

Hotet mot värdigheten

En genomgång av konsekvenserna av läkarassisterat självmord, med särskilt fokus på Oregonmodellen



Mikaela Luthman
Anne-Berit Ekström



CLAPHAMINSTITUTET

Rapport 1:2017

Innehåll

Förklaringar	2
Förord	3
1 Inledning	4
1.1 Bakgrund och syfte	4
1.2 Definitioner	4
2 Problematiserande analys av Oregonmodellens tillvägagångssätt	5
2.1 Inledning	5
2.2 Oregonmodellens sju kriterier	6
2.2.1 Muntlig begäran	6
2.2.2 Skriftlig begäran	6
2.2.3 Bekräftad diagnos och prognos	6
2.2.4 Bedömning av beslutskapabilitet	7
2.2.5 Psykiatrisk undersökning vid misstanke om bristande beslutskapacitet	9
2.2.6 Information om alternativ till dödshjälp	9
2.2.7 Patienten ska rådask att berätta för en nära släkting	10
2.3 Slutsats	11
3 Oregonmodellen i offentlig debatt	12
3.1 Hur framställs Oregonmodellen av förespråkarna?	12
3.2 Hur framställs modellen av motståndarna?	13
3.3 Sammanfattning	14
4 En analys av Oregonmodellens risker och konsekvenser	14
4.1 Risker med Oregonmodellen	15
4.1.1 Brist på transparens	15
4.1.2 "Doctor-shopping"	16
4.1.3 Utnyttjande och övergrepp på äldre personer och funktionshindrade	17
4.1.4 Alltför starkt skydd för läkare	18
4.1.5 Problem och komplikationer under genomförandet av assisterat självmord	19
4.2 "Det sluttande planet"	21
4.2.1 Risken för att målgruppen ständigt utvidgas	21
4.2.2 Det ekonomiska incitamentet	24
4.2.3 Hotet mot redan utsatta	25
4.3 Den etiska aspekten av läkares uppdrag visavi assisterat självmord	27
4.4 Slutsats	30
5 Avslutande kommentar	31
Källförteckning	32

Förklaringar

Använda förkortningar i rapporten

C & C – Compassion and Choices

CBC – The Center for Bioethics and Culture Network

DHS – Department of Human Services

DREDF – Disability Rights Education & Defense Fund

DWDA – Oregon's Death With Dignity Act

ODHS – Oregon Department of Human Services

OPHD – Oregon Health Division

PCCEF – Physicians for Compassionate Care

RTVD – Rätten till en värdig död

SMER – Statens medicinsk-etiska råd

Hotet mot värdigheten Rapport 1:2017

© Claphaminstitutet 2017

Produktion ADD Reklambyrå AB

ISBN 978-91-88163-09-7

Tryck: Stema Print, Forserum 2017

www.claphaminstitutet.se

info@clapham.se

Bild förstasidan: Pascal Broze/ Reporters/ Science Photo Library / UIG

Om rapportförfattarna

Mikaela Luthman är överläkare för palliativ vård på Stockholms sjukhem

Anne-Berit Ekström är med dr och chefläkare för habilitering och hälsa i

Västra Götalands region

Förord

Frågan om dödshjälp tycks ha en förmåga att ständigt ta sig tillbaka in i debatten igen, oavsett hur många gånger ministrar och partier avvisar kraven på att sjukvården ska införa en procedur där man medverkar till att patienter dödas. Kanske är det ett symptom på vår tid med dess krav på total autonomi för individen.

Att införa en dödens kultur i sjukvården är dock en gräns som aldrig får passeras. Konsekvenserna av dödshjälpslagarna i Holland och Belgien förskräcker. Det har gjort att dödshjälpförespråkarna numera inte längre lyfter fram dessa länder som positiva exempel. Idag framförs istället kraven på att införa läkarassisterat självmord enligt den modell som finns i exempelvis Oregon. Dessa krav är ett steg i en oroande utveckling att fullt ut legitimera dödshjälp. Att öppna dörren för dödshjälp, om så än bara på glänt, är att öppna en Pandoras ask, där det blir närmast omöjligt att överblicka konsekvenserna. Denna rapport lyfter på punkt efter punkt fram de allvarliga effekter som blivit resultatet på de platser som praktiserat dödshjälp enligt Oregonmodellen. Detta är fakta som sällan eller aldrig lyfts fram i den svenska debatten.

Vi hoppas därför att denna rapport ska få bli ett värdefullt verktyg för ämnesintresserade och beslutsfattare, och ett stöd i att hålla fast vid den vårdetik som rått ända sedan läkekonstens fader Hippokrates dagar, där sjukvårdens uppdrag är att om möjligt bota, försöka lindra och alltid trösta - men aldrig ge någon ett dödligt gift, även om patienten ber en om det.

Denna rapport vill lyfta fram att utveckling och utbyggnad av den palliativa vården är ett mycket bättre alternativ för att uppnå så god livskvalitet som möjligt i livets slutskede. Med en god palliativ vård kan den värdighet vi alla önskar ska präglade vår sista tid i livet både bevaras och utvecklas.

Stockholm, mars 2017

**Redaktionsgruppen, bestående av
Per Ewert, Fabian Ståhle & Elisabeth Rumar**

1 Inledning

1.1 Bakgrund och syfte

Diskussionen om så kallad dödshjälp fortsätter att vara kontroversiell i Sverige. En metod för läkarassisterat självmord som förespråkas är den så kallade Oregon-metoden, som ofta framställs som oproblematiske. Riksförbundet Rätten Till en Värdig Död (RTVD) framställer i sin promemoria *Att bestämma själv – rätten till en värdig död* "dödshjälp" som ett uttryck för ökat självbestämmande. Föreningen utmålar arbetet för legalisering och införande av läkarassisterat självmord som något eftersträvansvärt.¹ De positiva orden om Oregonmodellen skulle kunna antas stämma om man bara tittar på den officiella bilden som Oregons hälsovårdsmyndighet och dödshjälpsförespråkande organisationer vill ge. Det finns dock betydande etiska problem med alla typer av "dödshjälp", även läkarassisterat självmord.

En undersökning bland 1 200 slumpvis utvalda stockholmare visade att hela 73 procent var positiva till läkarassisterat självmord, medan 12 procent var emot. Av 1 200 tillfrågade läkare inom sex olika specialiteter var 34 procent positiva till läkarassisterat självmord, medan 39 procent var emot. De yngre läkarna var mer negativa än de äldre.²

Thomas Flodin, tidigare ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd (EAR) skrev i en artikel att principen att läkare inte bör bidra till sina patienters död är en av de äldsta etiska reglerna och formulerades av Hippokrates som att: "jag skall icke ge någon gift, ens på begäran, eller råda någon att använda sådant." Flodin påpekade också att WMA (World Medical Association), som förvaltar och utvecklar läkarkårens etiska regelverk, tar bestämt avstånd från både eutanasi och läkarassisterat självmord.³

I denna rapport redovisas några problem som föreligger vid läkarassisterat självmord. Såväl de juridiska, etiska och praktiska aspekterna behandlas för att ge en mer nyanserad bild av de frågeställningar som uppkommer angående läkarassisterat självmord. Rapporten syftar till att lyfta fram de praktiska och etiska problem som uppkommer med införande av läkarassisterat självmord enligt Oregonmodellen, samt de risker som visat sig vid modellens tillämpning.

1.2 Definitioner

Oregonmodellen betecknar den typ av läkarassisterat självmord som först infördes i den amerikanska delstaten Oregon och som numera ofta förespråkas i debatten om dödshjälp.

1 Se Rätten Till en Värdig Död (RTVD), *Att bestämma själv – rätten till en värdig död*

2 Michael Lövtrup, *Läkarna tvekar om dödshjälp*, <http://fof.se/node/41520/lakarna-tvekar-om-dodshjalp>

3 Thomas Flodin, *Nej till läkarassisterat självmord!* http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/7/7225/LKT0732s2215_2215.pdf

I denna rapport, som framför allt tar sikte på Oregonmodellen, används främst beteckningen *läkarassisterat självmord* för att beskriva företeelsen på ett precist sätt. Den i dagligt tal vanligen använda termen *dödshjälp* för att beteckna Oregonmodellens praxis undviks, dels för att den innefattar en vidare betydelse än just läkarassisterat självmord, dels eftersom användningen av ordet "hjälp" ger en positiv klang till en handling som starkt kan ifrågasättas vara en positiv gärning. *Läkarassisterat självmord* är en lättbegriplig och korrekt definition av handlingen som inte lovar mer eller mindre än vad som är fallet i praktiken.

Termer som *självvalt livsslut* är liksom *dödshjälp* en oprecis beskrivning och kan dessutom ses som förskönande av handlingen i fråga. Termen används dock av Statens medicinsk-etiska råd (SMER), som är ett av regeringen tillsatt organ som har till uppgift att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv.⁴ Det kan ifrågasättas varför ett statligt organ använder denna oprecisa och förskönande terminologi. Detta är en terminologi som ofta används av förespråkare av *dödshjälp*, som motsätter sig termen *läkarassisterat självmord*. Organisationen Compassion & Choices (C & C) som argumenterar för *dödshjälp* menar att *medicinsk dödshjälp* är den korrekta och mest neutrala termen för det som av förespråkarna kallas *death with dignity* och av motståndarna kallas *assisterat självmord*. Vidare anför C & C att termen *assisterat självmord* är stötande och sårande för dödligt sjuka, eftersom dessa personer egentligen vill leva.⁵ C & C:s resonemang kan ifrågasättas på ett flertal punkter. Organisationens påpekande ändrar dock inte det faktum att innebörden i Oregonmodellen i sak verkligen är självmord med läkares hjälp.

Eutanasi innebär att en läkare ger patienten en dödlig injektion. *Eutanasi* förekommer bland annat i Nederländerna, Belgien och Schweiz.

2 Problematiserande analys av Oregonmodellens tillvägagångssätt

2.1 Inledning

C & C definierar "death with dignity" (värdig död) som frihet att dö i frid och i kontroll. "Death with dignity" är också namnet på amerikanska lagar om assisterat självmord, Oregons lag heter *Oregon Death With Dignity Act*.⁶ Att kalla assisterat självmord för en värdig död, i frid och i kontroll är ett romantiserande ordval för en företeelse som ofta inte är fridfull och kontrollerad. Att

4 Statens medicinsk-etiska råd, *Om Smer*, <http://www.smer.se/om-smer/>

5 Compassion & Choices, *Medical Aid in Dying is Not Assisted Suicide*, <https://www.compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2016/07/FS-Medical-Aid-in-Dying-is-Not-Assisted-Suicide-FINAL-11.22.16-Approved-for-Public-Distribution.pdf>

6 Compassion & Choices, *End-of-life care: Commonly Used Terms*, <https://www.compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2016/02/FS-End-of-Life-Care-Commonly-Used-Terms-FINAL-2.2.16-Approved-for-Public-Distribution-1.pdf>

själv mord på något sätt skulle vara en värdig död kan också ifrågasättas starkt. Lagens namn lägger en dimridå framför de risker som är förknippade med assisterat självmord och de tänkbara samhällseliga konsekvenserna. Oregons hälsovårdsmyndighet har ställt upp sju kriterier för genomförandet av läkarassisterat självmord under den så kallade "Death with Dignity Act".⁷ Dessa sju kriterier återges och analyseras nedan.

2.2 Oregonmodellens sju kriterier

2.2.1 Muntlig begäran

Det första kriteriet innebär att patienten muntligen måste begära dödshjälp av sin läkare vid två tillfällen. Mellan dessa tillfällen ska det gå åtminstone 15 dagar.⁸ Förespråkare för assisterat självmord beskriver detta som ett samtal mellan patienter och en betrodd läkare som de har haft kontakt med under en längre tid. Så är dock inte alltid fallet, i vissa rapporterade fall av läkarassisterat självmord har läkare skrivit ut en dödlig dos läkemedel för patienter som de har känt i mindre än en vecka.⁹

2.2.2 Skriftlig begäran

Enligt det andra kriteriet ska patienten förse sin läkare med en skriftlig begäran, som ska vara undertecknad i närvaro av två vittnen. Av dessa ska åtminstone ett vittne inte vara en släkting till patienten och inte heller en person som på något sätt vid tidpunkten för undertecknandet av förfrågan har rätt att ärva patienten.¹⁰ Det faktum att det ena vittnet kan vara en arvinge till patienten innebär att det inte finns något skydd mot vittnens egenintresse eftersom det andra vittnet mycket väl kan vara en vän till arvingen.

