enligt min mening, förenlig med både läkaretiken och vårdens medicinsk-etiska principer. Det håller inte att hänvisa till att Hippokrates ed innehåller en mening om att läkare inte ska ge sina patienter gift. I sin ursprungliga form innehåller Hippokrates ed andra etiska påbrå som vi i dagens moderna samhälle har frångått. Exempelvis står att läkare inte ska ”ge någon kvinna fosterfördrivande medel”, men i dag är de flesta överens om att abort är förenligt med läkaretiken.<sup>82</sup>

Den vårdetiska diskussionen om dödshjälp måste föras i enlighet med nutida etiska principer. Läkaretikens ”aldrig skada, om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta” används ibland som argument mot dödshjälp.<sup>83</sup> Dödshjälp är knappast att bota, men det kan lindra och ge tröst i en svår situation. Inte heller är dödshjälp till en dödligt sjuk patient självklart lika med att skada – tvärtom.

Vad gäller Beauchamp och Childress fyra etiska principer är autonomiprincipen den som starkast talar för att dödshjälp borde införas. Om en autonom människa önskar dödshjälp, bör hon få det. Som vi har sett finns det olika sätt att fastställa att en människas önskan om dödshjälp är autonom, det vill säga att önskan är av fri vilja, bestående och kommer från en beslutskapabel person. Autonomi innebär att patienten ska få framföra sina önskemål och har rätt till medbestämmande i vården, men inte att patienten har rätt till vilken vård hon vill ha.

Läkare kan neka patienter behandling av kostnadsmissiga eller etiska skäl. Med hänvisning till autonomiprincipen har dock patienten alltid rätt att tacka nej till undersökningar och behandlingar, så länge hon inte står under tvångsvård. Även om det finns liberala skäl att stärka patientens rättigheter är ett totalt patientstyre varken en realistisk eller önskvärd utveckling för en offentligt finansierad sjukvård. En del gör just misstaget att förväxla autonomi med att patienten ska få precis som hon vill. Det finns dödshjälpsförespråkare som säger att läkare inte ska stå i vägen för en sjuk människas önskan att få dödande preparat utskrivna. Inget annat lands lagstiftning är dock utformat på det viset att människor har rätt till dödshjälp – människor har rätt till läkarbedömning. Läkaren ska i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet sedan avgöra om de fastställda kriterierna för dödshjälp är uppfyllda. Det innebär att en hel del sjuka människor som vill ha hjälp att dö får nej.

Förutom autonomiprincipen är godhetsprincipen enkel att förena med dödshjälp. När den enda behandling som kan befria patienten från svårt lidande innebär döden bör denna, under reglerade former, kunna ges. Principen att inte skada kan också vara förenlig med dödshjälp. Ett önskat liv, som till stor del består av lidande, är att göra illa. Det är dock viktigt att utforma regelverket så att det uppstår minsta möjliga skada. Dödshjälp är inget som bör utföras lättvindigt. Det är också viktigt att alla medborgare, enligt rättvisepincipen, har samma möjlighet till både bra palliativ vård som dödshjälp.

---

<sup>81</sup> Karolinska universitetssjukhuset (2016).

<sup>82</sup> Hippokrates (uå).

<sup>83</sup> Statens medicinsk-etiska råd (2017a), sid 154.

## DÄRFÖR BÖR DÖDSHJÄLP TILLÅTAS

Som vi har sett finns det starka empiriska argument för att de vanligaste påståendena mot dödshjälp kan ifrågasättas. Fakta från de länder där dödshjälp har införts visar att minoriteter, människor med ekonomiska svårigheter och handikappade inte är överrepresenterade bland de som genomgår dödshjälp. Dödshjälp har varken haft negativ inverkan på självmordsstatistiken, förtroendet för sjukvården eller den palliativa vården. En väl utbyggd och bra palliativ vård kan med största sannolikhet inte ta bort behovet av dödshjälp. Rädslan för ”det sluttande planet” har inte besannats i Oregonmodellen, med ett tydligt kriterium om att dödshjälp bara får beviljas i livets slutskede. Dödshjälpsmotståndarna har bara rätt i en enda farhåga – att omsorg om anhöriga är ett starkt skäl bland många av de som väljer dödshjälp.

Det leder oss in på det främsta skälet till varför dödshjälp bör införas: människans rätt att bestämma över sig själv. Svårt sjuka människor måste själva få avgöra om deras sjukdom kommer till en gräns där döden är mer eftersträfvansvärd än livet. Kristna dödshjälpsmotståndare har självklart rätt att försöka övertyga andra om sin livssyn men staten måste ge de som inte delar denna en möjlighet att fatta sina egna beslut. Människor måste också tillåtas att fatta oåterkalleliga beslut. Det kan bara vara upp till den enskilda att värdera om det är värt att utstå lidande för att kanske, eventuellt, vara en av de ytterst få som lever betydligt längre än läkarnas prognoser.

