

KAPITTEL 13

Erfarenheter från femtio år med dödshjälp i Nederländerna

Theo A. Boer

Protestantse Theologische Universiteit, Groningen

Abstract: Worldwide the Netherlands has the broadest experience with organising euthanasia and assisted suicide. Roughly, three phases may be distinguished: in 1968–1985 euthanasia was vividly debated but, as it was illegal, it was at best tolerated. Since 1985, beginning with a verdict of the Supreme Court, euthanasia became officially tolerated and legalised in two steps in 1994 and 2002, respectively. The numbers then stabilised until 2006. The onset of the third phase was in 2007. Since that year, the numbers tripled, new pathologies were accepted as a reason for euthanasia, the number of people with a long life-expectancy increased, and mobile euthanising teams were established that provide euthanasia without a prior doctor-patient relationship. These developments were made possible by a combination of cultural developments, the absence of restrictive legal norms, and the almost unlimited mandate of the Review Committees.

Keywords: assisted dying, cultural development, euthanasia, the Netherlands, review committees

1 Dödshjälp under åren 1968–2006¹

Decennier av diskussioner föregick legaliseringen av dödshjälp i Nederländerna år 2002. År 1968 initierade psykiatern J. H. van den Berg diskussionen genom sin bok *Medische macht en medische ethiek* (*Medicinsk*

1 Detta bidrag är en utvidgad och uppdaterad version av Boer, 2018. Godkänd för användning av förlaget Taylor & Francis. Sedan det här kapitlet utgivits den 13 maj 2020 har det uppdaterats med några mindre, språkliga revideringar.

Sitering av denne artikkelen: Boer, T. A. (2020). Erfarenheter från femtio år med dödshjälp i Nederländerna. I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 13, s. 251–273). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch13>.
Lisens: CC BY 4.0.

makt och medicinsk etik) (van den Berg, 1968). Genom att använda grafiska illustrationer över allvarligt och onödigt lidande resonerade författaren kring det faktum att en sjukvård som har gjort så betydande framsteg med att förlänga liv även borde ha modet att kunna avsluta liv. År 1972 grundades Nederländska föreningen för frivillig eutanasi (NVVE) som snart blev världens största organisation i sitt slag. Ännu ett decennium av diskussioner följde därefter med en omfattande »under-the-radar»-praxis. År 1984, i Schoonheim-domen, frikände högsta domstolen en läkare som hade utfört dödshjälp. Domstolens motivering var att läkaren befann sig i en förpliktelsekonflikt och agerade i enlighet med riktlinjer som fastställts av Kungliga nederländska läkarförbundet KNMG (Weyers, 2002; Thomas, 1984; Gevers, 1996). År 1985 resulterade en rapport utförd av »Statens Eutanasiutskott» i ett avtal mellan KNMG, hälsovårdsministeriet och allmän åklagare: en läkare som utförde dödshjälp och rapporterade detta till allmän åklagare skulle inte bli åtalad om särskilda villkor uppfylldes (Staatscommissie Euthanasie, 1985). Begreppet »dödshjälp (eutanasi)» innebar från och med nu uteslutande dödshjälp på begäran av patienten.

År 1994 fick befintlig praxis en första juridisk bas i form av ett tillägg till den nederländska begravningslagen. Inom ramen för denna lagstiftning var dödshjälp fortfarande straffbar, men väl rapporterad till en allmän åklagare väcktes inte åtal om följande villkor uppfylldes:

- a. läkaren var övertygad om att patienten hade gjort en frivillig och väl övervägd begäran;
- b. läkaren var övertygad om att patientens lidande var outhärdligt och att det inte fanns någon utsikt till förbättring;
- c. läkaren hade informerat patienten om aktuell situation och prognos;
- d. läkaren hade kommit fram till slutsatsen, tillsammans med patienten, att det inte fanns något rimligt alternativ mot bakgrund av patientens situation;
- e. läkaren hade konsulterat minst en annan oberoende läkare, som måste ha träffat patienten och gett ett skriftligt utlåtande gällande tillbörligt vårdkriterium, som hänvisas till i punkt a till d ovan;

- f. läkaren hade avslutat patientens liv eller tillhandahållit självmordshjälp med tillbörlig medicinsk vård och omsorg.

Allmän åklagare skulle bedöma varje enskilt fall i efterhand. Endast efter det att allmän åklagare slagit fast att kriteriet hade uppfyllts kunde en läkare vara säker på att det inte skulle väckas något åtal. Med hänsyn till det stora antalet fall av dödshjälp, behovet av specialistkompetens gällande bedömning av rapporter och en utbredd allmän önskan om att avkriminalisera proceduren fattade regeringen 1998 ett beslut om att det mesta av åklagarens arbetsuppgift skulle övertas av fem regionala kontrollkommissioner (RKK), bestående av en advokat, en läkare och en etiker. RKK-instanserna tog fram ett utkast till beslut till åklagaren, som hade ansvar att fatta det slutgiltiga beslutet.