2.2.3 Bekräftad diagnos och prognos

Därtill ska enligt det tredje kriteriet både patientens läkare och en konsulterad läkare bekräfta patientens diagnos och prognos (det vill säga att patienten förväntas ha sex månaders återstående livstid).¹¹ Golden och Zoanni påpekar att det är mycket vanligt att medicinska prognoser om en kort förväntad livstid är fel. Studier har visat att endast cancerpatienter visar en förutsägbar försämring, och även i dessa fall handlar det om de sista veckorna av livet. När det gäller andra diagnoser än cancer är framtidsprognoser opålitliga.¹²

7 Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act* <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year8.pdf>

8 Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act* <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year8.pdf>

9 Hendin och Kamisar, *Brief Amicus Curiae of International Task Force on Euthanasia & Assisted Suicide*, Herbert Hendin, MD and professor Yale Kamisar in support of defendants-appellant, s 14-15, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/Amicus-brief-Baxter-FROM-ITF.pdf>

10 Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act*, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year8.pdf>

11 Ibid.

12 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 21. Se not 11 för mer ingående information.

Enligt Golden och Zoanni baseras prognosen om den förväntade livslängden på ett statistiskt medelvärde och säger därför ingenting om den enskilde patienten. Döden kan komma tidigare, men patienten kan också överleva prognosen och ha många meningsfulla år framför sig. Golden och Zoanni menar att sexmånadersprognoser är speciellt farliga för personer som har nya skador eller progressiva sjukdomsförlopp. Dessa kan ofta bli felaktigt diagnostiserade som döende, men kan i många fall överleva prognosen med år och ibland decennier. Vidare anför Golden och Zoanni att det är känt att personer som nyligen drabbats av funktionsnedsättning ofta går igenom en inledande fas med förtvivlan och självmordstankar, men senare anpassar sig till sina nya begränsningar och kan känna en stor tillfredsställelse med livet. Denna anpassning tar dock som regel betydligt längre tid än den 15 dagars betänketid som regelverket i Oregon förskriver. I det första stadiet, innan man har förstått hur bra livet ändå kan bli, är det alltför lätt att göra sitt sista och oåterkalleliga beslut enligt Oregonmodellens regler.¹³

2.2.4 Bedömning av beslutskapabilitet

Det fjärde kriteriet innebär att patientens läkare och en konsulterad läkare måste bedöma om patienten är kapabel att fatta och kommunicera egna beslut om sin sjukvård.¹⁴ Hendin och Foley menar att alla patienter som ber om självmord behöver en psykiatrisk undersökning för att avgöra om de är allvarligt deprimerade, mentalt inkompetenta, eller av någon anledning inte uppfyller kriterierna för läkarassisterat självmord. Oregons lag kräver däremot inte en sådan undersökning för patienter som efterfrågar läkarassisterat självmord. Många patienter som ber om assisterat självmord gör det på grund av fruktan för vad som kommer att hända med dem. Sådan fruktan grundar sig ofta enligt Hendin och Foley på patientens tidigare erfarenheter av någon närståendes död, och en genomgång av sådana händelser borde vara en del av varje läkares utvärdering av en förfrågan om läkarassisterat självmord. Utvärderingen borde också reflektera en medvetenhet om riskfaktorer för självmord, exempelvis alkoholism, tidigare symptom eller diagnos på depression, och självklart eventuella tidigare självmordsförsök.¹⁵

Organisationerna *The Association of Northern California Oncologists* och *the Medical Oncology Association of Southern California* betonar att de flesta patienter som efterfrågar läkarassisterat självmord eller eutanasi inte gör det på grund av fysiska symptom såsom smärta eller illamående. Istället är det depression, psykologiskt lidande och rädsla för att förlora kontroll som iden-

13 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 21.

14 Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act*, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year8.pdf>

15 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1621

tifieras som de avgörande livsslutsfrågorna. Detta har visats i otaliga studier och rapporter.¹⁶

Exempelvis visar en kanadensisk undersökning av 10 allvarligt sjuka cancerpatienter i ett palliativt vårdprogram ingen korrelation mellan fysiska smärtsymptom, illamående eller brist på aptit och patientens uttryckta önskan om eller stöd för eutanasi och läkarassisterat självmord. Vidare visar samma studie att det var mycket mer troligt att patienter som hade suicidala tankar led av depression eller ångest, men inte av kroppsliga symptom som smärta. En studie från Nederländerna med 138 cancerpatienter som hade en förväntad livslängd på tre månader eller mindre visade liknande resultat som den från Kanada. I den nederländska studien var upphovsmännens hypotes att patienter som efterfrågar eutanasi sannolikt inte har en depressiv sinnesstämning, eftersom det kunde förväntas att en sådan förfrågan skulle vara ett välgenomtänkt beslut, framför allt eftersom eutanasi har varit lagligt i Nederländerna sedan 2002. Författarna förväntade sig att dessa patienter skulle ha accepterat sin dödliga diagnos och därför anpassat sig bättre. Deras fynd förvånade dem – det var fyra gånger vanligare att deprimerade patienter efterfrågade eutanasi än patienter som inte var deprimerade. Av dem som efterfrågade eutanasi var ungefär hälften deprimerade.¹⁷

Enligt Hendin och Foley är personer som försöker begå självmord vanligen ambivalenta inför döden och detta gäller även patienter som efterfrågar läkarassisterat självmord. Läkare som är ovana vid att ha att göra med självmordsbenägna patienter tenderar att inte märka denna ambivalens. Det är därför sannolikt att läkarna tar patientens förfrågan om att dö bokstavigt.¹⁸ Tillgänglig information visar att när assisterat självmord är lagligt används det i de flesta fall inte av personer som agerar på grund av aktuell smärta eller annat obehag, utan att de flesta gör det på grund av depression eller andra former av psykiskt lidande.¹⁹

Personer med depression kan lagligen få dödliga läkemedel i Oregon, eftersom de tekniskt sett är berättigade till det, så länge de bedöms vara "kompetenta i lagens mening". Denna skrivning innebär att de inte lider av en psykiatrisk/psykisk sjukdom eller depression som *påverkar deras omdöme*. Påståendet att en patient med depression i lagens mening kan anses vara kompetent att fatta ett beslut om att avsluta sitt liv, enbart för att depressionen inte anses påverka hans eller hennes lagliga kompetens, avviker från majoriteten av psykiatrikers åsikter. De flesta av dessa anser att närvaron av en depressionssjukdom automatiskt borde resultera i en bedömning av att

16 Association of Northern California Oncologists och Medical Oncology Association of Southern California, *Position Statement on Physician-Assisted Suicide and Opposition to AB 374*, s 1-2, [https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20\(Berg\).pdf](https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20(Berg).pdf).

17 Ibid.

18 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1622

19 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 23

personen är inkompetent att fatta beslut om läkarassisterat självmord. Att reducera den psykiatriska rådgivningen till en fråga om kompetens ignorerar alla andra psykologiska faktorer som spelar in i förfrågan av läkarassisterat självmord, menar Golden och Zoanni.²⁰

2.2.5 Psykiatrisk undersökning vid misstanke om bristande beslutskapacitet

Om någon av läkarna bedömer att patientens omdöme är försvagat av en psykisk sjukdom (som exempelvis depression) ska patienten hänvisas till en psykiatrisk undersökning enligt det femte kriteriet.²¹ Enligt lagen måste en vidarehänvisning av en deprimerad eller psykiskt sjuk patient endast göras om läkaren tror att depressionen eller den psykiska sjukdomen påverkar patientens omdöme negativt. Förvånansvärt få fall har under åren vidarehänvisats för en psykiatrisk undersökning; under 2015 remitterades endast fem av 218 personer.²² Sedan 2000 har inte heller fler än fem patienter per år vidareremitterats för en sådan undersökning.²³ När en psykiatrisk utvärdering väl görs kan det enligt Hendin och Kamisar vara mer i syfte att skydda läkaren än för att skydda patienten. Det finns dessutom inget sätt att veta om utvärderingen når upp till något mått av professionalitet eftersom den enda informationen om sådana utvärderingar har kommit från medias intervjuer med läkare eller familjemedlemmar som går med på att diskutera ett läkarassisterat självmord.²⁴

Ett exempel på hur och varför psykologiska undersökningar kan ske i praktiken är fallet Joan Lucas. Efter att flera läkare hade nekat henne läkarassisterat självmord hittades till slut en villig sådan. Läkaren bad Lucas att genomgå ett psykologiskt test. Utan att den anlidade psykologen hade träffat henne personligen över huvud taget, avgjorde denne utifrån hennes rapporterade svar på ett test (som innehöll frågor som exempelvis hur hennes sexliv var och hur många gånger hon hade varit på ett tidskriftsomslag) att Joan Lucas omdöme inte var negativt påverkat. En dödlig dos skrevs ut och Lucas dog kort därefter. I en senare intervju berättade läkaren som skrivit ut dosen att han valde att be om en psykologisk utvärdering eftersom han ville skydda sig själv.²⁵

2.2.6 Information om alternativ till dödshjälp

Det sjätte kriteriet innebär att patientens läkare ska informera patienten om möjliga alternativ till dödshjälp, såsom hospice-vård och smärtlindring. Läka-

20 Ibid.

21 Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act*, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year8.pdf>

22 Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Oregon Death With Dignity Act: 2015 Data Summary*, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf>

23 Se OPHD:s årliga rapporter.

24 Hendin och Kamisar, *Brief Amicus Curiae of International Task Force on Euthanasia & Assisted Suicide*, Herbert Hendin, MD and professor Yale Kamisar in support of defendants-appellant, s 12-13 <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/Amicus-brief-Baxter-FROM-ITF.pdf>

25 Ibid.

ren måste däremot inte vara kunnig i att lindra fysisk eller psykisk smärta hos dödligt sjuka patienter. Utan sådan kunskap kan läkaren enligt Hendin och Foley inte presentera alternativa möjligheter på ett tillfredsställande sätt och därmed inte heller göra dem verkligt tillgängliga.²⁶ När läkaren saknar sådan kunskap är han eller hon inte ålagd att vidarebefordra patienten till en läkare med expertis inom området.

Som en illustration på skillnaden mellan en patient som träffar en läkare med erfarenhet i palliativvård hänvisar Hendin och Foley till berättelsen om en läkare som praktiserade i Oregon. En patient ville få dödligt läkemedel utskrivet i det fall hennes smärta skulle bli outhärdlig. Före samtalet med läkaren hade patienten försökt förringa sin smärta. I samtalet med läkaren kunde de tillsammans arbeta för att kontrollera hennes smärta bättre, efter vilket patienten tappade sin längtan efter assisterat självmord. Hon dog lugnt och naturligt två månader senare.²⁷

Försöken att utbilda läkare verkar dock ha effekt både i USA och i Nederländerna. Ju mer läkare vet om palliativvård desto färre av dem föredrar assisterat självmord. Ju mindre de vet om palliativvård, desto mer benägna är de att assistera vid självmord. Det finns numera rapporter från vissa holländska läkare som tidigare har utfört eutanasi där de uttrycker att om de hade vetat vad de vet nu skulle de ha behandlat sina patienter på ett annat sätt.²⁸

2.2.7 Patienten ska rådask att berätta för en nära släkting

Det sjunde och sista kriteriet innebär att patientens läkare ska be, men inte begära, att patienten upplyser sin närmaste släkting om sin begäran om dödshjälp. Hendin och Foley framhåller att om patientens anhöriga inte informeras innan det assisterade självmordet kan detta hindra familjen från att uttrycka sin tillgivenhet på sådant sätt att det skulle kunna ändra patientens beslut. Samtidigt menar Hendin och Foley att det är svårt för en läkare att vara säker på att det inte förekommer tvång i de fall familjen vet om att patienten efterfrågat läkarassisterat självmord, när läkaren inte har mött familjen och sett samspelet mellan dem och patienten.²⁹

Utöver de ovan behandlade kriterierna kan patienten återkalla sin begäran när som helst och på vilket sätt som helst. Läkaren ska också erbjuda patienten möjlighet att återkalla sin begäran då den angivna 15-dagarsperioden är avslutad. Slutligen ska läkaren rapportera all förskrivning av dödsbringande läkemedel till Oregons hälsovårdsmyndighet Oregon Public Health Division (OPHD) som är en del av Oregon Department of Human Service (DHS). Apotekarna ska också informeras om det förskrivna läkemedlets slutliga använd-

26 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1615-1616

27 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1619

28 A a s 1635

29 A a s 1626

ning. När väl medlet är utskrivet är det patienten själv som förvaltar det. Det finns inga regler om att en läkare ska vara närvarande när patienten tar giften.³⁰

I lagen anges under rubriken *Attending physician responsibilities* också att läkaren ska, för att säkerställa att patienten fattar ett informerat beslut, informera denne om bland annat de potentiella risker som är kopplade till att inta medicinen, samt det troliga resultatet av att inta den.³¹ Att tala om ett humant och värdigt sätt att avsluta livet låter betydligt trevligare än de rapporter som visar att patienten exempelvis riskerar att kräkas och krampa.³² Eftersom rapporteringen kring praxis vid assisterat självmord är mer eller mindre obefintlig är det svårt att säkerställa att detta görs på korrekt sätt. Med utgångspunkt från de formuleringar som nämns kring assisterat självmord, "humant och värdigt livsslut" finns risken för att de mindre trevliga sidorna inte lyfts fram tillräckligt tydligt för att kunna hävda att patienten fattar ett informerat beslut.