Människor måste också få fatta beslut baserat på omsorg om sina anhöriga. De flesta personer tar familj och vänner i beaktande vid stora livsbeslut. Det vore snarare konstigt om beslut om döden var ett undantag. Risken för att anhöriga försöker övertala den enskilda att begära dödshjälp måste förstås beaktas, men sådana situationer kan undvikas med en bra dialog med vårdpersonalen och oberoende vittnen som är med vid eutanasi. Svårt sjuka människor måste själva kunna välja att avsluta sina liv lite i förtid för att både de själva och deras anhöriga ska slippa uppleva den sista periodens lidande.

# EN SVENSK MODELL FÖR DÖDSHJÄLP

Som vi har sett ovan finns det goda skäl att tillåta dödshjälp i Sverige. I det här avsnittet går vi närmare in på var gränsdragningarna för dödshjälp bör gå, och skissar på hur en svensk modell bör utformas.

## GRÄNSDRAGNINGAR

### *Psykisk sjukdom*

I en artikel i tidskriften Liberal Debatt argumenterar Emma Söderberg Majanen för att även psykiskt sjuka ska ha rätt till dödshjälp. Söderberg Majanen menar att önskan om döden kan uppstå som en följd av psykiskt lidande, på samma sätt som den kan uppstå som en följd av fysiskt lidande.<sup>84</sup> Beneluxländernas lagstiftning har lidandet i centrum, och tillåter dödshjälp för både psykiskt och fysiskt lidande. Dessa skiljer sig från Oregonmodellen, där man måste ha återstående livslängd på mindre än sex månader för att komma i fråga för läkarassisterat självmord. Detta utesluter alla med psykisk sjukdom som primär diagnos.

Även om psykisk sjukdom kan orsaka minst lika mycket lidande som fysisk, och även om oddsden att överleva en längre tid kan vara mycket dåliga för enskilda patienter, är psykisk sjukdom, till skillnad från somatisk, inte en biologisk process som leder till ett oundvikligt slut. Eftersom döden är oåterkallelig bör dödshjälp beviljas restriktivt. Dödshjälp bör vara en valmöjlighet för de som med all sannolikhet ändå hade avlidit inom en nära förestående framtid, vilket utesluter psykiska sjukdomar. Den som i övrigt uppfyller kriterierna för dödshjälp men lider av psykisk sjukdom bör dock inte undantas från dödshjälp. De bör däremot genomgå en psykiatrisk bedömning för att säkerställa att de är beslutskapabla och att önskan att dö inte är resultatet av ett botbart psykiatriskt tillstånd.

### *Livsleda*

I Nederländerna debatteras om dödshjälp ska beviljas på grund av livsleda. Människor kan vilja dö utan att lida av psykisk eller fysisk sjukdom. Det är i första hand äldre, som har mist sin fysiska styrka, sitt umgänge och kanske sin partner, som anses komma i fråga för dödshjälp enligt det kriteriet.

De flesta människor skulle nog instämma i att det är fullt förståeligt att som gammal och skröplig välja dödshjälp i stället för att invänta en dödlig sjukdom. Samtidigt är andra insatser bättre för att höja livskvalitén hos dessa äldre. Gränsdragningen mellan livsleda och psykisk ohälsa är heller inte knivskarp. Dödshjälp är mer motiverat i fall där personen lider av en svår sjukdom, eftersom döden då lindrar ett tydligt lidande och ändå hade inträffat snart. Det kan alltså finnas skäl att inta en avvaktande hållning inför att inkludera livsleda i dödshjälpkriterierna. I den svenska debatten om dödshjälp framhålls heller inte livsleda som ett legitimt skäl att vilja avsluta sitt liv.

### *Funktionshinder*

En del personer säger att de skulle vilja genomgå dödshjälp om de drabbades av en olycka eller sjukdom som permanent nedsätter fysiska och/eller psykiska förmågor. Till skillnad från allvarliga, progredierande sjukdomar är funktionsnedsättningar tillstånd som går att leva länge med. Människor har förmåga att anpassa sig efter nya situationer. Det går att uppskatta livet

---

<sup>84</sup> Söderberg Majanen (2015).

med funktionsnedsättning, även om det kan vara jobbigt till en början. Ett exempel är stroke, en vanlig orsak till funktionsnedsättning. Efter en stroke insjuknar nära hälften av patienterna i depression men de flesta obehandlade depressioner läker ut av sig själva inom ett till två år.<sup>85</sup> Även om det säkerligen finns människor som på grund av funktionsnedsättning vill dö av fri vilja, går det inte att säga att lidandet kommer att bli värre på ett sådant sätt att personen i framtiden inte kan komma att uppskatta livet. Detta talar för att det är viktigt att skilja på funktionsnedsättning och livshotande sjukdom i dödshjälpsdebatten.