Det bör noteras att ytterligare några potentiella kriterier som debatterades under åren inte inkluderades: en varaktig patient-läkarrelation; att patienten själv skulle administrera det dödliga läkemedlet; att en patient skall vara helt beslutsför och vid medvetande när dödshjälpen utförs; att närstående skall underrättas och/eller konsulteras innan dödshjälp utförs; att patientens begäran skall vara bestående; att den behandlande läkaren skall kunna tillhandahålla alternativa möjligheter, om tillämpligt, och inte endast dödshjälp; att patienten måste ha lidit av en medicinskt klassificerbar sjukdom och, kanske viktigast av allt, att en oundviklig naturlig död förväntades inom en överskådlig framtid. Alla andra jurisdiktioner utanför Beneluxländerna som legaliserade dödshjälp – delstater i USA, Victoria (Australien), Kanada, Colombia – inkluderade en »förutsägbar död» som kriterium. Även om ytterligare kriterier såsom dessa inte inkluderades, fungerade många av dem som »bakgrundskriterier» i granskningsproceduren under minst ett decennium efter 1994. Detta gäller i synnerhet kriteriet rörande »förutsägbar död», patient-läkarrelation, beslutskompetens, varaktig begäran, alternativa åtgärder och fysisk sjukdom. Om något av dessa villkor inte uppfylldes, kunde en rapporterende läkare nästan vara säker på att en RKK skulle vara kritisk och ställa ytterligare frågor. Under 1990-talet var dödshjälp rättfärdigat av många på basis av att det var nödvändigt i syfte att förebygga en plågsam död. Vi kan hänvisa till dessa fall som

»traditionella eutanasi fall». I tider när palliativ vård i Nederländerna endast utvecklats till viss del kunde många stödja möjligheten att ge en patient dödshjälp, på patientens begäran, i syfte att avsluta en plågsam döds kamp som i hög grad även skulle traumatisera anhöriga och andra personer.

År 2002 instiftades det andra och slutgiltiga arrangemanget i form av en separat lagstiftning »Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act» (hädanefter kallad eutanasilagen) (Weyers, 2002). De viktigaste elementen i denna lagstiftning är att granskningskommittéernas ansvarsområde och uppgift blev juridiskt bindande istället för rådgivande. Genom att man placerade åklagaren på avstånd trodde man att den rapporterade proceduren skulle bli mindre stressande för läkare.

Eutanasilagen utgör exempel på nederländsk pragmatism som även ligger till grund för andra liberala lagar (såsom de lagar som reglerar homosexuellas rättigheter, lätt narkotika och prostitution). Hellre än att lämna viss praxis under radarn tror nederländerna på procedurer baserade på transparens, genomförbarhet och kompromiss. Precis som i överenskommelser 1985, 1994 och 1998 förblev eutanasi ett brott och kan straffas med fängelse på upp till tolv år. På sätt och vis är den nederländska eutanasilagen därför en paradox. Eutanasi är legaliserat, dock endast i efterhand – efter det att en RKK har granskat och godkänt det – och aldrig i förväg. Det kan aldrig bli ett professionellt åtagande, en läkare har inte ens skyldighet att hänvisa en patient till en kollega som skulle kunna åta sig att utföra dödshjälp. I syfte att hindra denna lagstiftning från att bli verkningslös har en omfattande granskningsapparat inrättats som involverar 45 RKK-medlemmar (jurister, läkare och etiker) och två dussin sekreterare och tjänstemän. Årsrapporter erbjuder statistik på nederländska och engelska gällande antalet eutanasi fall, specialiteter hos läkare som utför dödshjälp samt patientens diagnos, förstärkt med fallbeskrivningar om banbrytande dödshjälpsfall och dödshjälpsfall som inte uppfyller kriterierna. De flesta RKK-domar finns tillgängliga online i anonym form. Femårsanalyser har publicerats sedan 1991 (van der Maas, van Delden, van der Wal & Pijnenborg, 1991; van der Wal & van der Maas, 1996; van der Wal, van der Heide, Onwuteaka-Philipsen

& van der Maas, 2003; Onwuteaka-Philipsen, Gevers, van der Heide & van Delden, 2007; van der Heide, Legemaate, Onwuteaka-Philipsen, Bolt & van Delden, 2012; Onwuteaka-Philipsen, Legemaate, van der Heide & van Delden, 2017). Noggrannheten som kringgärdar administrationen av dödshjälp visar att de nederländska lagstiftarna är medvetna om vilken mycket speciell handling eutanasi är.

Instiftandet av eutanasilagen år 2002 blev början på en relativt lugn period, hjälpt av resultatet från en statlig utvärdering samma år som visade att antalet fall av dödshjälp legat på en stabil nivå under några år (van der Wal et al., 2003). År 2003 gjorde den ledande nederländska dagstidningen *NRC Handelsblad* en intervju med Gerrit van der Wal och Paul van der Maas, som båda varit involverade i tre statliga utvärderingar (Oostveen, 2003).

F: Vilket var det mest överraskande utvärderingsresultatet för Er?

Van der Maas: Att antalet fall av eutanasi och assisterat självmord stabiliseras.

F: Befinner sig nu inte Nederländerna på det internationellt fruktade sluttande planet?

Van der Maas: Nej. Trots det faktum att vi hade förutspått en viss ökning.

Van der Wal: Det var på grund av att behovet av kontrollerad dödshjälp även fastställs med hänsyn till kulturella förhållanden. Efter vår tidigare utredning, för 6 år sedan, förväntade vi oss att behovet av eutanasi skulle öka på grund av att en ny, mer självsäker generation blir äldre. Detta påvisas inte i insamlade data.