Som DREDF påpekar bygger argumentationen för läkarassisterat självmord ofta på anekdoter om människor som lidit mycket under perioden före deras död.³³ Majoriteten av dessa anekdoter beskriver dock antingen situationer där lagliga alternativ redan finns (exempelvis att vägra behandling och samtidigt få smärtlindring, om en patient i livets slutskede upplever ett outhärdligt lidande kan sjukvården erbjuda patienten att få sova till dess patienten avlider, så kallad palliativ sedering³⁴) eller situationer där personen inte skulle uppfylla kriterierna för läkarassisterat självmord.

2.3 Slutsats

Oregonmodellen är mycket bristfällig när det handlar om att skydda patienter. Det som framstår som betryggande säkerhetsmekanismer visar sig vid en närmare undersökning mestadels vara tomma ord som lätt kringgås om viljan finns. Särskilt beklämmande är det bristfälliga, för att inte säga obefintliga, skydd som finns för patienter som lider av depression och andra psykiska åkommor. De läkare som utfärdar recepten på dödliga läkemedel är ofta okunniga i både palliativ vård och depressionssjukdomar och har därför svårt att hjälpa de sökande till alternativa lösningar. Det är skrämmande att föreställa sig att skillnaden mellan liv och död kan avgöras av vilken läkare

30 Oregon Public Health Division, *FAQs about the Death with Dignity Act*, s 3, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/faqs.pdf>. Lagtexten hittas på <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx>

31 Oregon Revised Statute, chapter 127, 127.815 s.3.01. *Attending physician responsibilities*, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx>

32 PRC, *Problems Associated with Assisted Suicide*, <http://www.patientsrightscouncil.org/site/problems-assisted-suicide/>, 2013, som citerar NEJM 24 feb 2000, s 551, 554-555

33 DREDF, *Why assisted suicide should not be legalized*, <https://dredf.org/public-policy/assisted-suicide/why-assisted-suicide-must-not-be-legalized/#marker112>

34 SMER, *Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, s 3, <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2008/12/Arbetsgruppens-PM-Patientens-mojlighet-att-bestamma-over-sin-dod.pdf>

patienten möter. Det är också skrämmande att läkarna tillerkänns, alternativt påtvingas, denna avgörande påverkan på en patients liv.

Rita Marker skriver i sin bok *Deadly Compassion*, som är en omskakande redogörelse om en kvinna som drevs till självmord: "Målet är självbestämmande, men i realiteten är det läkaren som kontrollerar informationen och vilka möjligheter som finns för patienten, och det är doktorn som med eller utan ord kan förringa en patients liv eller överföra en känsla av hopplöshet så till den grad att patienten "väljer" självmord."³⁵

Sammantaget finns det alltså ett stort antal brister i hur Oregonmodellen tillämpas i praktiken. Det är dock alltför sällan modellen belyses på detta sätt i det offentliga samtalet. Det är till det området vi nu därför riktar in vår granskning.

3 Oregonmodellen i offentlig debatt

För att få en överblick över hur Oregonmodellen brukar framställas i den offentliga debatten följer här en kort sammanfattning av de olika perspektiv som framförs av förespråkarna respektive motståndarna i relation till läkarassisterat självmord enligt Oregonmodellen. Båda sidor menar sig ha patientens bästa i fokus, men när det gäller vad patientens bästa egentligen innebär skiljer sig åsikterna åt.

3.1 Hur framställs Oregonmodellen av förespråkarna?

Amerikanska C & C:s vision är ett samhälle där människor åtnjuter ett fullt spektrum av valmöjligheter för att dö i bekvämlighet, värdighet och kontroll.³⁶ Hendin och Foley menar att det som sannolikt ökar efterfrågan på läkarassisterat självmord är just att frågan framställs som att det handlar om autonomi och kontroll. Oregon har legat längst fram i denna trend. Det ursprungliga motivet till att lagen gick igenom var att hjälpa lidande patienter skulle kunna befrias från svåra symptom som smärta, men sedan lagen trädde i kraft har diskussionen om läkarassisterat självmord utvecklats till att handla om ett alternativ för kontroll.³⁷ Den vanligaste anledningen till att patienter efterfrågar läkarassisterat självmord är inte smärta eller depression utan behovet av kontroll. I OPHD:s årliga rapport för 2015 framkom att de största bekymren för dem som begått läkarassisterat självmord var: minskad förmåga att delta i aktiviteter som gör livet njutbart (96,2 %), förlust av autonomi (92,4 %) och förlust av värdighet (75,4 %).³⁸

35 Marker, Rita *Deadly Compassion The Death of Ann Humphry and the Truth About Euthanasia* (William Morrow & Co 1995) s 13

36 Compassion & Choices, *Explore end-of-life care*, <https://www.compassionandchoices.org/explore-end-of-life-care/>

37 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1635

38 Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Oregon Death With Dignity Act: 2015 Data Summary*, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf>

Även RTVD motiverar sin rekommendation av Oregonmodellen med att patienter med "obotliga sjukdomar och mycket kort överlevnadstid liksom patienter som lider av progressiv, obotlig sjukdom och har ett svårt pågående eller förväntat mycket svårt lidande" ska få sjukvårdens hjälp att avsluta sina liv.³⁹ Också här kopplas patientens behov av att slippa lidande med dennes rätt till självbestämmande. I rättvisans namn borde inte enbart sådana patienter som valt att avstå från behandling eller som skulle avlida av en avbruten behandling, utan även sådana patienter "där en obotlig och smärtsam sjukdom släckt varje hopp om ett fortsatt meningsfullt liv" ha rätt att få en "värdig död". RTVD menar att när möjligheten till assisterat självmord inte finns kan den så kallade "rätten till en värdig död" anses ha blivit åsidosatt.⁴⁰ Vad rätten till en värdig död innebär och vad den grundas på anges inte, inte heller varför en sådan rätt skulle finnas inom sjukvårdssystemet.

Framför allt framställs Oregonmodellen ofta som väl beprövad, ordentligt genomforskad, säker och utan några brister eller överträdelser. Denna bild kan, som vi har sett och ytterligare ska påvisa, starkt ifrågasättas.

3.2 Hur framställs modellen av motståndarna?

Läkarna Anders Bongehiell, Eva Gyllenhammar och Staffan Lundström menar att det ofta blir absurt att hävda vår rätt till det ena eller det andra. De menar att det är viktigt att förstå att livet består av olika faser och att på samma sätt som det finns en naturlig process för hur vi kommer in i jordelivet finns det en lika naturlig process för hur vi lämnar det, vilket i de flesta fall blir lugnt och värdigt. När det behövs kan palliativläkarna med sina yrkeskunskaper lindra obehag på ett tillräckligt bra sätt. Bongehiell, Gyllenhammar och Lundström anser att våra privilegier i dagens Sverige har lett oss in i villfarelsen att även de grundläggande livsbetingelserna kan tuktas och styras. Men att bli svagare, mer begränsad och i behov av hjälp ingår i det helt naturliga åldrandet.⁴¹

De som ställer sig kritiska mot läkarassisterat självmord gör det framför allt på grund av de risker som funktionshindrade, äldre och andra utsatta grupper utsätts för, samt av oro för att införandet av assisterat självmord kommer att leda till urholkning av respekt för livet och av läkaretiken. Svenska läkaren Brita Hännerstrand betonar i Läkartidningen bristen på förespråkare för läkarassisterat självmord bland sjuka, handikapporganisationer, funktionshindrade och utvecklingsstörda. Hon påpekar också att läkarens roll sällan tas upp i debatten annat än i rollen som administratörer av självmordet. Hännerstrand påpekar att de läkare som har att göra med svårt sjuka människor är mer negativt inställda mot assisterat självmord än övriga läkare.⁴²

39 Rätten Till en Värdig Död (RTVD), *Att bestämma själv – rätten till en värdig död*, s 1

40 Rätten Till en Värdig Död (RTVD), *Att bestämma själv – rätten till en värdig död*, s 2-3

41 Bongehiell, Gyllenhammar och Lundström, *Sverige halkar inte efter i dödshjälpsfrågan*, <http://www.dn.se/debatt/repliker/sverige-halkar-inte-efter-i-dodshjalpsfragan/>

42 Brita Hännerstrand, *Det är mest de starka och friska som hörs*, <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11616>

Golden och Zoanni konstaterar att motståndet mot assisterat självmord ofta framställs som enbart drivet av konservativa religiösa, men att motståndet inkluderar många personer och organisationer vars motstånd baseras på deras progressiva politik. Bland dessa finns många framstående organisationer för funktionsnedsattas rättigheter, och även WHO och läkarorganisationer.⁴³ DREDF påpekar att det skulle vara mycket bättre om rörelsen för att legalisera assisterat självmord istället skulle förespråka högre kvalitet på vården i livets slutskede.⁴⁴

Enligt Hendin och Foley är det belagt att de säkerhetsmekanismer som finns i Oregonmodellen kringgås på sätt som skadar patienterna. För att rätta till situationen skulle det behövas mer information än OPHD har varit villiga att införskaffa. Istället har OPHD utfärdat årliga rapporter baserade på den otillräckliga informationen som deklarerar att dödligt sjuka patienter i Oregon åtnjuter tillräcklig vård.⁴⁵ Avsaknaden av information gör det dessutom svårt att få information om enskilda fall av läkarassisterat självmord för att kunna utvärdera deras orsaker och möjliga alternativ.

3.3 Sammanfattning

Förespråkarna för läkarassisterat självmord framställer frågan som att det handlar om en rätt till en värdig död för svårt lidande patienter, samtidigt som det i praktiken ofta handlar om att känna att man som patient har kontroll över sitt liv. Motståndarna erkänner patienternas lidande, men menar att assisterat självmord är fel väg att gå, eftersom det ifrågasätter skyddsvärdet hos sjuka och funktionshindrade och kan innebära en orimlig press på läkare att skriva ut det dödliga giftet. De önskar istället att patientens lidande ska hanteras på bästa sätt för att lindra plågan hos patienten och göra livet betydelsefullt för honom eller henne.

För att kunna landa i en kvalificerad bedömning för patientens och samhällets bästa, låt oss nu gå över till en djupare analys av Oregonmodellens risker och konsekvenser.

4 En analys av Oregonmodellens risker och konsekvenser

När allmänheten och lagstiftarna ger en lag om läkarassisterat självmord titeln "death with dignity" – en värdig död – riskerar nackdelarna och de negativa konsekvenserna av lagen i fråga att hamna i skymundan. Som redan anförts är själva modellen för läkarassisterat självmord i Oregonmodellen ytterst bristfällig, samtidigt som den ger ett falskt intryck av skydd.

43 Killing us softly, Golden och Zoanni, s 17 not 3, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/PIIS1.pdf>

44 DREDF, *Why Assisted Suicide Must Not Be Legalized*, <https://dredf.org/public-policy/assisted-suicide/why-assisted-suicide-must-not-be-legalized/#marker112>

45 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1614

4.1 Risker med Oregonmodellen

4.1.1 Brist på transparens

Ett allvarligt problem med Oregonmodellen är den höga grad av sekretess som täcker tillämpningen av läkarassisterat självmord. Denna sekretess innebär ett oförklarligt starkt skydd för läkare som assisterar vid självmord och medför samtidigt att de statliga organ som borde ha insyn i Oregonmodellens tillämpning nöjer sig med knapphändig information. Oregon Health Division (OPHD) fokuserar mer på sekretessen än på övervakning av om reglerna följs eller inte, och tar till en sekretesspraxis som är unik för just läkarassisterat självmord. Den djupgående sekretessen begränsar möjligheten till ingående studier i användningen av läkarassisterat självmord och gör grundliga utvärderingar omöjliga. Därför kan inte heller påståendet att Oregonmodellen skulle utgöra en förebild för en legalisering i andra jurisdiktioner tillmätas någon större trovärdighet.