## EN SVENSK MODELL FÖR DÖDSHJÄLP

### *Tillåt både assisterat döende och eutanasi*

Vissa länder tillåter endast assisterat döende, andra tillåter också eutanasi. Många svenska debattörer kan endast tänka sig att införa assisterat döende. Det finns flera skäl att föredra assisterat döende framför eutanasi – inte minst därför att patientens autonomi säkerställs och risken för missbruk minimeras.

Däremot finns det människor som i slutskedet av livet inte är förmögna att svälja vätska, det vanligaste tillvägagångssättet vid assisterat döende. För dem borde möjligheten att vårdpersonal utför den avgörande handlingen finnas. Vårdpersonalen ska då försäkra sig om ett sista samtycke och för att upprätthålla rättssäkerheten bör oberoende vittnen finnas med i slutskedet.

Gränslinjerna mellan vårdpersonalens och patientens aktiva deltagande i den sista handlingen är inte heller glasklara. Man kan tänka sig olika mellanformer, som att vårdpersonal håller muggen med den dödliga cocktailen till patientens mun medan hon sväljer själv. Eller att vårdpersonal bereder ett dödligt dropp, medan patientens aktiva handling består av att trycka på en knapp för att få in läkemedlen i blodet. Oavsett vilken form av dödshjälp som införs måste regelverket för vad personalen får göra vara tydligt.

Det är dock angeläget att proceduren kan utformas så att alla, även de som inte klarar av den gängse metoden att svälja vätska, kan välja att avsluta sina liv. Om eutanasi tillåts är det ändå eftersträvansvärt att patienten är så delaktig som möjligt. Kan patienten själv göra den avslutande handlingen bör hon göra det. Vid eutanasi är det också lämpligt om oberoende vittnen är med och observerar.

Ett motargument mot att patienten utför den sista handlingen är att vårdpersonal då distanserar sig från den händelse man är ansvarig för. Det är tänkbart, men inte troligt, att bedömningarna av vilka som ska få dödshjälp blir annorlunda om vårdpersonal inte är direkt involverade i själva utförandet. Värdet av att patienten, i möjligaste mån, konsoliderar samtycket genom att själv verkställa dödshjälpen ska dock inte underskattas.

Den som argumenterar för att införa assisterat döende får troligtvis bättre gehör än den som pläderar för eutanasi. Likväl kommer assisterat döende att exkludera vissa, ofta mycket sjuka, personer. Av humanitära skäl borde eutanasi då kunna vara ett alternativ. Det går att utforma ett system med hög rättssäkerhet, där oberoende vittnen försäkrar att personen ger ett sista samtycke.

### *Ingen sexmånadersgräns i lagen*

I Beneluxmodellen är patientens lidande det avgörande kriteriet för att erhålla dödshjälp, medan den terminala sjukdomen ställs i centrum i Oregonmodellen med sin sexmånadersregel.

---

<sup>85</sup> Landstinget i Uppsala län (2008).

Den kanadensiska lagstiftningen kan sägas vara en blandning av den nederländska och amerikanska: Här finns visserligen ett kriterium att patienten, förutom att lida, måste vara terminalt sjuk, men lagtexten specificerar inte vilken beräknad återstående livslängd patienten förväntas ha. I Kanada kan inte människor bli beviljade dödshjälp med enbart psykisk sjukdom som grund. Inte heller är personer som fötts med eller drabbats av funktionshinder aktuella för dödshjälp.

Eftersom den kanadensiska lagstiftningen är ny är det svårt att veta hur den fungerar i praktiken. En fördel jämfört med Oregonmodellen är dock att patient och läkare inte begränsas till en snäv, lagstadgad regel, utan hänsyn till individuella sjukdomsförlopp. Att de medicinska prognoserna om återstående livslängd är behäftade med måttlig osäkerhet är också ett argument mot att ange en specifik tidsgräns i lagen.

Lagen bör fastställa att patienten måste vara svårt och allvarligt sjuk, men inte avgöra exakt vilka kriterier, eventuella tidsgränser och diagnoser som bör vara uppfyllda för att bevilja dödshjälp. Sådana kan i stället utformas av en expertmyndighet, exempelvis Socialstyrelsen, som också bör inrätta särskilda kommittéer som ger råd eller beslutar i svåra fall. För att följa hur brukandet av dödshjälp utvecklas bör ett register med tillhörande forskningsresurser inrättas. Precis som i Oregon bör statistik över vilka som har beviljats och genomgått dödshjälp presenteras årligen.