F: Sedan 1995 är antalet fall av eutanasi de facto uppenbarligen oförändrat. Vad innebär det?

Van der Maas: Detta kan innebära att antalet fall av eutanasi inte kommer att ändras under de kommande åren. Jag förväntar mig faktiskt det. Att detta är ungefär det behov vi har av eutanasi i Nederländerna.

Nästa utvärdering, baserad på data från 2005 och publicerad 2007, bekräftar och styrker dessa undersökningsresultat. Siffrorna låg kvar på en stabil nivå och en betydande ökning när det gäller rapporteringsvilja noterades (Onwuteaka-Philipsen et al., 2007). Inte endast eutanasiförespråkare utan även skeptiker var imponerade över dessa

undersökningsresultat. Vid internationella utbyten drog många slutsatsen att andra länder skulle kunna ha nytta av att ta efter exemplet med det nederländska experimentet.

2 Utvecklingen under åren 2007–2018

Efter denna initiala stabilisering inträffade några viktiga ändringar: en ökning av antalet dödshjälpsfall, en expansion gällande diagnoser en ökning gällande förväntad livslängd och förekomst av eutanasi utan en föregående patient-läkarrelation. Jag kommer att lyfta fram dessa förändringar med mina personliga erfarenheter i åtanke: under perioden 2005–2014 var jag medlem i en RKK och granskade nästan 4 000 dödshjälpsfall. I mer än 3 700 fall gjorde jag anonyma anteckningar gällande ålder, sjukdom, förväntad livslängd etc. och, dessutom, etiskt betydande element. På det sättet kunde jag följa utvecklingen nära. Tyvärr är dock publiceringen av dessa data förbjuden.

2.1 Antalet dödshjälpsfall

Från och med kring år 2007 återupptog siffrorna sin uppåtgående trend: från 1 923 år 2005 till 6 126 år 2018, vilket är en ökning på 219 % (Regionale toetsingscommissies euthanasie, 2019). Anonyma statliga uppskattningar signalerade en liknande ökning (från 2 425 år 2005 till 6 800 år 2015 eller 180 %, diagram 1).² En del har i media hävdade att ökningen speglar utvecklingen gällande övergripande dödlighet, men den siffran ökade med endast 12 % under perioden 2005–18 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). Inte heller kan ökningen ha blivit förorsakad av en sämre palliativ vård: under de senaste decennierna har betydande framsteg gjorts och gradvis kan den kvalitetsnivå som palliativ vård nu uppnått jämföras med den palliativa vård som återfinns i andra europeiska länder (Lynch, Connor & Clark, 2013). Enligt den statliga utvärderingen

² Skillnaden mellan siffrorna i femårsutvärderingarna och de utvärderingar som utförts av kommittéerna kan utgöra en gråzon av fall av dödshjälp som ägde rum, men som inte rapporterats. Denna gråzon har även utökats: från 493 fall under 2005 till 1 284 under 2015.

från 2007 (baserad på data från 2005) förorsakades minskningen av antalet fall av dödshjälp av förbättringar inom palliativ vård (Onwuteaka-Philipsen et al., 2007). Intressant att notera, som kan ses nedan, är att siffrorna visar en plötslig minskning under 2018. Det återstår att se huruvida denna minskning är indikativ för en omsvängningstendens eller om den skall förklaras i form av »en variation i siffrorna» som Jacob Kohnstamm, koordinerande ordförande för RKK-instanserna, föreslog i samband med presentationen av siffrorna för 2018 (DeJong, 2019). Kohnstamm pekade på det faktum att siffrorna under de första månaderna 2019 återtog sin uppåtgående trend och visar en ökning på 9 % jämfört med 2018.