Oregon Health Division (OPHD) fick frågan hur länge de sparade den konfidentiella rapporteringen av fall av läkarassisterat självmord, var det kanske tjugo eller tjugofem år? På detta svarade Katarina Hedberg från Oregon Department of Human Services (ODHS) att lagen inte fastslår hur länge denna dokumentation ska sparas, utan endast att de ska ge ut en årlig rapport. Hon avslöjade att efter att den årliga rapporten har getts ut förstörs varje år dokumentationen för det året.⁴⁶

Hendin och Kamisar anför att bristen på transparens leder till bristande rapporter om resultaten av tillämpningen, vilket medför att Oregon är en opålitlig grund för att utvärdera assisterat självmord. Som Hendin och Kamisar konstaterar utgör bristen på bevis om missbruk i sig inget bevis på att missbruk inte har förekommit.⁴⁷ Tvärtom är det så att ett antal fall av missbruk har blivit kända, men då på annat sätt än genom den officiella rapporteringen. Detta visar att vi inte kan sätta någon verklig tilltro till påståenden om en felfri tillämpning av lagen.⁴⁸

Utöver bristen på transparens innefattar Oregons lag om läkarassisterat självmord ett skydd för läkare som handlat i god tro. Dessutom saknas fungerande kontrollmekanismer för de tillfällen läkare inte efterföljer riktlinjerna för rapportering av alla fall där läkemedel skrivits ut för assisterat självmord.⁴⁹

46 House of Lords Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, *Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL]*, Vol. II, p. 262, question 592

47 Hendin och Kamisar, *Brief Amicus Curiae of International Task Force on Euthanasia & Assisted Suicide*, Herbert Hendin, MD and professor Yale Kamisar in support of defendants-appellant, s 5, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/Amicus-brief-Baxter-FROM-ITF.pdf>

48 DREDF: *Some Oregon and Washington State Assisted Suicide Abuses and Complications*, s 2, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2015/04/Revised-OR-WA-Abuses.pdf>

49 Se Oregon Revised Statute, chapter 127, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx>

Härutöver finns heller ingen fungerande övervakningsinstans med sanktioner mot läkare som har misskött sitt uppdrag.⁵⁰

Även om det inte finns några fungerande sanktioner på plats innebär det, som Hendin och Foley påpekar, inte att det saknas anledning att övervaka läkarnas praxis. De konstaterar att syftet med övervakning av systemet är att säkerställa tillfredsställande vård för patienterna. Om det saknas kunskap om kvaliteten på vården är det omöjligt att säkerställa vårdens kvalitet.⁵¹ Dessutom tillerkänns läkaren ett överdrivet skydd vilket, i sekretessens namn, lämnar patienten sårbar. Lagen sätter en låg standard för läkares uppträdande och OPHD erbjuder inget sätt att utröna om läkare möter ens denna låga standard, vilket utesluter att någon ställs till ansvar när så behövs.⁵² Hendin och Foley frågar sig varför de redan gällande reglerna om läkar- och patientsekretess inte är tillräckliga för att skydda läkare i just läkarassisterat självmord, om detta ska anses vara en del av normal medicinsk behandling.⁵³

4.1.2 "Doctor-shopping"

Vid en ytlig betraktelse av regelverket kan man få intrycket att det förutsätts vara patientens egen läkare som gör den första bedömningen och sedan konsulterar en andra läkare. Det till synes strikta regelverket hindrar dock inte en patient som blivit nekad assisterat självmord av sin ordinarie läkare från att "shoppa runt" bland andra läkare, tills han eller hon hittar några som bedömer att kriterierna är uppfyllda. Eftersom punkterna 3, 4 och 5 gällande sjukdomsprognos, beslutskapacitet och mental status handlar om subjektiva bedömningar, som dessutom inte ifrågasätts av andra än patienten och/eller dennes anhöriga i händelse av ett nekande, är det möjligt att efter ett nekande gå vidare till nästa läkare.

Bestämmelsen om beslutskapacitet är i realiteten en trojansk häst i regelverket för läkarassisterat självmord. Kravet på beslutskapacitet ger nämligen ett tilltalande men skenbart intryck av patientens egenkontroll som döljer det faktum att beslutet i realiteten är överlämnat i läkares händer. Beslutskapacitet kan ännu mindre än förväntad överlevnadstid värderas objektivt. Detta varierar från läkare till läkare, och kommer oundvikligen att påverkas av läkares personliga värderingar; läkare som har uppfattningen att självmord är en rationell handling vid fysisk eller psykisk smärta är mer benägna att tillskriva patienten beslutskapacitet än läkare som har en klassisk grundsyn. Läkare kan subtilt, också omedvetet, styra patienten mot det beslut som läkaren själv tycker är det lämpligaste i den aktuella situationen. På samma sätt kan

50 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1627

51 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1627

52 A a s 1628

53 Ibid.

den patient som önskar dödshjälp söka den eller de läkare som är benägna att bedöma patienten som beslutskapabel.

Under de första tre åren efter Oregonmodellens införande framkom av rapporter att patienten i 59 procent av fallen varit tvungen att fråga två eller fler läkare innan han eller hon fått medicinen utskrivna. Efter det tredje året slutade denna kategori att inkluderas i de officiella rapporterna.⁵⁴ På grund av det bristande rapporteringssystemet vid fall av förfrågningar om assisterat självmord är det omöjligt att veta grunderna till varför de första läkarna i dessa fall vägrade att skriva ut de dödliga doserna. Det är också omöjligt att veta hur många nekanden som skett vid patienternas första förfrågan under åren som gått sedan 2001.

Organisationerna *The Association of Northern California Oncologists* och *the Medical Oncology Association of Southern California* framhåller att vid fall av "doctor-shopping" har läkaren ofta känt patienten under en väldigt kort tid. Utan att ha följt patientens ärende under en längre tid saknar läkaren viktig insyn i patientens känslomässiga och själsliga tillstånd, vilket gör det mer sannolikt att läkaren missar en depressionsdiagnos. Organisationerna påpekar att endast sex procent av Oregons psykiatriker känner sig "mycket säkra" på att de under ett enda besök kan avgöra när depression kan påverka ett beslut att begå assisterat självmord.⁵⁵

Ett tydligt exempel på "doctor-shopping" är det första fallet av läkarassisterat självmord i Oregon. Patientens läkare och den konsulterande läkaren sade båda nej, den senare uppfattade henne som deprimerad. I det här läget blev organisationen C & C, en av de mest betydande förespråkarna av läkarassisterat självmord, inblandade i fallet och hänvisade patienten till en ny läkare som förskrev dödsmedlet efter att ha känt patienten endast en kort tid.⁵⁶

4.1.3 Utnyttjande och övergrepp på äldre personer och funktionshindrade

Golden och Zoanni framhåller att med Oregons regelverk har talet om fritt val och självbestämmande reducerats till en myt utan verklighetsförankring. Oregonmodellen tillåter att ett av vittnena till en begäran om läkarassisterat självmord är en arvinge som drar fördel av patientens död, medan det andra vittnet skulle kunna vara en vän till arvingen.⁵⁷ Margaret Dore påpekar att det faktum att regelverket tillåter en arvinge att bevittna patientens skriftliga begäran inte stödjer patientens valfrihet, utan istället inbjuder till tvång.⁵⁸ Hendin och Kamisar menar att offer för våld i hemmet (vilket innefattar över-

54 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 21

55 Association of Northern California Oncologists and Medical Oncology Association of Southern California, *Position Statement on Physician-Assisted Suicide and Opposition to AB 374*, s 4 [https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20\(Berg\).pdf](https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20(Berg).pdf).

56 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 21

57 A a s 20

58 Margaret Dore, 'Death with Dignity': *What Do We Advise Our Clients?* Bar Bulletin, <https://www.kcba.org/newsevents/barbulletin/BView.aspx?Month=05&Year=2009&AID=article5.htm>

grepp på äldre) är extremt sårbara för övertalning av den som utsätter dem för övergrepp. Därför krävs det inte mycket fantasi för att förstå hur kriterierna gällande vittnen kan manipuleras för att få en patient i riskzonen att efterfråga assisterat självmord.⁵⁹ Kriteriet att endast ett av vittnena inte får vara en släkting till patienten tillåter alltså personer som skulle dra förmån av patientens död att spela en avgörande roll i att utverka utskrivningen av dödande läkemedel.

Ett exempel på manipulation av en äldre person att begå assisterat självmord är fallet Thomas Middleton. Middleton diagnostiserades med Amyotrofisk lateralskleros (ALS) och flyttade hem till Tami Sawyer i juli 2008. Middleton dog genom assisterat självmord senare samma månad. Han hade angett Sawyer som förvaltare över sin egendom och överlätit sitt hem i hennes förvaltarskap. Två dagar efter att Middleton dog lade Sawyer ut egendomen för försäljning och satte in 90 000 dollar på sitt eget konto. Efter en utredning om bedrägeri uppdagades övergreppen och Sawyer dömdes för olagligt övergrepp och grov stöld, delvis för övergreppen på Middleton. Oregons statliga organ med ansvar för lagen om assisterat självmord noterade dock aldrig något om fallet.⁶⁰

En annan riskabel och underlig del av Oregons lag om assisterat självmord är det faktum att lagen endast täcker in tiden fram till och med utskrivandet av receptet för det dödliga läkemedlet. Det finns inga skyddsmekanismer för att säkerställa att patienten medvetet och/eller frivilligt tar dosen. Enligt Katrina Hedberg är statens ansvar att "säkerställa att alla kriterier fram till utskrivandet av läkemedlet är uppfyllda." Vidare förklarar hon att "lagen endast täcker skrivandet av receptet, inte vad som händer efteråt."⁶¹ Hendin och Kamisar menar att patienter utsätts för en enorm risk med anledning av bristen på säkerhet vid deras död. En uppseendeväckande aspekt är att inget neutralt vittne måste närvara vid dödstillfället. När receptet väl har skrivits ut finns sedan inga säkerhetsmekanismer i lagen. Ytterligare en tveksam aspekt av lagen är enligt Hendin och Kamisar att det inte krävs att patienten ska vara mentalt kompetent vid den tidpunkt den dödliga medicinen intas.⁶²

4.1.4 Alltför starkt skydd för läkare

Enligt Oregons lag om läkarassisterat självmord kan läkare som handlat i god tro vid utfärdandet av läkemedel för assisterat självmord inte ställas till svars, vare sig straffrättsligt eller civilrättsligt. Inte heller kan läkaren i dessa

59 Hendin och Kamisar, *Brief Amicus Curiae of International Task Force on Euthanasia & Assisted Suicide*, Herbert Hendin, MD and professor Yale Kamisar in support of defendants-appellant, s 19, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/Amicus-brief-Baxter-FROM-ITF.pdf>

60 DREDF: *Some Oregon and Washington State Assisted Suicide Abuses and Complications*, s 2, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2015/04/Revised-OR-WA-Abuses.pdf>

61 Hendin och Kamisar, *Brief Amicus Curiae of International Task Force on Euthanasia & Assisted Suicide*, Herbert Hendin, MD and professor Yale Kamisar in support of defendants-appellant, s 19 <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/Amicus-brief-Baxter-FROM-ITF.pdf>

62 A a s 20

fall utsätts för disciplinåtgärd⁶³ OPHD:s rapporter visar också att det i ytterst få fall görs någon anmärkning på läkarnas handlande vid läkarassisterat självmord. I de få fall som förekommer anges att ingen påföljd utdöms för läkarna, eftersom ingen av dem sägs ha agerat mot kriteriet om god tro. Här bör noteras att hela redovisningssystemet bygger på självrapportering av den ansvarige läkaren. Det säger sig självt att antalet rapporter om bristande uppfyllelse av regelverket då också kommer att vara ytterst begränsat. De enda avvikelser i rapporteringen som OPHD har noterat och krävt rättelse av är också brister av formell karaktär.