#### *Begäran om dödshjälp ska vara frivillig, bestående och göras av beslutskompetenta personer*

Precis som i andra länder bör begäran om dödshjälp bara godkännas om den är bestående, frivillig och görs av beslutskompetenta personer. För att säkerställa att så sker bör två oberoende läkare komma fram till att patienten har rätt till dödshjälp. Vid de fall där patienten kan misstänkas lida av en psykisk sjukdom bör psykiatrisk expertis kopplas in, för att minimera sannolikheten att patienten vill dö på grund av ett botbart psykiskt tillstånd.

I både USA och Kanada ska patienten i normalfallet få minst 15 dagars betänketid. Nackdelen med ett sådant system är att patienter som har blivit så sjuka att de inte förmår uttrycka sin vilja inte kan genomgå dödshjälp. I boken *Du skall understundom dräpa* argumenterar Torbjörn Tännsjö för att läkare i sådana fall ska ha rätt att genomföra dödshjälp om man kan presumera att patienten önskar det.<sup>86</sup> Det är svårt att se hur ett system där läkare utför dödshjälp utan patientens samtycke ska få legitimitet som etiskt godtagbart. I stället bör frågan om dödshjälp tas upp med alla palliativa patienter innan sjukdomen har blivit så allvarlig att patienten inte förmår ta ställning. Så kallat livstestamente eller livsslutsdirektiv, som anger patientens inställning till olika medicinska insatser ifall patienten inte skulle vara beslutskapabel, bör upprättas oftare än i dag och inkludera patientens inställning till dödshjälp. Men personer som inte kan anses vara beslutskapabla, på grund av exempelvis en demenssjukdom, ska inte kunna bli beviljade en nytillkommen begäran om dödshjälp.

#### *Ingen samvetsfrihet, inför certifikat*

Många som vill införa dödshjälp vill se samvetsfrihet för läkare och annan vårdpersonal. Internationellt sett är det en vedertagen åsikt – dödshjälp kombineras ofta med samvetsfrihet för vårdpersonal som vill avstå.<sup>87</sup> I Kanada får läkare som kan tänka sig att genomföra aktiv dödshjälp skriva upp sig på en särskild lista.<sup>88</sup> Dödshjälpen blir på så vis mer en tilläggskompetens, snarare än en del av yrket man avstår från att göra. Det är en viktig skillnad som Sverige bör ta efter.

---

<sup>86</sup> Tännsjö (2001), sid 46–54.

<sup>87</sup> Teglund (2015).

<sup>88</sup> Hune-Brown (2017).

För det finns flera problem med samvetsfrihet. För det första öppnar vi för att den enskilda läkarens värderingar får styra vården, vilket strider mot rättvisepincipen. För det andra öppnar vi för samvetsfrihet på andra områden. Värdekonserverna abortmotståndare följer döds-hjälpsdebatten noga och menar att om samvetsfrihet införs för dödshjälp, borde det också införas för aborter. Bland annat jämför tidningen Dagens ledarskribent Elisabeth Sandlund samvetsklausul för abort med dödshjälp.<sup>89</sup> Hon har rätt i att det kommer bli svårt att motivera samvetsfrihet i det ena fallet men inte i det andra. I Sverige har vi valt att sätta patientens rätt till vård framför personalens rätt till arbetsuppgifter – varför skulle detta inte gälla dödshjälp?

Det kan dock tyckas rimligt att läkare som utbildat sig för att rädda liv inte tvingas att aktivt döda patienter. Och det finns andra starka argument för att alla läkare inte ska få utföra dödshjälp. Exempelvis känner sig en fjärdedel av de nederländska läkare som har behandlat en förfrågan om dödshjälp osäkra på om alla kriterier var uppfyllda.<sup>90</sup> Många känner sig även osäkra på att bedöma dödshjälpskriterier.<sup>91</sup>

Ett sätt att säkerställa kunskaperna hos de som utför dödshjälp är att införa ett särskilt certifikat med krav på relevant specialistkompetens och särskild utbildning i att bedöma och utföra dödshjälp. Eventuellt bör certifikatet förnyas med jämna mellanrum för att fortsätta vara giltigt. På det sättet blir dödshjälp ett tillägg till den vanliga läkarlegitimationen, vilket gör frågan om samvetsfrihet överflödigt. Att medvetet avsluta en patients liv är ett så stort beslut att ett särskilt certifikat är motiverat. En hel del andra läkarbeslut kräver särskild kompetens, exempelvis kan bara färdiga specialister i psykiatri fatta beslut om psykiatrisk tvångsvård. Dödshjälp är ett minst lika allvarligt och svårt avgörande.