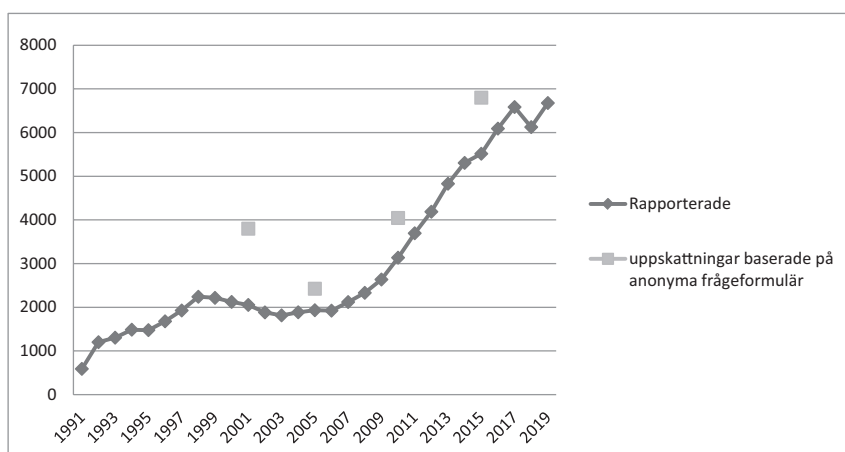


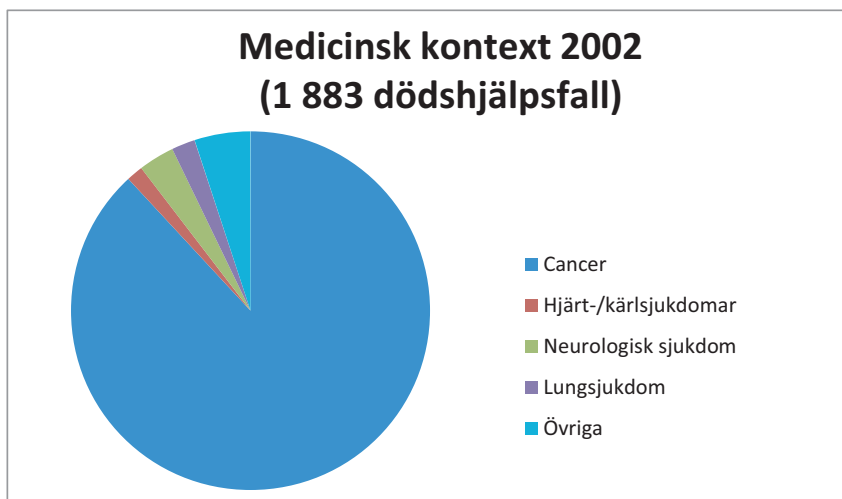
Diagram 1. Rapporterade dödshjälpsfall 1991-2018. 2019: uppskattning

Den statliga utvärderingen 2017 kunde fastställa att under 2015 var 4,5 % av alla dödsfall i Nederländerna en följd av eutanasi. Urbana och mer sekulariserade regioner har ett högre antal och antyder att antalet kan komma att fortsätta stiga: i provinsen Noord-Holland, vars största stad är den nederländska huvudstaden Amsterdam, står eutanasi för 7,3 % av alla dödsfall, där en begäran om eutanasi har inlämnats i 11,9 % av alla dödsfall (Onwuteaka-Philipsen, 2017). I vissa områden står eutanasi för 14 % av alla dödsfall (Boer & Groenewoud, 2020). Tillsammans med eutanasi är även palliativ sedering på uppgång och stod för 17,6 % av alla dödsfall under 2016 (Onwuteaka-Philipsen et al., 2017; Stichting

Farmaceutische Kengetallen, 2017). Medicinsk inflytande på när och hur man dör i Nederländerna är förmodligen större nu än den någonsin varit tidigare. Utvärderingen rekommenderar forskning gällande orsaker av ökat antal fall av dödshjälp och gällande praxis för palliativ sedering (Onwuteaka-Philipsen et al., 2017).³

2.2 Patologi

Under de första åren av nederländsk eutanasi-praxis ägde merparten av dödshjälpsfallen rum i en kontext med obotlig sjukdom (cancer, AIDS, progressiva neurologiska sjukdomar), dagar eller veckor innan en naturlig död skulle ha inträffat och med patientens familjeläkare som utförde dödshjälpen. Dessa fall, som i granskningsproceduren ofta kallades »traditionella eutanasi-fall», uppvisar starka likheter med den dödshjälp som numera diskuteras i olika länder runt om i världen. Som kan ses i diagrammen 2a och 2b har nu nederländerna gått in i en annorlunda fas, i vilken den relativt största ökningen avseende dödshjälp är för icke-cancerpatienter:



³ Givet likheterna mellan eutanasi och palliativ sedering förespråkar ordförande Wim Distelmans i Belgian Federal Control and Evaluation Commission en rapporterad procedur för palliativ sedering som skulle vara likartad den som krävs för eutanasi (Distelmans, 2017).

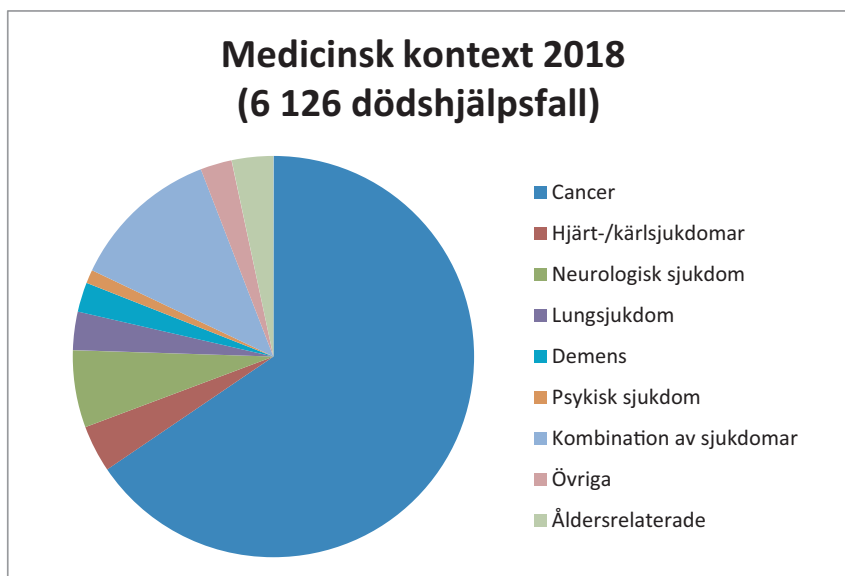


Diagram 2a och 2b. Medicinsk patologi som ligger till grund för dödshjälp i Nederländerna, 2002 och 2018.⁴ Kategori »övriga» under år 2002 kan inkludera tillfälliga fall av psykisk ohälsa och demens.