Sedan 2011 har inget fall vidarehänvisats till Oregon Medical Board för brister vid tillämpning av Oregonmodellen.⁶⁴ I andra fall finns kraftiga juridiska sanktioner på plats för läkare – regler angående vårdslöshet. Om en läkare har handlat vårdslöst vid assisterat självmord kommer denne dock inte att anses ha överträtt lagens föreskrifter, så länge han eller hon har handlat i god tro. Golden och Zoanni påpekar det ironiska i att läkare som praktiserar assisterat självmord är mer säkra på att undgå sanktioner om de orsakar en patients död än när de utför en medicinsk behandling av patienten.⁶⁵ Hendin och Foley konstaterar att om syftet med lagen om assisterat självmord är att skydda läkare från ansvar vid överträdelse av lagens föreskrifter är regeln om god tro utmärkt. Om syftet däremot är att skydda patienten skulle en regel om vårdslöshet vara mycket mer passande.⁶⁶ Skydd för patienten måste anses vara det absolut viktigaste i all form av medicinsk behandling. Att vända på prioriteringen av skyddsbehoven i lagstiftningen just i en så extremt viktig fråga som denna måste därför anses vara oförsvarbart.

4.1.5 Problem och komplikationer under genomförandet av assisterat självmord

Utöver de rent etiska och juridiska problemen med Oregonmodellen förekommer även problem och komplikationer vid själva genomförandet av assisterat självmord. Exempelvis händer det i Nederländerna att läkare som avsett att erbjuda assistans vid självmord ibland i slutänden själv ger den dödliga injektionen i fall där patienten antingen är oförmögen att ta medicinen själv eller på grund av problem vid genomförandet av det läkarassisterade självmordet.⁶⁷

Den vanligaste substansen som används för läkarassisterat självmord i Oregon och i Nederländerna är barbiturat. Det är känt att en överdos av preparatet kan orsaka plågor, såsom extrema flämtningar och muskelpasmer.

63 Oregon Revised Statute, chapter 127, 127.885s.4.01.(1) Immunities; basis for prohibiting health care provider from participation; notification; permissible sanctions <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf>

64 Se OPHD:s årliga rapporter 1998-2015

65 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 22

66 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613, s 1627

67 Groenwoud, van der Heide, van der Maas och van der Wal, *Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-assisted Suicide in the Netherlands* s 551

Panik, skräckkänslor och aggressivt beteende förekommer som konsekvenser av den förvirring som skapas av preparatet. Andra förekommande problem innefattar svårigheter att ta drogen, att drogen inte lyckas försätta personen i medvetlöshet samt att det kan dröja flera dagar innan döden inträffar.⁶⁸ En man rapporterade ha upplevt sådana svårigheter i samband med sitt assisterade självmord att hans svåger var tvungen att hjälpa honom att dö.⁶⁹ I ett annat fall hade en man sådana obehagliga symptom efter att ha tagit medlet att hans fru såg sig nödgad att ringa efter ambulans. Han fördes sedan till sjukhus där han återupplivades.⁷⁰

I Nederländerna finns riktlinjer som är tänkta att undvika problem och öka effektiviteten vid assisterat självmord. Det förekommer dock fortfarande problem: muskelspasmer, extrema flämtningar och kräkning i sju procent av fallen. I arton procent av fallen förekommer andra problem vilket har lett till att läkare bestämt sig för att utföra eutanasi istället. I fjorton procent av fallen blev patienten inte medvetlös, vaknade upp eller levde längre än förväntat.⁷¹

Oregons officiella rapporter radar upp antalet rapporterade komplikationer, men de läkare som skickar in uppgifter om frånvaro av komplikationer fram till 2010 var närvarande bara i färre än hälften av rapporterade fall av assisterat självmord.⁷² Övrig information har alltså kommit från andrahandsuppgifter eller varit gissningar. Det är därför svårt att tillmäta denna information något större värde vid en utvärdering av Oregonmodellens resultat.

2010 gjordes en revidering för att standardisera rapportering utifrån uppföljningsformulären. Den nya proceduren samlar in information om dödstidpunkten och omständigheter kring dödsfallet endast i de fall läkaren eller annan sjukvårdspersonal var närvarande vid dödsögonblicket. Under 2015 var antingen den receptutskrivande läkaren eller annan sjukvårdspersonal på plats vid dödstidpunkten för 27 av 132 patienter. Information om tiden från intagandet av dödsdrogen till själva döden finns bara för 25 dödsfall under 2015. Bland dessa fall varierade denna tid från fem minuter till 34 timmar. Rapporterade komplikationer var: kräkningar i 2 fall, annat i 2 fall, inget i 23 fall och okänt i 105 fall. Ingen rapporteras ha återfått medvetandet.⁷³

Av de 132 läkarassisterade självmord som skedde 2015 saknas alltså rappor-

68 PRC, *Problems Associated with Assisted Suicide*, <http://www.patientsrightscouncil.org/site/problems-assisted-suicide/>, 2013, som citerar NEJM 24 feb 2000, Oregonian 17 jan 1999, 11 mars 1999, 24 feb 2000 och 23 mars 2000

69 PRC, *Problems Associated with Assisted Suicide*, <http://www.patientsrightscouncil.org/site/problems-assisted-suicide/>, 2013, som citerar *Oregonian*, 1/17/99 and 3/11/99

70 PRC, *Problems Associated with Assisted Suicide*, <http://www.patientsrightscouncil.org/site/problems-assisted-suicide/>, 2013, som citerar *Oregonian*, 3/23/00

71 PRC, *Problems Associated with Assisted Suicide*, <http://www.patientsrightscouncil.org/site/problems-assisted-suicide/>, 2013, som citerar NEJM 24 feb 2000, s 551, 554-555

72 Se OPHD:s rapporter 1998-2010.

73 Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Oregon Death With Dignity Act: 2015 Data Summary*, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year18.pdf>

ter om komplikationer och hur lång tid det tog innan döden inträffade i 105 fall. Detta är stötande ur humanitär synvinkel och innebär dessutom problem för utvärdering av hur dödsprocesserna har gått till. Bristen på information innebär en fördel för förespråkarna av assisterat självmord, eftersom det inte finns konkreta siffror på hur ofta problem förekommer. Som organisationerna *The Association of Northern California Oncologists* och *the Medical Oncology Association of Southern California* påpekar är det lätt att tänka sig att de som väntat i många timmar på att dö kan ha upplevt ett lidande som överskred det lidande som var en konsekvens av sjukdomen.⁷⁴ Om så är fallet faller samtidigt ett av de vanligaste argumenten för dödshjälp.

Trots dessa rapporter om biverkningar av preparatet menar SMER att förfarandet enligt Oregonmodellen "förutsätter att patienten själv är kapabel att ta läkemedlet och att det inte orsakar patienten lidande och smärta". SMER menar vidare att det i Oregon tillämpas en sådan ordning.⁷⁵ Att hänvisa till att Oregon tillämpar en "sådan ordning" – alltså att patienten inte orsakas lidande och smärta – är vilseledande utifrån uppgifterna ovan. Att komplikationer inte rapporteras i högre utsträckning innebär inte att sådana inte förekommer.

När komplikationerna i så stor andel av fallen är så pass obehagliga är det tänkbart att tillämpningen efter en eventuell legalisering glider iväg mot läkarinjicerade droger, det vill säga eutanasi. Att denna typ av komplikationer förekommer i en så pass hög grad motsäger dessutom förespråkarnas romantiserande tal om "en värdig död". Vidare behövs självfallet också ett fördjupat samtal om den palliativa vård som faktiskt finns och skulle kunna erbjuda just "en värdig död".

4.2 "Det sluttande planet"

4.2.1 Risken för att målgruppen ständigt utvidgas

När patientens självbestämmande eller smärta och lidande som grund för assisterat självmord väl har accepterats är chansen liten att proceduren kommer att begränsas till dem som har en dödlig diagnos. Göran Isacson påpekar att det är omöjligt att objektivt fastställa hur oundviklig eller hur nära förestående döden måste vara, eller hur outhärdligt lidandet måste vara för att självmord ska kunna anses som en rationell handling. Det är inte heller möjligt att definiera hur välinformerad och beslutskapabel en patient måste vara för att beviljas självmord med läkarassistans. Vidare frågar sig Isacson hur länge rättvisepincipen kommer att tillåta att just patienter med outhärd-

74 Association of Northern California Oncologists och Medical Oncology Association of Southern California, *Position Statement on Physician-Assisted Suicide and Opposition to AB 374*, sida 4, [https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20\(Berg\).pdf](https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20(Berg).pdf)

75 SMER, *Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, s 7, <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2008/12/Arbetsgruppens-PM-Patientens-mojlighet-att-bestamma-over-sin-dod.pdf>

ligt psykiskt lidande skulle förvägras rätten till självmord, när all vetenskaplig kunskap om självmord visar att det är just de psykiskt lidande som kan uppleva sitt lidande så outhärdligt att de väljer självmord.

I Oregonmodellen kan redan flera indikationsglidningar konstateras. Låt oss bara nämna två: Inte bara döende patienter, utan också kroniskt sjuka kan få servicen, bara de självmant upphör med sin livsuppehållande behandling. Och patienter i sluten psykiatrisk vård ska ges tillgång till läkarassisterat självmord, bara de kan anses vara terminalt sjuka – vilket är ett klart övertramp mot beslutskapaciteten.⁷⁶

Enligt Hendin har Nederländerna under de senaste två decennierna förflyttats från assisterat självmord till eutanasi, från eutanasi för dödligt sjuka till eutanasi för obotligt sjuka, från eutanasi för fysisk sjukdom till psykisk plåga, från frivillig eutanasi till ofrivillig eutanasi. Hendin framhåller att när Nederländerna väl hade accepterat assisterat självmord var det inte längre logiskt eller juridiskt möjligt att förvägra mer aktiv assistans till självmord - det vill säga eutanasi - till patienter som inte kunde åstadkomma sin egen död. Man kunde inte heller förvägra assisterat självmord eller eutanasi till de kroniskt sjuka som hade längre tid kvar att lida än de dödligt sjuka, och inte heller till dem som hade psykisk smärta som inte var kopplade till en fysisk sjukdom. Att göra så vore en form av diskriminering.⁷⁷ 1986 erkände Haags överklagandeinstans till och med psykiskt lidande och potentiell personlighetsmässig disfigurering som grund för dödshjälp.⁷⁸

Ofrivillig eutanasi har betraktats som framtvingat på grund av hänsyn till patienter som inte är medicinskt kompetenta att fatta beslutet själv.⁷⁹ Enligt ett flertal statliga undersökningar från Nederländerna blir varje år hundratal patienter utsatta för eutanasi utan att ha bitt om det. Också döende och funktionshindrande spädbarn utsätts för eutanasi, trots att sådan eutanasi utgör mord under nederländsk lag.⁸⁰ Även i Belgien är assisterat självmord och eutanasi en accepterad del av sjukvården. Studier visar att det förekommer många fall av icke-frivilliga eutanasi.⁸¹ I september 2016 fick det första barnet dödshjälp i Belgien, efter att landet 2014 slopat åldersgränsen.⁸² I

76 Magnus Göransson, Bengt Malmgren & Tomas Seidal *Säg nej till sluttande planet* Dagen 8 december 2016. Även <https://www.firstthings.com/web-exclusives/2016/11/a-right-to-assisted-suicide-for-the-institutionalized-mentally-ill>

77 Hendin lessons from the dutch experience, <http://www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/history-euthanasia11/>

78 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 26f, se not 20 för en mer ingående genomgång av rättspraxis på området. <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/PIIS1.pdf>

79 Hendin lessons from the dutch experience, <http://www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/history-euthanasia11/>

80 CBC, *Three Things You Should Know About Physician Assisted Suicide*, hämtat från: http://www.cbc-network.org/pdfs/3_Things_You_Should_Know_About_Physician_Assisted_Suicide-Center_for_Bioethics_and_Culture.pdf

81 Ibid.

82 Joanna Drevinger, *Barn fick dödshjälp efter slopad åldersgräns*, <http://www.svd.se/barn-fick-dodshjalp-efter-slopad-aldersgrans>

Schweiz finns dödshjälpskliniker som erbjuder död till funktionshindrade och obotligt sjuka, vilket är helt lagligt. Även så kallad självmordsturism förekommer där utlänningar flyger till Schweiz för att få hjälp att dö. Den schweiziska högsta domstolen har slagit fast att psykiskt sjuka har en konstitutionell rättighet att få assisterat självmord.⁸³ Den här utvecklingen är tyvärr en alltför sannolik följd också på andra platser där läkarassisterat självmord legaliseras.