Ett certifikatsystem, där läkarnas beslut noga kontrolleras och där deras bedömningsgrunder kan samstämmas, kan leda till att ”doctors shopping”, där patienterna vänder sig till den läkare som lättast beviljar dödshjälp, undviks. Det är dock önskvärt att de läkare som genomför dödshjälp har kvar en fot i den ordinarie vården – rekommendationen bör vara att certifierade läkare inte ägnar all sin arbetstid åt dödshjälp. För att säkerställa att alla som vill ha rätt till en dödshjälpsbedömning får det bör alla läkare åläggas att vid patientens önskemål skriva remiss till en certifierad läkare. För att ytterligare säkerställa att patienterna får rätt till bedömning bör patienterna också kunna skriva egenremisser. Nackdelen med ett certifikatsystem är att tillgången på läkare som kan utföra dödshjälp blir mindre. Men med tanke på att en tredjedel av läkarkåren är positiv till dödshjälp borde det finnas tillräckligt med läkare som är villiga att erhålla ett dödshjälpscertifikat för att säkerställa patienternas möjlighet till dödshjälp.

---

<sup>89</sup> Sandlund (2017).

<sup>90</sup> Buiting et al (2008).

<sup>91</sup> Hune-Brown (2017).

## AVSLUTNING

Inte ens när du är mycket sjuk, när medicinerna inte längre klarar av att lindra och när du aldrig mer kommer att kunna göra de där sakerna som gjorde livet värt att leva, får du välja att dö. I Sverige måste vi alla gå hädan på naturens sätt. Vad du själv tycker eller hur mycket du plågas spelar ingen roll.

Detta behöver förändras. Den som är för frihet livets alla andra dagar måste också ta strid för att friheten ska innefatta även den sista. Människor ska själva få bestämma över sina liv, och de ska också få besluta över sin död.

Dödshjälp har införts i en rad olika västländer. Lärdomarna från dem kan ligga till grund för en svensk lagstiftning. Erfarenheterna visar att farhågorna om dödshjälp inte har besannats – det går att utforma ett regelverk som tillåter sjuka människor att dö utan att friska personers liv avslutas i förtid.

Nu är en bra tid att dra igång det arbetet. De senaste åren har debatten om dödshjälp blivit allt hetare. Men trots att såväl många intellektuella som en majoritet av det svenska folket är positivt inställd till dödshjälp är Miljöpartiet det enda riksdagsparti som vill utreda frågan. Det duger inte. Här finns en historisk chans att göra Sverige mer frihetligt. Människor väntar på att få makt över sin död.

### *Tack*

Tack till Staffan Bergström, Staffan Danielsson, Gunnar Hagberg, Andreas Johansson Heinö, André Nilsson, Tomas Nilsson, Joakim Rönnbäck, Karin Svanborg-Sjövall, Barbro Westerholm och Linn Österlund. Extra stort tack till Jesper Ahlin.