2.3 Förväntad livslängd

Traditionella eutanasi fall utgjorde största delen av rapporterna fram till år 2007. Kontexten för allmänt godkännande av eutanasi under pionjäråren var övertygelsen att eutanasi ibland kan vara ett försvarbart alternativ för patienter vars naturliga död förväntas inträffa inom några dagar eller veckor. Det fanns dock några märkbara undantag. Ett antal domslut och rättsliga avgöranden sedan 1970-talet, i synnerhet Wertheim-, Schoonheim- och Chabot-fallen, gällde patienter vars naturliga och oundvikliga död rimligen inte var förutsägbara (Weyers, 2002). Under 1985 diskuterade de två största protestantiska kyrkosamfundet, med empati, förekomsten av en »psykologisk slutfas» (Samen op Weg Kerken, 1998; Boer, 2016).⁵ Och även om några lokala riktlinjer kan ha

4 Antalet dödshjälpsfall under 2002: cancer 1 658, hjärt-/kärlsjukdomar 28, neurologisk sjukdom 61, lungsjukdom 40, övriga (inklusive tillfälliga fall av psykisk sjukdom och demens 95). Under 2018: cancer 4 013, hjärt-/kärlsjukdomar 231, neurologiska sjukdomar 382, lungsjukdom 189, demens 146, psykisk sjukdom 67, kombination av sjukdomar 738, övriga 155 och åldersrelaterade 205.

5 Nederländsk kalvinistisk protestantism har förmodligen bidragit på ett betydelsefullt sätt när det gäller acceptansen av eutanasi (Boer, 2016).

varit olika (exempelvis vid sjukhus), så var en förutsägbar död aldrig en del av de nationella riktlinjerna. När det gäller de sällsynta undantag där en patient inte var nära en naturlig död fanns det ett brett, allmänt delat förtroende för att läkare skulle agera med måttfullhet och återhållsamhet. Såsom nämnts tidigare fungerade en förutsägbar död som ett bakgrundskriterium i granskningsproceduren: varken officiell eller avgörande, men icke desto mindre viktig för analys och bedömning av en rapport. Om en eutanasipatient väntades ha längre tid än några månader att leva, fanns det en rimlig chans att en RKK skulle ställa ytterligare frågor.

Från omkring år 2007 och framåt blev det tydligt att det skett en svängning när det gäller förväntad livslängd hos personer som fick dödshjälp. I den statliga femårsutvärderingen 1991 uppskattade man att av alla dem som fick dödshjälp år 1990 hade 1 % mer än ett halvt år kvar att leva (van der Maas et al., 1991; Boer, 2017a). Tjugofem år senare hade denna procentandel ökat till 8 %. I absoluta tal innebar detta en ökning från 27 till 544 patienter per år.

2.4 Mobila eutanasiteam

Traditionellt sett var en långvarig patient-läkarrelation ett avgörande element i nederländsk eutanasipraxis; det ansågs allmänt vara en av garanterna för en omsorgsfull praxis. Skuggsidan av systemet med familjeläkare är att några patienter med en eutanasibegäran relativt sent kommer att få reda på att deras ordinarie läkare inte kommer att tillhandahålla dödshjälp på grund av professionella, emotionella eller religiösa skäl.⁶ Andra läkare kanske inte har något emot eutanasia *per se*, men vägrar att utföra handlingen för denna patient i denna särskilda situation: vissa fall är ovanligt komplexa, en del läkare befarar svårigheter i granskningsproceduren, en del vill endast ge dödshjälp till patienter som har en obotlig sjukdom och andra tycker att patientens lidande inte är outhärdligt

⁶ Utvärderingen 2017 visade att procentandelen läkare som aldrig vill ge dödshjälp till en patient har ökat från 11 % år 2001 till 19 % år 2016 (Onwuteaka-Philipsen et al., 2017). Denna uppgift inkluderar inte psykiatrer. Av psykiatrer indikerar en majoritet på 63 % att de aldrig kommer att utföra eutanasia, en ökning från 53 % år 1995 (ibid.).

eller hopplöst. Utifrån omtanke om patienter som nekats dödshjälp av sina egna läkare grundade den nederländska dödshjälpsorganisationen NVVE den så kallade »Levensindekliniek» (Dödshjälpskliniken) i Haag. Initialt finansierades kliniken genom donationer, men sedan dess har det genererats tillräckligt med intäkter från försäkringsbolag för att täcka klinikens kostnader.

Kliniken slog upp dörrarna i början av 2012. Den omfattar en byggnad men är inte en klinik tekniskt sett: den består av ett nätverk av mobila team som besöker patienter i deras hem eller i deras sjukvårdsinstitutioner och som utför dödshjälp på plats. Klinikens team – mer än 50 team som består av en läkare och en sjuksköterska – arbetar rikstäckande. Ett team träffar en patient minst en gång innan man fattar ett »go»- eller »no-go»-beslut. Därefter följer normalt ytterligare ett eller två möten. Det faktum att dessa patient-läkarrelationer kan vara intensiva och laddade förändrar inte det faktum att en dödsönskan bildar enda bas för denna relation. Dessa läkare accepterar för det mesta andra läkares diagnos och föreslår ibland behandling, men deras huvudsakliga uppgift är att besluta om och potentiellt utföra dödshjälp, på patientens begäran. Kliniken har vare sig finansiering eller expertis för att kunna erbjuda någon form av behandling. Under de senaste åren har klinikens läkare även tillhandahållit expertis och support till patientens egna läkare i en dödshjälpsprocess. Detta verkar vara en herkulisk uppgift eftersom, såsom indikerats, antalet läkare som är beredda att tillhandahålla dödshjälp minskar.