Enligt Golden och Zoanni har både sjukvårdspersonal och förespråkare för läkarassisterat självmord slagit fast att oralt intag av dödliga läkemedel ofta är ineffektivt för att generera en snabb och enkel död. Förespråkare för eutanasi menar att det bästa sättet att undvika den typ av "problem" som behandlades i föregående avsnitt är att tillåta dödliga injektioner från läkare – det vill säga att legalisera eutanasi.⁸⁴ Golden och Zoanni menar att när assisterat självmord väl är legaliserat finns inga betydande barriärer kvar för att förhindra utvecklingen mot full utvecklad eutanasi. Själva existensen av assisterat självmord som ett lagligt alternativ kommer sannolikt att gradvis urgröpa det sociala motståndet, på samma sätt som det har gjort i Nederländerna.⁸⁵ Det holländska exemplet visar tydligt att assisterat självmord inte kan begränsas till en liten grupp när samhället väl har öppnat dörren. Även om assisterat självmord tekniskt sett var olagligt i Nederländerna fram till 2002 började det tolereras i domstol redan i början av 70-talet. Idag har eutanasi nästan helt ersatt assisterat självmord.⁸⁶

Som Groenewoud m fl påpekar är det inte helt klart vid vilken tidpunkt läkarassisterat självmord övergår till att vara eutanasi. Artikelförfattarna frågar sig hur exempelvis ett fall skulle klassas där läkaren håller en läkemedelslösning in i patientens mun i det fall patienten inte själv kan ta medlet? En juridisk åtskillnad mellan läkarassisterat självmord och eutanasi kan kompliceras av sådana praktiska problem. Vidare påpekar Groenewoud m fl att om läkarassisterat självmord legaliseras samtidigt som eutanasi förblir olagligt kommer vissa beslutskompetenta patienter kanske inte att kunna ta sina egna liv, enbart på grund av fysiska orsaker.

Enligt David Jeffrey har det hänt att patienter har fått en matnings slang insatt enbart för att låta dem genomföra läkarassisterat självmord. Det dödande medlet kan ges till en villig person genom en matnings slang, och det är därför lika möjligt att på samma sätt ge det till en ovillig person.

83 CBC, *Three Things You Should Know About Physician Assisted Suicide*, http://www.cbc-network.org/pdfs/3_Things_You_Should_Know_About_Physician_Assisted_Suicide-Center_for_Bioethics_and_Culture.pdf

84 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 27 not 23, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/PIIS1.pdf>

85 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 26f, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/PIIS1.pdf>

86 Ibid.

Det är alltså långtifrån enkelt att dra en skarp gräns mellan läkarassisterat självmord och eutanasi genom att hänvisa till att patienten i det första fallet själv utför handlingen att ta det dödande medlet. Det är också mycket troligt att frågan efter ett tag kommer att glida in på huruvida kravet på att patienten själv intar medlet utgör diskriminering av dem som är så pass funktionshindrade att de inte förmår ta dödsdrogen på egen hand. Denna grupp kan ju anses vara den mest utsatta, som verkligen skulle behöva få tillgång till läkarassisterat självmord, utifrån de argument förespråkare brukar föra fram.

Redan nu är det tydligt att kriterierna vid användandet av Oregonmodellen när det gäller psykisk hälsa antingen inte är uppfyllda, eller att de tolkas på ett sätt som innebär att de i praktiken inte har någon skyddande effekt för patienter som lider av någon psykisk åkomma, exempelvis depression, som mycket väl kan tänkas påverka deras beslut att avsluta sitt eget liv.⁸⁷ Studier har visat att vid tidpunkten för efterfrågan av läkarassisterat självmord motiveras patienten oftast inte av upplevda symtom utan av oro för framtida upplevelser.⁸⁸ De som efterfrågade assisterat självmord upplevde en högre grad av hopplöshet jämfört med kontrollgruppen.⁸⁹ Även om hopplöshet kanske inte tyder på någon direkt psykisk sjukdom borde resultaten av dessa undersökningar medföra att en större vikt läggs vid patientens psykiska tillstånd innan kriterierna för Oregonmodellen kan anses vara uppfyllda.

4.2.2 Det ekonomiska incitamentet

Även svenska läkare befarar att en legalisering av assisterat självmord innebär ett steg ut på ett sluttande plan. Psykiatriprofessor Jan-Otto Ottosson skriver i *Läkartidningen* att läkarassisterat självmord kan befaras bli ett alternativ till palliativ vård om ekonomiska hänsyn får råda.⁹⁰ Ottosson påpekar risken för glidande indikationer, och framhåller att assisterade självmord står i motsats till samhällets mål att minimera antalet självmord. Han menar vidare att med sjukvårdens återkommande sparbetning kan läkarassisterade självmord te sig mer rationella än en satsning på resurskrävande palliativ vård. Läkaren Brita Hännestrand menar att trots politiska och medicinsk-etiska beslut kommer beslutet i sista hand att ligga hos en klinikchef med begränsade medel. Hon skriver i *Läkartidningen* att bara en antydning om att ligga till last skulle väcka skuld känslor hos många gamla.⁹¹

Även om ett legaliserat assisterat självmord bara skulle vara en av många behandlingar för vissa sjukdomar, påpekar Hendin och Kamisar att det finns

87 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 23

88 Smith, Harvath, Goy och Ganzini, *Predictors of Pursuit of Physician-Assisted Death*, *Journal of pain and symptom management*, vol 49 no 3 mars 2015, s 559

89 A a s 558

90 Jan-Otto Ottosson, *Läkarassisterat självmord risk för avhumaniserad vård*, <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11113>

91 Brita Hännestrand, *Det är mest de starka och friska som hörs*, <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11616>

en betydande skillnad, nämligen att det är extremt kostnadseffektivt.⁹² De menar därför att när läkarassisterat självmord är en laglig och accepterad behandling kommer det leda till ökad press på patienter att efterfråga assisterat självmord och på läkare att skriva ut sådant.⁹³ Golden och Zoanni hänvisar till en studie från Georgetown University som visar att det finns ett starkt samband mellan ekonomiskt tryck på läkare och deras villighet att skriva ut dödliga läkemedel till patienter där detta har gjorts lagligt.⁹⁴

Ett exempel på en patient som pressats mot läkarassisterat självmord är fallet Stephanie Packer. Packer är en dödligt sjuk fyra barnsmamma som på begäran från sin läkare efterfrågade kemoterapi. Försäkringsbolagen drog omotiverat länge på beslutet, men så snart lagen om dödshjälp gått igenom i Kalifornien kom beslutet om att inte bekosta den behandling hon behövde. På direkt fråga från Packer erbjöd de henne istället subventionering för en dos dödligt läkemedel.⁹⁵ Två andra patienter som utsattes för påtryckningar att välja läkarassisterat självmord i Oregon var Barbara Wagner och Randy Stroup. Wagner var en 64-årig gammelmormor som hade återkommande lungcancer. Hennes läkare skrev ut Tarceva för att förlänga hennes liv. Wagner fick därefter ett brev från Oregon Health Plan, som meddelade att de inte kunde täcka kostnaden för detta läkemedel men att de däremot bland annat kunde täcka kostnaden för läkarassisterat självmord. Randy Stroup fick Mitoxantrone utskrivet som kemoterapi för sin prostatacancer. Därefter fick även Stroup ett brev som sade att staten inte kunde täcka kostnaden för hans behandling, men var däremot beredda att täcka kostnaden för bland annat hans läkarassisterade självmord.⁹⁶

4.2.3 Hotet mot redan utsatta

The New York State Task Force on Life & the Law anser att det vore naivt att tro att praktiserandet av läkarassisterat självmord - oavsett vilka säkerhetsmekanismer som vidtas - kan undgå att påverkas av det bredare sociala och medicinska sammanhang i vilket det utförs.⁹⁷ Andelen rapporterade fall i Oregon av läkarassisterat självmord kopplade till patienters ovilja att ligga familjen till last har ökat kraftigt mellan 1998 och 2015. Åren 2011, 2012, 2013 och 2015 var detta den fjärde största oroskällan när patienten ville ha

92 Hendin och Kamisar, *Brief Amicus Curiae of International Task Force on Euthanasia & Assisted Suicide*, Herbert Hendin, MD and professor Yale Kamisar in support of defendants-appellant s 15, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/Amicus-brief-Baxter-FROM-ITF.pdf>

93 A a s 16

94 Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 18

95 Schmedes, *Physician-assisted suicide is too risky*, <https://www.abqjournal.com/898299/physician-assisted-suicide-is-too-risky.html>

96 DREDF, *Some Oregon and Washington State Assisted Suicide Abuses and Complications*, s 3, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2015/04/Revised-OR-WA-Abuses.pdf>. Golden och Zoanni, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, s 19, <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/PIIS1.pdf>

97 New York State Task Force on Life & the Law When Death is Sought - Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context CHAPTER 6 - CRAFTING PUBLIC POLICY ON ASSISTED SUICIDE AND EUTHANASIA, s 125, http://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/when_death_is_sought/chap6.htm

läkarassisterat självmord.⁹⁸ Det finns alltså en betydande risk att många kommer att välja assisterat självmord på grund av press utifrån. Framför allt äldre personer som inte vill vara en ekonomisk börda för sina familjer kan tänkas ta denna utväg. Dr Gregg Schmedes menar att när yngre familjemedlemmar ser de äldre som en ekonomisk börda kan den döende påverkas att tro att det helt enkelt är deras skyldighet att dö.⁹⁹

Hendin och Foley visar i fallet Kate Cheney ett tydligt exempel på hur påtryckningar från familjen kan gestalta sig vid läkarassisterat självmord. Kate, en åttiofemårig änka med tidig demenssjukdom (ännu en indikationsglidning i Oregonmodellen), fick diagnosen obotlig magcancer. Kate ville ha möjlighet att begå assisterat självmord ifall hon skulle få ont eller om förlusten av kontroll över kroppsfunktionerna skulle bli omöjlig att klara. Läkaren arrangerade en psykiatrisk konsultation för Kate, vilket var en standardprocedur på vårdinrättningen. Psykiatrikern som besökte Kate i hennes hem ansåg att Kate inte verkade trycka på för att få assisterat självmord, och att hon saknade tillräcklig mental kapacitet för att väga de olika alternativen mot varandra.

Även om Kate verkade acceptera utvärderingen blev hennes dotter Erika mycket upprörd. Läkaren föreslog att familjen skulle få en second opinion från en utomstående konsult. Denna psykolog noterade att Kate hade minneproblem och att hennes val kunde ha påverkats av hennes familj och att hennes dotter Erika kunde ha varit något påtvingande, men kände att Kate ändå hade förmågan att fatta ett eget beslut. Kate fick det dödliga medlet utskrivet, vilket sattes under Erikas vård. Efter en tid behövde Erika och hennes make lite andrum och skickade därför Kate till ett vårdhem i en vecka. När Erika hälsade på sin mor frågade Kate alltid när hon skulle få åka hem.

Den dag hon återvände från vårdhemmet berättade Kate för Erika och hennes make att hon tidigare hade funderat på att bo permanent på ett vårdhem men att hon nu hade bestämt sig för att ta tableterna istället. Kate bad om deras hjälp och med familjen runt sig tog Kate inom kort tid pillren och dog.¹⁰⁰ Hendin och Foley konstaterar att dotterns och svärsonens iver säkerligen influerade Kates beslut och frågar sig om beslutet skulle ha varit ett annat om hennes familj hade besvarat hennes förfrågan genom att säga att de älskade henne och ville ha henne hemma och ta hand om henne så länge som möjligt. Att skicka Kate till ett vårdhem sände budskapet att hon var en börda för familjen. Hennes upprepade fråga när hon skulle få åka hem uttryckte hennes vanda.¹⁰¹ Detta sorgliga exempel tydliggör hur en utsatt person kan pressas

98 Se Oregon Death with Dignity Act Data Summary från åren 1999 till 2015.

99 Schmedes, *Physician-assisted suicide is too risky*, <https://www.abqjournal.com/898299/physician-assisted-suicide-is-too-risky.html>

100 Hendin och Foley, *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, *Michigan Law Review*, juni 2008, vol. 106:1613, s 1624-1625

101 Ibid.

att ta till läkarassisterat självmord, även om han eller hon innerst inne vill leva.

Oregons lag stadgar det som straffbart att tvinga eller otillbörligt påverka en patient att efterfråga läkemedel i syfte att avsluta patientens liv.¹⁰² Även om det faktiskt är olagligt att tvinga eller att otillbörligt påverka en person på detta sätt kan det starkt ifrågasättas om det någonsin kommer att vara möjligt att bevisa sådan påverkan i så hög grad att detta kommer att leda till att någon döms.