## REFERENSER

- Battin, Margaret P, van der Heide, Agnes, Ganzini, Linda et al (2007), Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands : evidence concerning the impact on patients in "vulnerable" groups. *Journal of Medical Ethics*, Oct, 33(10), 591-597. Hämtad 2017-08-31, <10.1136/jme.2007.022335https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652799/>.
- BBC (2016), Belgium minor first to be granted euthanasia. *BBC*, 17 september. Hämtad 2017-08-30, <http://www.bbc.com/news/world-europe-37395286>.
- Bergström, Staffan, Cullberg, Johan, Gahrton, Gösta et al (2016), Utred självvalt livsslut. *Läkartidningen*, 113;D7LW. Hämtad 2017-08-29, <http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2016/08/Utred-sjalvvalt-livsslut/>.
- Bergström, Staffan, Koivunen Bylund, Tuulikki, Bråkenhielm, Carl Reinhold et al (2018), Upprop : frivillig dödshjälp är en medborgarfråga. *Dagens Samhälle* Debatt, 12 mars. Hämtad 2018-03-14, <https://www.dagensamhalle.se/debatt/upprop-frivillig-dodshjalp-ar-en-medborgarfraga-21085>.
- Bernheim, JL, Deschepper, R, Distelmans, W et al (2008), Development of palliative care and legalisation of euthanasia : antagonism or synergy?. *British Medical Journal*, 336(7649), 864-867.
- Boztas, Senay (2016), Netherlands sees sharp increase in people choosing euthanasia due to "mental health problems". *The Telegraph*, 11 maj. Hämtad 2017-08-30, <http://www.telegraph.co.uk/news/2016/05/11/netherlands-sees-sharp-increase-in-people-choosing-euthanasia-du/>.
- Brostrand, Kerstin (2005), Holländsk dödshjälp även till spädbarn. Sveriges Radio, 6 oktober. Hämtad 2017-08-30, <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=589856>.
- Buiting, HM, Gevers, JKM, Rietjens, JAC et al (2008), Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice : a physician perspective. *Journal of Medical Ethics*, 34;e12. Hämtad 2017-08-30, <http://jme.bmj.com/content/34/9/e12.long>.
- Chambaere, Kenneth, Vander Stichele, Robert, Mortier, Freddy et al (2015), Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. *New England Journal of Medicine*, 372, 1179-1181. DOI: 10.1056/NEJMc1414527. Hämtad 2017-08-31, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1414527#t=article>.
- Danielsson, Staffan (2017), riksdagsledamot Centerpartiet. 14 juli. Privat intervju
- Death with Dignity National Center, Death with Dignity Political Fund (uå). How to access and use death with dignity laws. *Death with Dignity*. Hämtad 2017-08-30, <https://www.deathwithdignity.org/learn/access/>.
- Delling, Hannes (2015), KD sågar MP-beslut om att utreda dödshjälp. *Svenska Dagbladet*, 15 juni. Hämtad 2017-08-29, <https://www.svd.se/kd-sagar-mp-beslut-om-att-utreda-dodshjalp>.
- Dierickx, Sigrid, Deliens, Luc, Cohen, Joachim, et al (2016), Euthanasia in Belgium : trends in reported cases between 2003 and 2013. *Canadian Medical Association Journal*, 12 september. DOI:10.1503/cmaj.160202. Hämtad 2017-08-30, <http://www.cmaj.ca/content/early/2016/09/12/cmaj.160202.full.pdf>.
- Drevinger, Joanna (2016), Barn fick dödshjälp efter slopad åldersgräns. *Svenska Dagbladet*, 17 september. Hämtad 2017-08-30, <https://www.svd.se/barn-fick-dodshjalp-efter-slopad-aldersgrans>.
- Eberhard, David (2015), Försiktighet hindrar oss från att vila i frid. *Göteborgs-Posten*, 25 juli.



- Hämtad 2017-08-30, <<http://www.gp.se/ledare/david-eberhard-f%C3%B6rsiktighet-hindrar-oss-fr%C3%A5n-att-vila-i-frid-1.118930>>.
- Edblom, Kristina (2010), Majoriteten för aktiv dödshjälp. *Aftonbladet*, 20 mars. Hämtad 2017-08-29, <<http://www.aftonbladet.se/nyheter/article12300898.ab>>.
- Edenbrant, Carl-Magnus (2013), Palliativ vård är livshjälp, inte dödshjälp. *Läkartidningen*, 110:CHYX. Hämtad 2017-08-29, <<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2013/10/Palliativ-var-d-ar-livshjalp-inte-dodshjalp/>>.
- Ejd, Maria (2017), Nu kartläggs dödshjälp. *Vårdfokus*, 3. Hämtad 2017-08-29, <<https://www.vardfokus.se/tidningen/2017/nr-3-2017-3/nu-kartlaggsdodshjalp/>>.
- Ekström, Anne-Berit & Luthman, Mikaela (2017), Hotet mot värdigheten. Claphaminstitutet. Hämtad 2018-03-14, <<http://www.claphaminstitutet.se/wp-content/uploads/2017/03/1-2017-L%C3%A4kass-sj%C3%A4lvmord-pdf.pdf>>.
- Embury-Dennis, Tom (2016), Man in the Netherlands euthanised due to his alcohol addiction. *Independent*, 29 november. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.independent.co.uk/news/world/europe/man-holland-netherlands-dutch-euthanised-alcohol-addiction-alcoholic-netherlands-a7446256.html>>.
- Engström, Ingemar & Eckerdal, Gunnar (2010), Tidsgräns för palliativ sedering behövs. *Läkartidningen*, 107(51-52), 3297. Hämtad 2017-08-29, <<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=15733>>.
- Flodin, Thomas (2007), Nej till läkarassisterat självmord! *Läkartidningen*, 104(32-33). Hämtad 2017-09-01, <[http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/7/7225/LKT0732S2215\\_2215.pdf](http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/7/7225/LKT0732S2215_2215.pdf)>.
- Forster, Katie (2016), Dutch consider extending assisted dying laws to those who "feel their life is complete". *Independent*, 13 oktober. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.independent.co.uk/news/world/europe/netherlands-euthanasia-assisted-suicide-life-complete-extended-dying-laws-edith-schippers-a7359226.html>>.
- Hippokrates (uå), Den Hippokratiska eden. Svenska Läkaresällskapet. Hämtad 2018-04-12, <<http://www.sls.se/etik/etiska-koder/den-hippokratiska-eden/>>.
- House of Commons of Canada (2016), *Bill C-14*, 14 april. Hämtad 2017-08-30, <<https://www.documentcloud.org/documents/2803276-C-14-Medical-assistance-in-dying.html>>.
- Hune-Brown, Nicholas (2017), How to end a life. *Toronto Life*, 23 maj. Hämtad 2017-08-31, <<https://torontolife.com/city/life/doctors-assist-suicide-like-end-life/>>.
- Isaksson, Rasmus & Johansson, Maria (2016), Riskabelt tillåta aktiv dödshjälp. *Dagens Nyheter Debatt*, 3 februari. Hämtad 2017-08-29, <<http://www.dn.se/debatt/repliker/riskabelt-tillata-aktiv-dodshjalp/>>.
- Jersild, PC (2013), i artikel av Abelin, Susanne, Ge hjälp att dö ökar förtroendet. *Vårdfokus*, 1. Hämtad 2017-08-29, <<https://www.vardfokus.se/tidningen/2013/nr-1-2013-1/ge-hjalp-att-do-okar-fortroendet/>>.
- Jersild, PC, Klein, Georg, Koivunen Bylund, Tuulikki et al (2016), Partierna duckar och vågar inte utreda frivillig dödshjälp. *Dagens Nyheter Debatt*, 30 januari. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.dn.se/debatt/partierna-duckar-och-vagar-inte-utreda-frivillig-dodshjalp/>>.
- Karolinska universitetssjukhuset (2016), Etik plattform för hälso- och sjukvården. Jessica Muñoz, 6 april.
- Koivisto, Maj-Lis (2017), Enighet i panelen : "Mer samtal om dödshjälp behövs". *Läkartidningen*, 114:ELXR. Hämtad 2017-08-31, <<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2017/03/Enighet-i-panelen-Mer-samtal-om-dodshjalp-behovs/>>.