Medan RKK-instanserna under tidiga år skulle ha varit mycket kritiska gällande frånvaron av en patient-läkarrelation och frånvaron av alternativa behandlingsmöjligheter, är dessa två »frånvaro»-förhållanden nu inte längre en grund för RKK-instanserna att underkänna klinikens eutanasi. Detta innebär alltså att dessa bakgrundskriterier inte längre fungerar. År 2012, när kliniken öppnade, fick 53 patienter dödshjälp. Under 2019 hade denna siffra ökat till 898 patienter (Expertisecentrum euthanasie, 2020). Detta innebär inte att kliniken ger dödshjälp till vem som helst eller hur som helst: 2019 fick den 3 122 förfrågningar om eutanasi och var tvungen att avslå 71 % av dessa förfrågningar. Sedan 2018 har kliniken bytt namn till »Expertisecentrum eutanasi».

2.5 Dödshjälp som ett alternativ till våldsamt självmord?

Det förs ibland diskussioner om att tillgängligheten av dödshjälp kommer att leda till lägre självmordstal. Det finns en viss intuitiv vädjan i detta argument. Valmöjligheten med eutanasi kan för några patienter vara anledning att avstå från självmord och istället vänta på att en läkare hjälper dem. För många kan valmöjligheten med en »nödutgång» höja deras livskvalitet och några som annars kanske hade tillgripit självmord kan finna mod att fortsätta leva. För dem som är fast beslutna att begå självmord kan dödshjälp dessutom tillhandahålla ett mer fridfullt och lämpligt sätt att dö, ett mer fridfullt avsked och mindre trauma för efterlevande.

Att dödshjälp finns tillgängligt i dessa fall tycks emellertid inte leda till lägre självmordstal. För det första kommer impulsiva självmord fortsätta att inträffa, särskilt med hänsyn till de relativt långa procedurerna kring eutanasi för patienter med en psykiatrisk diagnos. För det andra tycks inte alla patienter med en dödsönskan önska assistans för att avsluta sina liv. En del kanske inte vill få hjälp alls; hos andra patienter (särskilt de som har psykiatriska sjukdomar) »kräver» deras ilska och panik så att säga en dramatisk död snarare än ett fridfullt, organiserat sätt att dö. För det tredje kan valmöjligheten eutanasi för patienter med längre livslängd underminera statliga åtgärder för att förhindra självmord.⁷ För det fjärde kan valmöjligheten eutanasi göra att patienter inte söker behandling: varför skall man gå igenom en lång behandling utan garantier om dess effektivitet medan den mest drastiska lösningen på ens lidande är inom räckhåll (se kap. 11)? För det femte föredras dödshjälp inte av alla anhöriga: i två fall i Belgien har anhöriga till patienter med psykisk ohälsa som fått dödshjälp inkommit med klagomål mot läkare för att ha visat nonchalans och försumlighet i samband med dödshjälp.⁸ Till ett sjätte argument återkommer vi nedan: eutanasi kan bidra till ett kulturellt klimat i vilket dödshjälp figurerar som en lösning på allt svårt lidande.

7 Jfr litteratur om så kallade copy cat- och Werther-effekter.

8 <https://www.theguardian.com/world/2018/nov/27/belgium-launches-first-criminal-investigation-of-euthanasia-case>; <http://www.bioethics.net/2019/01/mortier-v-belgium-court-reviews-euthanasia-for-psychiatric-suffering/>.

Utöver dessa argument finns det inte heller tunga empiriska bevis som stödjer påståendet att eutanasi leder till färre självmord, åtminstone inte utifrån den nederländska kontexten. Antalet självmord i Nederländerna har ökat avsevärt under det senaste decenniet. I tider när antalet rapporterade fall av dödshjälp som en procentandel av totalt dödstal tredubblades från 1,3 % under år 2002 till 4,4 % under 2017 ökade även antalet självmord: från 1 567 under år 2002 till 1 917 under år 2018, vilket är en ökning på 22,3 %. Antalet självmord nådde en relativt låg nivå på 1 353 under år 2007; siffrorna för 2018 representerade inte bara en tillväxt på 41,7% utan nådde också den högsta nivån någonsin. Detta är ännu mer signifikant givet det faktum att eutanasi från år 2009 och framåt började bli tillgänglig för personer med psykisk sjukdom, demens och andra kroniska sjukdomar, såsom beskrivits ovan. När det gäller procentandel för övergripande mortalitet ökade antalet självmord från 1,01 % under år 2007 till 1,27 % år 2018.