4.3 Den etiska aspekten av läkares uppdrag visavi assisterat självmord

I Sverige styrs läkares agerande av Socialstyrelsens anvisningar och inte av någon läkared.¹⁰³ I Läkarförbundets egna etiska regler fastställs i första punkten att läkaren i sin gärning ska ha "patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud". I andra punkten stadgas att "läkaren ska besinna vikten av att skydda och bevara människoliv och får aldrig medverka i åtgärder som syftar till att påskynda döden."¹⁰⁴

I publikationen *Att förebygga självmord: ett stödmaterial för allmänläkare* ställs tre vanliga tillstånd upp som ofta finns hos suicidala personer. De tre vanligaste tillstånden är ambivalens, impulsivitet och rigiditet.¹⁰⁵ Med hänsyn till dessa tillstånd är det svårt att tänka sig att en läkare å ena sidan ska ta ställning till om patienten ska tillåtas ta sitt liv enligt Oregonmodellen eller övertalas att inte ta sitt liv eftersom patienten troligen är ambivalent på åtminstone något plan. Jan-Otto Ottosson poängterar att trots att man kan invända att läkarassisterade självmord rör sig om speciella situationer präglade av all suicidalitet av ambivalens och växlar alltefter bemötandet och hur situationen utvecklas. Ottosson påpekar vidare att det även för en erfaren läkare kan vara vanskligt att avgöra om patienten i grunden önskar medmänsklig omsorg eller har en behandlingsbar depression.¹⁰⁶

Av Etik- och ansvarsrådets (EAR) sammanträdesprotokollet från december 2008 framgår följande:

Läkares uppgift är att ge vård och bota, behandla och lindra sjukdomar. Att vidta åtgärder i syfte att patienten ska avlida är främmande och vä-

102 Oregon Revised Statute chapter 127, 127.890 s.4.02. [1995 c.3 s.4.02] *Liabilities*, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf>

103 Öberg, *Varför svär inte svenska läkare ed?* <http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2001/23409.pdf>

104 Sveriges läkarförbund, *Läkarförbundets etiska regler*, <https://www.sl.f.se/Pages/48520/Etiska%20regler.pdf>

105 Karolinska Institutets folkhälsoakademi, *Att förebygga självmord: ett stödmaterial för allmänläkare*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/10/WHO_MNH_MBD_00.1_swe.pdf?ua=1.

106 Jan-Otto Ottosson, *Läkarassisterat självmord risk för avhumaniserad vård*, <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11113>

sensskilt från denna uppgift. Det är viktigt att hålla en tydlig ”rågång” mellan läkares uppgift att ge vård och behandling och åtgärder som till sin natur syftar i motsatt riktning. Det finns även risk för att förtroendet för sjukvården kan påverkas negativt om vården tillåts medverka i åtgärder som syftar till att patienter ska avlida. Dessutom är frågan om patientens egen begäran om läkarassisterat självmord inte oproblematiskt. EAR bedömde att det finns en inte försumbar risk för att vissa patienter kan komma att känna sig pressade att begära läkarassisterat självmord, för att underlätta för anhöriga, vården eller samhället. Enbart denna risk talar starkt mot att läkarassisterat självmord tillåts, i synnerhet eftersom det är en åtgärd som till sin natur är irreversibel.¹⁰⁷

RTVD menar att dödshjälp *kan kombineras med* en princip om att bota, lindra och rädda liv. Organisationen undviker dock att förklara hur detta skulle vara möjligt, och fortsätter med att argumentera för att dödshjälp är humant och barmhärtigt.¹⁰⁸ RTVD poängterar att det ska vara frivilligt för läkare att skriva ut ett dödande medel, och att när läkaren inte vill assistera ska patienten istället hänvisas till annan villig läkare.¹⁰⁹ Problemet med den tanken är att om en läkare på grund av samvetsbetänkligheter inte vill assistera vid självmord kommer dennes samvete troligtvis inte heller tillåta honom eller henne att hänvisa vidare till en läkare som är villig att assistera. Slutresultatet för den senare handlingen kommer ju att vara detsamma som om han eller hon direkt assisterat vid självmordet.

CBC menar att en legalisering av assisterat självmord underminerar försök att förebygga självmord genom att sända ett blandat budskap, men också att det hotar själva livet och den jämlika ställningen för de svagaste och mest sårbara.¹¹⁰ *Physicians for Compassionate Care (PCCEF)* i USA är emot läkarassisterat självmord eftersom de anser att läkarassisterat självmord skadar förtroendet i relationen mellan läkare och patient. Därtill anser PCCEF att läkarassisterat självmord äventyrar det värde som samhället sätter på livet, särskilt för dem som är de mest sårbara och som är nära livets slut.¹¹¹ Ottosson konstaterar att varje människa har rätt att ta sitt liv, men enligt den medicinska yrkesetiken ska vården stå i livets tjänst. Det blir djupt motsägelsefullt om vården samtidigt vill både minska och öka självmorden.¹¹²

107 Sveriges Läkarförbund, *Läkarassisterat självmord*, <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/EAR-anser/Lakarassisterat-sjalvmord/>

108 Rätten Till en Värdig Död (RTVD), *Att bestämma själv – rätten till en värdig död*, s 11

109 A a s 14

110 CBC, *Three things you should know about physician assisted suicide*, http://www.cbc-network.org/pdfs/3_Things_You_Should_Know_About_Physician_Assisted_Suicide-Center_for_Bioethics_and_Culture.pdf

111 Physicians for Compassionate Care Education Foundation (PCCEF), *PCCEF Position on Physician Assisted Suicide*, <http://www.pccef.org>

112 Jan-Otto Ottosson, *Läkarassisterat självmord risk för avhumaniserad vård*, <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11113>

Association of Northern California Oncologists och *Medical Oncology Association of Southern California* menar att en legalisering av läkarassisterat självmord slår hårt mot läkarprofessionens kärna och skadar förtroendet mellan patienten och läkaren. Under förevändning av att erbjuda medlidande befrias läkaren från sitt främsta ansvar gentemot patienten – att skydda livet och erbjuda tröst i lidandet. Organisationerna framför att detta skulle innebära den allra allvarligaste formen av att överge patienten.¹¹³ Enligt organisationerna är det ofta cancerpatienter som efterfrågar läkarassisterat självmord, medan ytterst få av läkarna som skriver ut det dödliga läkemedlet är onkologer. De är istället många gånger familjeläkare som saknar träning i palliativvård.¹¹⁴ Organisationerna menar att onkologer är de läkare som är bäst lämpade för att ta hand om cancerpatienter i livets slutskede och anför vidare att patienter inte ska dödas på grund av misslyckanden att erbjuda den bästa palliativa vården.

Ottosson är inne på samma spår och menar att om motivet till läkarassisterat självmord är brister i den palliativa vården borde frågan i första hand vara hur vården kan förbättras. Vidare anför han att läkarassisterade självmord framstår som en kapitulation inför den palliativa vårdens brister, och riskerar därtill att avhumanisera vården. Samhället bör enligt Ottosson istället känna ett ansvar för att tillgodose vårdbehov även i livets slutskede.¹¹⁵ Palliativläkarna Bongehiell, Gyllenhammar och Lundström menar att om man på allvar vill förbättra villkoren för de svårt sjuka och döende ska man arbeta för att bygga ut palliativvården och se till att tillgängligheten till sådan vård blir likvärdig över hela landet. Enligt deras samlade erfarenheter bleknar och försvinner i de allra flesta fall en önskan om dödshjälp när patienten får hjälp att förstå vad en god palliativ vård kan innebära.¹¹⁶

Jeanette Hall från Oregon är ett exempel på hur en läkare med erfarenhet och kunskap i bemötande av cancerpatienter kan innebära skillnaden mellan liv och död där läkarassisterat självmord är lagligt. Hall fick en cancerdiagnos 2000 och fick veta att hon hade mellan sex månader och ett år kvar att leva. Hon kände till lagen om assisterat självmord och frågade sin läkare om detta, eftersom hon inte ville lida. Hennes läkare uppmuntrade henne istället att inte ge upp och Jeanette bestämde sig för att kämpa mot sjukdomen. Hon gick igenom kemoterapi och strålningsbehandling och elva år senare skrev hon ”Jag är så glad att jag lever! Om min läkare hade trott på assisterat självmord

113 Association of Northern California Oncologists och Medical Oncology Association of Southern California, *Position Statement on Physician-Assisted Suicide and Opposition to AB 374*, s 1 [https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20\(Berg\).pdf](https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20(Berg).pdf)

114 Association of Northern California Oncologists och Medical Oncology Association of Southern California, *Position Statement on Physician-Assisted Suicide and Opposition to AB 374*, s 4 och 6, [https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20\(Berg\).pdf](https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20(Berg).pdf)

115 Jan-Otto Ottosson, *Läkarassisterat självmord risk för avhumaniserad vård*, <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11113>

116 Bongehiell, Gyllenhammar och Lundström, *Sverige halkar inte efter i dödshjälpsfrågan*, <http://www.dn.se/debatt/replikor/sverige-halkar-inte-efter-i-dodshjalpsfragan/>

skulle jag vara död. ... Assisterat självmord borde inte vara lagligt.”¹¹⁷

Diane Coleman, grundare och ordförande av organisationen *Not Dead Yet* menar att den offentliga bilden av grav funktionsnedsättning som ett öde värre än döden, blir en grund för att skapa ett dödligt undantag till arbetet med självmordsprevention. Legalisering av assisterat självmord betyder att en del människor som säger att de vill dö kommer att få hjälp att undvika att ta sitt liv, medan andra kommer att erhålla assistans för att begå självmord. Skillnaden mellan dessa två grupper kommer att ligga i deras hälsa eller funktionella status, vilket leder till ett tvådelat system som resulterar i död för den av samhället nedvärderade gruppen.¹¹⁸

Hännestrand frågar sig hur läkare ska agera gentemot personer som har överlevt självmordsförsök utanför vården om läkarassisterat självmord är lagligt: ”Ska läkarna också göra en bedömning av i vilken mån den suicidala personen verkligen ville dö eller hade anledning till det? Ska läkarna känna skuld över att de lyckades väcka upp en människa till ett fortsatt lidande? Eller ska de över huvud taget bry sig om att rädda en människa som ville dö? Särskilt om hon är sjuk?” Den typen av bedömningar kan enligt Hännestrand medvetet eller omedvetet finnas i den ensamma jourläkarens huvud och lämnas öppet för allt slags godtycklighet.¹¹⁹

4.4 Slutsats

Som vi har sett ovan medför Oregonmodellen, och läkarassisterat självmord över lag, ett antal allvarliga risker och etiska problem. Oregonmodellen utsätter äldre, sjuka och funktionshindrade för en betydande fara. Barn med dödliga sjukdomar respektive funktionsnedsättningar är ytterligare en riskgrupp. Till riskerna hör att en legalisering av läkarassisterat självmord innebär att samhället tar steget ut på ett sluttande plan. Nederländernas och Belgiens exempel visar att de kriterier som ställs upp för läkarassisterat självmord snart gröps ur och tillämpningsområdet för läkarassisterat självmord växer. Även Oregonmodellen visar prov på detta.

Läkaretiken riskerar att grumlans när läkarnas uppdrag blir att hjälpa både till liv och till död, och förtroendet för sjukvården riskerar att utarmas. Utöver allt detta finns även de risker som den praktiska tillämpningen av Oregonmodellen innebär vid själva ”administrerandet” av självmordet och de risker som föreligger i Oregonmodellens luddiga karaktär.

117 Jeanette Hall, *She pushed for legal right to die, and – thankfully – was rebuffed*, http://archive.boston.com/bostonglobe/editorial_opinion/letters/articles/2011/10/04/she_pushed_for_legal_right_to_die_and__thankfully__was_rebuffed/?camp=pm

118 DREDF, *Why assisted suicide should not be legalized*, *Not Dead Yet* är en gräsrotsorganisation för funktionsnedsatta som motsätter sig legalisering av assisterat självmord. <https://dredf.org/public-policy/assisted-suicide/why-assisted-suicide-must-not-be-legalized/#marker112>

119 Brita Hännestrand, *Det är mest de starka och friska som hörs*, <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11616>

5 Avslutande kommentar

Den här genomgången av läkarassisterat självmord utifrån Oregonmodellen visar att när läkarassisterat självmord väl har införts – med motiveringen att det handlar om omtanke om de personer som lider svårt av sin sjukdom och som snart kommer att dö – är de huvudsakliga motiven hos dem som söker läkarassisterat självmord inte i första hand kopplade till smärta, utan till förlust av autonomi, förlust av värdighet samt minskad förmåga att delta i aktiviteter som gör livet njutbart.