- Landstinget i Uppsala län (2008), Omvårdnad och rehabilitering av patienter med stroke i C län, 1 januari. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.lul.se/Global/Extran%C3%A4t/V%C3%A5rdgivare/V%C3%A5rdprogram/V%C3%A5rdprogram%20Omv%C3%A5rdnad%20och%20rehabilitering%20av%20patienter%20med%20stroke%20i%20C-1%C3%A4n.pdf>>.
- Lindblad, Anna, Löfmark, Rurik & Lynöe, Niels (2009), Would physician-assisted suicide jeopardize trust in the medical services? : an empirical study of attitudes among the general public in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 260–264. DOI:<https://doi.org/10.1177/1403494808098918>. Hämtad 2017-08-29, <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494808098918>>.
- Lindgren, Stefan & Sandlund, Mikael (2017), Assisterat döende en fråga för medborgarna. *Svenska Dagbladet*, 1 februari. Hämtad 2017-08-30, <<https://www.svd.se/assisterat-doende-en-fraga-for-medborgarna>>.
- Luthman, Mikaela & Ekström, Anne-Berit (2017), Hotet mot värdigheten. Claphaminstitutet, Rapport 1. Hämtad 2017-09-01, <<http://www.claphaminstitutet.se/wp-content/uploads/2017/03/1-2017-L%C3%A4kass-sj%C3%A4vmord-pdf.pdf>>.
- Läkemedelsverket (2010), *Smärtlindring i livets slutskede : ny rekommendation*. Information från Läkemedelsverket, 6, 22–24. Hämtad 2017-08-29, <[https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation\\_sm%C3%A4rtlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Rekommendation_sm%C3%A4rtlindring%20i%20livets%20slutskede.pdf)>.
- Lövtrup, Michael (2009), Myter får vika för fakta när dödshjälp sätts under lupp. *Läkartidningen*, 106(15–16), 1076–1080. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11813>>.
- Möller, Jens (2012), Klinik för dödshjälp öppnas i Nederländerna. *Sveriges Radio*, 29 februari. Hämtad 2017-08-30, <<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=4989580>>.
- Nilsson, Stefan & Öhlén, Joakim (2017), Alla har rätt till ett värdigt slut på livet. *Svenska Dagbladet*, 2 april. Hämtad 2017-08-29, <<https://www.svd.se/alla-har-ratt-till-ett-vardigt-slut-pa-livet>>.
- Norberlie, Harald (2015), Sverige måste våga utreda frågan om frivillig dödshjälp. *Dagens Nyheter* Debatt, 2 augusti. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.dn.se/debatt/sverige-maste-vaga-utreda-fragan-om-frivillig-dodshjalp/>>.
- Oregon Health Authority (2017), *Oregon Death with Dignity Act: data summary 2016*. Public Health Division, Center for Health Statistics, 10 februari. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year19.pdf>>.
- Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.regeringen.se/49bbde/contentassets/e6210d374d4642328badd71f64ca9846/en-fornyad-folkhalsopolitik-prop.-200708110>>.
- Rätten till en värdig död (2016), *Att bestämma själv..* Stockholm: Riksföreningen rätten till en värdig död.
- Rätten till en värdig död (uå). *Världen runt om oss*. Stockholm: Riksföreningen Rätten till en värdig död. Hämtad 2017-08-29, <<http://www.rtv.dn.se/omvaerlden/>>.
- Sandlund, Elisabeth (2017), Samvetsfrihet mer än en abortfråga. *Dagen*, 25 januari. Hämtad 2018-03-10, <<http://www.dagen.se/ledare/elisabeth-sandlund-samvetsfrihet-mer-an-en-abortfraga-1.916923>>.
- Sangregorio, Inga-Lisa (2016), *Den sista friheten*. Stockholm: Fri tanke.