Om vi jämför dessa siffror med siffror från några grannländer som liknar Nederländerna vad gäller etnicitet, ålder, religion och kultur, så kan vi konstatera att Nederländerna har den största ökningen av antalet självmord. Ökningen av antalet självmord från år 2008 och framåt kan inte enbart förklaras i termer av ekonomiska problem, såsom några har framhållit (Francis, 2017), eftersom grannländerna påverkades på ett likartat sätt under krisen år 2007 utan att se en ökning av antalet självmord. Av dessa länder visar Belgien (som erbjuder eutanasi) de facto en minskning av antalet självmordsfall, men fortsätter att vara ett av de länder i Europa som toppar självmordsstatistiken (Boer, 2017b).

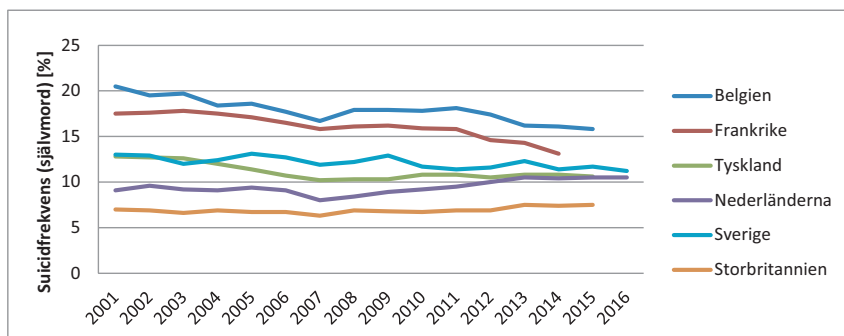


Diagram 3. Suicid (självmord) i Nederländerna jämfört med suicidfrekvens för några av grannländerna, per 100 000 invånare (OECD, 2018).

2.6 Övrig utveckling

Fall som accepterades av RKK-instanserna och vilka fortsätter att väcka allmän debatt (både för och emot) gäller dödshjälp vid demens, vid ackumulerade åldersrelaterade åkommor, vid psykisk sjukdom och i särskilda fall såsom blindhet, autism, sorg eller arbetslöshet i kombination med ett medicinskt tillstånd. Slutligen har även ett starkt tilltagande antal fall av »eutanasiför två» rapporterats.

Medan vi skriver utforskas och diskuteras även andra grunder. En av dem är eutanasi för personer som inte har medicinska åkommor men som har ett »fullbordat liv». Det gäller personer som är över 70 eller 75 år och som känner att de är bortkopplade, fjärrade, ensamma eller helt enkelt »fått nog» (Ministerie van Volksgezondheid, 2016). Dessutom förs diskussion om eutanasi för personer med avancerad demens som har förhandsdirektiv (livstestamente) samt eutanasi för barn i åldrarna 1–11 år. Den 11 september 2019 beslutade domstolen i Haag att frikänna en läkare i den så kallade »kaffe-eutanasin». Läkaren utförde dödshjälp på en patient i ett avancerat stadium av demens. Att denne gjorde motstånd och dödshjälpen behövde utföras med fysiskt tvång, var för domaren inte anledning att bedöma händelsen som mord. Patienten saknade beslutskompetens och hennes förhandsdirektiv, som innebar en ansökan om dödshjälp i en situation av avancerad demens, ansågs som ledande (Karasz, 2019). Denna banbrytande dom bekräftades den 23 april 2020 av Högsta domstolen. Av jämförbar vikt är en rapport som publicerades i oktober 2019 i vilken ledande nederländska barnläkare argumenterar för att möjliggöra dödshjälp för barn mellan 1 och 12 år (Brouwer et al., 2019). De två senare utvecklingarna bryter mot befintlig nederländsk konsensus gällande att »eutanasiför två» endast görs på begäran» och markerar en återgång till eutanasi som »barmhärtig död». Detta är den form i vilken eutanasi gjorde sitt intåg i den nederländska diskussionen år 1968 (van den Berg, 1968).

3 Kontrollkommittéernas roll

I den tilltagande liberala tolkningen av lagstiftningen har kontrollkommittéerna (RKK) spelat en avgörande roll. I efterhand visade sig juridiska

kriterier, under 1990-talet ofta kallade »strikt», vara strikta främst på grund av att kommittéerna under de första åren använde vissa inofficiella »bakgrundskriterier» till vilka vi hänvisade ovan. Nederländsk lagstiftning är, till punkt och pricka, en av de liberalaste i sitt slag, inte minst på grund av kommittéernas omfattande mandat gällande tillämpningen av lagstiftningen. Sedan eutanasilagen år 2002 avger en RKK ett slutgiltigt utlåtande vid utfärdande av fastställelseedomar. Om en kommitté beslutar att ett fall uppfyller kriterierna, är ärendet stängt och åklagaren får ingen tillgång till akten. Under åren efter 2008 uppkom en mängd banbrytande rapporter: patienter med en psykiatrisk diagnos, patienter med ackumulerade åldersrelaterade åkommor, annars friska personer som led av blindhet, personer med autism, personer med demens i ett tidigt skede, personer med avancerad demens och, efter 2012, personer som hade fått hjälp utanför en befintlig patient-läkarrelation. RKK-instanserna slog fast att sådana saker förtjänar extra uppmärksamhet på grund av deras komplexitet. Men mot bakgrund av eutanasilagstiftningen fann de att sådana fall inte kategoriskt kunde avslås.