Att ta sitt liv på egen hand eller med läkares hjälp framstår hos vissa förespråkare som den självklara möjligheten till ett gott livsslut. Så är dock inte fallet. Det finns flera studier som visar på hur en god palliativ vård avsevärt förbättrar patientens livskvalitet i livets slutfas.¹²⁰

Det visar sig också tydligt att Oregonmodellen skyddsmekanismer är mycket bristfälliga när det gäller att skydda patienter, särskilt patienter som lider av någon psykisk åkomma. Än mer beklämmande är det faktum att många av dem som använder läkarassisterat självmord lider av antingen depression eller i alla fall upplever stor hopplöshet. De som skyddas allra mest av Oregonmodellens utformning är de läkare som praktiserar assisterat självmord. Dessutom är de läkare som utfärdar recepten på dödliga läkemedel ofta okunniga i både palliativ vård och depressionssjukdomar och har därför svårt att hjälpa de sökande till alternativa och bättre lösningar.

Riskerna med Oregonmodellen är också stora, framför allt att utsatta personer och grupper kan manipuleras till att nyttja läkarassisterat självmord. En annan stor risk är att införandet av läkarassisterat självmord innebär ett steg ut på ett sluttande plan där respekten för livet, läkaretiken och förtroendet för sjukvården riskerar att urholkas.

Det tydliga alternativet till att införa läkarassisterat självmord är att istället satsa helhjärtat på att erbjuda en så högkvalitativ palliativ vård som möjligt och att hjälpa patienter som känner hopplöshet och oro, och göra detta med god vård, värdigt bemötande och där så behövs, även ge psykisk behandling. I ett sådant samhälle kan människor i livets slutskede få uppleva en i verklig mening värdig död.

120 *Se exempelvis* S Robin Cohen, Patricia Boston, Balfour M Mount och Pat Porterfield *Changes in quality of life following admission to palliative care units* Palliative Medicine Vol 15, Issue 5, 2016, hämtat från <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1191/026921601680419401>

Källförteckning

Officiella källor:

1. Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, *Oregon's Death with Dignity Act: Annual reports 1999-2015* Samtliga årsrapporter återfinns på adressen <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ar-index.aspx>

New York State Task Force on Life & the Law, *When Death is Sought – Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context chapter 6 – crafting public policy on assisted suicide and euthanasia*, s 125, hämtat från: http://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/when_death_is_sought/chap6.htm

2. Oregon Public Health Division, *FAQs about the Death with Dignity Act*, 26 augusti 2016, hämtat från: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/faqs.pdf>
3. The Oregon Death with Dignity Act Oregon Revised Statute, hämtat från: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf>

Tidskrifts- och tidningsartiklar:

1. Bongehiell, Anders (överläkare på Palliativa Vårdenheten ASIH/Byle Gård); Gyllenhammar, Eva (överläkare och medicinsk chef på Palliativa Vårdenheten ASIH/Byle Gård) och Lundström, Staffan (Med dr, överläkare vid Palliativt Centrum och FoUU-enheten vid Stockholms Sjukhem, Forskningsansvarig i Svenska Palliativregistret), *Sverige halkar inte efter i dödshjälpsfrågan*, DN, 5 februari 2016, hämtat från: <http://www.dn.se/debatt/replikor/sverige-halkar-inte-efter-i-dodshjalpsfragan/>
2. Dore, Margaret (JD, MBA), *'Death with Dignity': What Do We Advise Our Clients?* Bar Bulletin, maj 2009, hämtat från: <https://www.kcba.org/news-events/barbulletin/BView.aspx?Month=05&Year=2009&AID=article5.htm>
3. Drevinger, Joanna, *Barn fick dödshjälp efter slopad åldersgräns*, SvD 17 september 2016, hämtat från: <http://www.svd.se/barn-fick-dodshjalp-efter-slopad-aldersgrans>

4. Flodin, Thomas, *Nej till läkarassisterat självmord!* Läkartidningen nr 32-33 2007 volym 104, hämtat från: http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/7/7225/LKT0732s2215_2215.pdf
5. Golden, Marilyn och Zoanni, Tyler, *Killing us softly: the dangers of legalizing assisted suicide*, Disability and Health Journal 3 (2010) 16-30, hämtat från: <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/PIIS1.pdf>
6. Groenewoud, Johanna H. (MD); Van der Heide, Agnes (MD, PHD); Van der Maas, Paul J. (MD, PHD) och Van der Wal, Gerrit (MD, PHD), *Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-assisted Suicide in the Netherlands*, The New England Journal of Medicine, vol 3342, no 8, 2000, sida 555
7. Göransson, Magnus; Malmgren, Bengt & Seidal, Tomas *Säg nej till sluttande planet* Dagen 8 december 2016
8. Hall, Jeanette, *She pushed for legal right to die, and – thankfully – was rebuffed*, The Boston Globe, 4 oktober 2011, hämtat från: http://archive.boston.com/bostonglobe/editorial_opinion/letters/articles/2011/10/04/she_pushed_for_legal_right_to_die_and__thankfully__was_rebuffed/?camp=pm
9. Hendin, Herbert (MD), *Lessons from the Dutch Experience, - Summary for Congressional Subcommittee on the Constitution: Suicide, Assisted Suicide and Euthanasia*, hämtat från: <http://www.life.org.nz/euthanasia/abouteuthanasia/history-euthanasia11/>
10. Hendin, Herbert (Chief Executive Officer and Medical Director, Suicide Prevention International; Professor of Psychiatry, New York Medical College) och Foley, Kathleen (Attending Neurologist, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; Professor of Neurology, Neuroscience, and Clinical Pharmacology, Weill Medical College of Cornell University; Medical Director, International Palliative Care Initiative of the Open Society Institute), *Physician-Assisted Suicide in Oregon: A Medical Perspective*, Michigan Law Review, juni 2008, vol. 106:1613 s 1613-1639
11. Hendin och Kamisar, *Brief Amicus Curiae of International Task Force on Euthanasia & Assisted Suicide*, Herbert Hendin, MD and professor Yale Kamisar in support of defendants-appellants, 24 april 2009, hämtat från: <https://dredf.org/wp-content/uploads/2012/08/Amicus-brief-Baxter-FROM-ITF.pdf>
12. Hännestrand, Brita (specialist i allmänmedicin och psykiatri), *Det är mest de starka och friska som hörs*, Läkartidningen 2009-03-10, nr 11, hämtat från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11616>

13. Hännestrand, Brita, *Eutanasidebatten befinner sig på ett sluttande plan*, Läkartidningen 2009-05-19, nr 21, hämtat från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=12077>
14. Isacson, Göran (docent, överläkare, Psykiatri Sydväst, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge), *Sluttande planet oundvikligt*, Läkartidningen 2009-03-10, nummer 11, hämtat från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11615>
15. Lövtrup, Michael, *Läkarna tvekar om dödshjälp*, Forskning & Framsteg 19 november 2009, hämtat från <http://fof.se/node/41520/lakarna-tvekar-om-dodshjalp>
16. Ottoson, Jan-Otto (professor emeritus i psykiatri, tidigare sakkunnig i SMER) *Läkarassisterat självmord risk för avhumaniserad vård*, Läkartidningen 2009-01-05, nr 1, hämtat från: <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=11113>
17. Patients Rights Council (PRC), *Problems Associated with Assisted Suicide*, hämtat från <http://www.patientsrightscouncil.org/site/problems-assisted-suicide/>)
18. Respekt – Katolsk rörelse för livet, *Kristna sjukhus i Kanada vägrar ge assisterat självmord*, 6 december 2016, hämtat från: <http://respektlivet.nu/nyheter/nyheter-2016/kristna-sjukhus-i-kanada-vagr-ar-ge-assisterat-sjalvmord>
19. Schmedes, Gregg (Dr), *Physician-assisted suicide is too risky*, AlbuquerqueJournal 30 november 2016, hämtat från: <https://www.abqjournal.com/898299/physicianassisted-suicide-is-too-risky.html>
20. Smith, Kathryn A. (PhD, RN); Harvath, Theresa A. (PhD, RN, CNS, FAAN); Goy, Elizabeth R. (PhD); and Ganzini, Linda (MD, MPH), *Predictors of Pursuit of Physician-Assisted Death*, Journal of pain and symptom management, vol 49 no 3 mars 2015, sida 555-561
21. Öberg, Lisa, fil dr, lektor i historia, *Varför svär inte svenska läkare ed?* Läkartidningen nr 37, 2008, hämtat från <http://www.lakartidningen.se/OldPdfFiles/2001/23409.pdf>

Övriga källor:

22. Association of Northern California Oncologists och Medical Oncology Association of Southern California, *Position Statement on Physician-Assisted Suicide and Opposition to AB 374*, 16 april 2007, hämtat från: [https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20\(Berg\).pdf](https://dredf.org/assisted_suicide/Oncology%20Statement%20on%20AB%20374%20(Berg).pdf)
23. Compassion & Choices, *End-of-life care: Commonly Used Terms*, hämtat från: <https://www.compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2016/02/FS-End-of-Life-Care-Commonly-Used-Terms-FINAL-2.2.16-Approved-for-Public-Distribution-1.pdf>
24. Compassion & Choices, *Explore end-of-life care*, hämtat från: <https://www.compassionandchoices.org/explore-end-of-life-care/>
25. Compassion & Choices, *Medical Aid in Dying is Not Assisted Suicide*, hämtat från: <https://www.compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2016/07/FS-Medical-Aid-in-Dying-is-Not-Assisted-Suicide-FINAL-11.22.16-Approved-for-Public-Distribution.pdf>
26. Death with Dignity, *Oregon Death with Dignity Act: A History*, hämtat från: <https://www.deathwithdignity.org/oregon-death-with-dignity-act-history/>
27. DREDF: *Some Oregon and Washington State Assisted Suicide Abuses and Complications*, hämtat från: <https://dredf.org/wp-content/uploads/2015/04/Revised-OR-WA-Abuses.pdf>
28. DREDF, *Why Assisted Suicide Must Not Be Legalized*, hämtat från: <https://dredf.org/public-policy/assisted-suicide/why-assisted-suicide-must-not-be-legalized/#marker112>
29. House of Lords Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, *Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL]*, Vol. II, p. 262, question 592, hämtat från: <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/4120905.htm>
30. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Avdelningen för psykisk hälsa WHO, *Att förebygga självmord – ett stödmaterial för allmänläkare; psykiska sjukdomar och beteendestörningar*, Geneve 2000, hämtat från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67165/10/WHO_MNH_MBD_00.1_swe.pdf?ua=1
31. Lynoe, Niels; Westerholm, Barbro och Brattgård, Daniel, *Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, promemoria utarbetad av en intern arbetsgrupp i SMER (Statens medicinsk-etiska råd och slutligen överlämnad till rådet inför

- sammanträdet den 28 augusti 2008, hämtat från: <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2008/12/Arbetsgruppens-PM-Patientens-mojlighet-att-bestamma-over-sin-dod.pdf>
32. Marker, Rita *Deadly Compassion The Death of Ann Humphry and the Truth About Euthanasia* (William Morrow & Co 1995)
 33. Physicians for Compassionate Care Education Foundation (PCCEF), *PCCEF Postition on Physician Assisted Suicide*, hämtat från: <http://www.pccef.org>
 34. Rätten Till en Värdig Död (RTVD), *Att bestämma själv – rätten till en värdig död*, Promemoria Bilaga till skrivelse från RTVD till Statsrådet Gabriel Wikström Socialdepartementet 2016-02-21
 35. Statens medicinsk-etiska råd, *Om Smer*, hämtat från: <http://www.smer.se/om-smer/>
 36. Sveriges läkarförbund, *Läkarassisterat självmord*, 23 januari 2014, hämtat från: <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/EAR-anser/Lakaras-sisterat-sjalvmord/>
 37. Sveriges läkarförbund, *Läkarförbundets etiska regler*, hämtat från <http://www.slf.se/Pages/48520/Etiska%20regler.pdf>
 38. The Center for Bioethics and Culture Network (CBC), *Three Things You Should Know About Physician Assisted Suicide*, hämtat från: http://www.cbc-network.org/pdfs/3_Things_You_Should_Know_About_Physician_Aas-sisted_Suicide-Center_for_Bioethics_and_Culture.pdf