- Schadenberg, Alex (2016), *Switzerland : 26 % increase in assisted suicide deaths*. National right to life, 6 december. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.nationalrighttolife-news.org/news/2016/12/switzerland-26-increase-in-assisted-suicide-deaths/#.WaaYvCOLReO>>.
- Socialstyrelsen (2016), *Palliativ vård i livets slutskede : sammanfattning med förbättringsområden : nationella riktlinjer – utvärdering 2016*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens medicinsk-etiska råd (2017a), *Dödshjälp : en kunskapssammanställning*. Smer rapport 2017:2. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd, november. Hämtad 2017-12-30, <<http://www.smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-D%C3%B6dshj%C3%A4lp-En-kunskapssammanst%C3%A4llning.pdf>>.
- Statens medicinsk-etiska råd (2017b), Smers etiksamtal under almedalsveckan : dödshjälp – hur kommer vi vidare i debatten? Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd, 3 juli. Hämtad 2017-08-31, <<http://www.smer.se/nyheter/smers-etiksamtal-under-almedalsveckan-dodshjalp-hur-kommer-vi-vidare-i-debatten/>>.
- Stensmyren, Heidi (2015), Satsa på palliativ vård – inte dödshjälp. *Läkartidningen*, 112:DP7R. Hämtad 2017-08-29, <<http://www.lakartidningen.se/Opinion/Signerat/2015/10/Satsa-pa-palliativ-vard--inte-dodshjalp-Satsa-pa-palliativ-vard--inte-dodshjalp-/>>.
- Svenska Läkaresällskapet (2010), Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede. Svenska Läkaresällskapet, delegationen för medicinsk etik, Riktlinjer 24 augusti. Hämtad 2017-08-29, <<http://www.sls.se/PageFiles/225/000012134.pdf>>.
- SWI swissinfo.ch (2016), *Assisted suicides increase in Switzerland*. Swiss Broadcasting Corporation, SWI swissinfo.ch, 11 oktober. Hämtad 2017-08-30, <<http://www.swissinfo.ch/eng/latest-statistics-assisted-suicides-increase-in-switzerland/42508452>>.
- Söderberg Majanen, Emma (2015), Dödshjälp är en frihetsfråga. *Liberal Debatt*, nr 1.
- Teglund, Samuel (2015), Omöjligt införa dödshjälp utan samvetsfrihet. *Världen idag*, 6 juli. Hämtad 2017-08-29, <<http://www.varldenidag.se/nyheter/omojligt-infora-dodshjalp-utan-samvetsfrihet/cbbogf!4znp93yqB9aisi@OsXig/>>.
- Tännsjö, Torbjörn (2001), *Du skall understundom dräpa*. Stockholm: Prisma.
- Tännsjö, Torbjörn (2011), Vi bör inte frukta dödshjälp. *Sans*, nr 3. Hämtad 2017-08-30, <<http://fritanke.se/vi-bor-inte-frukta-aktiv-dodshjalp/>>.
- Vårdanalys (2016), *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*. PM 2016:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 18 november. Hämtad 2017-08-29, <<https://www.vardanalys.se/wp-content/uploads/2017/12/Vården-ur-befolkningens-perspektiv-2016-en-jämförelse-mellan-Sverige-och-tio-andra-länder.pdf>>.
- Weilenmann, Leni (2017), En chans att klättra. *Vårdfokus*, 2. Hämtad 2017-09-01, <<https://www.vardfokus.se/tidningen/2015/nr-2-2015-2/en-chans-att-klattra/>>.
- Westerholm, Barbro (2017), riksdagsledamot Liberalerna. Privat intervju.
- Zenou, Tina (2017), Delstat i Australien inför aktiv dödshjälp. *Dagens Nyheter*, 29 november. Hämtad 2018-03-14, <<https://www.dn.se/nyheter/varlden/delstat-i-australien-infor-aktiv-dodshjalp/>>