Det råder inget tvivel om att en del eutanasiförespråkare välkomnade denna utveckling. RKK-ledningen framhöll med tilltagande kraft att det rörde sig om en »utforskning av eutanasilagstiftningens fulla potential». Enligt kommittéerna hade lagstiftaren alltså förutsett denna utveckling från början. Jag instämmer inte: jag tror i själva verket att många i parlamentet – om än inte majoriteten – inte förutsåg en mer liberal praxis som vi sett under den senaste tiden, än mindre gynnade den. En del av liberaliseringen av RKK-beslut kan kopplas till ett ganska så »jordnära» fenomen: tidsbrist. Från 2008 till 2012 såg kommittéerna inte bara en betydande ökning gällande antalet rapporter utan även en omfattande ökning gällande antalet mycket komplexa ärenden, dvs. ärenden av sådan komplex beskaffenhet att en kommitté tidigare skulle ha behövt lägga ner timmar eller dagar på varje ärende för att kunna fatta beslut. När kommittéerna väl hade fått nödvändig personalförstärkning, hade de flesta banbrytande fallen redan passerat förbi.

Tidsbrist är ett av problemen i granskningsproceduren. Ett annat problem är brist på insyn och transparens. RKK-beslut fattas bakom stängda dörrar. Inga mötesanteckningar av kommittéernas samtal och

överläggningar görs, förutom för de delar i vilka läkare blir hörda. Oftast beskriver en dom och ett utlåtande endast en del av kommittémedlemmarnas reservationer, om ens överhuvudtaget. Domarna utfärdas utan de samhällsdebatter som borde föras i samband med sådana banbrytande beslut. I april 2017 bekräftade RKK-ordförande Jacob Kohnstamm detta problem och förespråkade möjligheten att presentera RKK:s beslut för Högsta domstolen (Regionale toetsingscommissies euthanasie, 2019; se rapport för 2016).

Ett tredje problematiskt element i granskningsproceduren är det faktum att läkare måste rapportera sina egna handlingar och därmed potentiellt bidra till sina egna åtal. Denna paradoxala situation kan hindra läkaren från att yppa alla relevanta fakta och uppgifter. Det förekommer att ärenden inlämnas i vilka svaren i det standardmässiga rapportformuläret är oproblematiska, men i vilka de bifogade medicinska handlingarna innehåller uppgifter (exempelvis om påtryckningar från familjen eller beslutskompetens) som kan vara orsak för en RKK att närmare granska ärendet. En läkare kunde i princip kringgå detta genom att inte bifoga alla handlingar, utan bara de som krävs av kommittéerna: det standardmässiga rapportformuläret, patientens skriftliga direktiv, samt rapporten från den konsulterande läkaren – SCEN-läkaren.⁹ Bortsett från dessa dokument, eventuellt kompletterade med samtal med de involverade läkarna, har kommittéerna inga möjligheter att kontrollera en rapportets sanningsenlighet.

4 Diskussioner

En mer omfattande analys skulle vara på sin plats för att identifiera den kulturella bakgrunden till dessa utvecklingar än vad som kan vidtas här. Det råder inget tvivel om att det finns sanning i de observationer som professor van der Wal 2003 gjorde gällande, att det finns ett ökat behov av ett »kontrollerat livsavslut». Den statliga utvärderingen från 2017 kan även vara korrekt gällande antydning om att det föreligger en minskad

9 SCEN står för Support and Consultation Euthanasia in the Netherlands. SCEN består av ett nätverk av läkare som är utbildade för att bedöma eutanasiöfrågor och för att hjälpa läkare att fatta beslut.

tolerans i samhället avseende lidande (Onwuteaka-Philipsen et al., 2017). Detta innebär inte en minskad grad av medkänsla utan snarare att medkänsla alltmer även omfattar beredskap för dödshjälp.

Det som är avgörande i alla diskussioner om dödshjälp är hållbarheten hos valda kriterier. Under åren har kriterierna som valts av nederländarna visat sig vara både svårhanterliga och moraliskt diskutabla. Detta gäller särskilt kriteriet outhärdligt lidande. Under åren, med en palliativ vård som gjort betydande framsteg, har kommittéerna sett beskrivningarna »outhärdligt lidande» svänga från fysiska orsaker såsom smärta, illamående, trötthet och dyspné (andnöd) till mer andliga orsaker: bristande kontroll, vårdberoende, meningslös väntan och ensamhet. Om fysiskt lidande upplevs som outhärdligt eller inte beror i hög grad på individuella faktorer (religiösa, sociala, biografiska, ibland till och med ekonomiska). Med hänsyn till dessa skiljaktigheter mellan patienter måste läkare till syvende och sist förlita sig på patientens egna bedömning av sitt lidande. I praktiken har kriterierna »outhärdligt lidande» och »informerad begäran» således blivit svåra att särskilja.

Bortsett från dessa epistemiska svårigheter (dvs. svårigheter gällande att få insikt), så finns det även en etisk angelägenhet: vem – läkare, konsulterande läkare, RKK-medlemmar – kan hävda att en person som säger att lidandet är outhärdligt inte lider »i en grad som är tillräckligt allvarlig»? Kriteriet outhärdligt lidande har oavsiktligt bidragit till en arena för förhandlingar mellan patienter och läkare, öppen för både medicinsk förmyndarmentalitet och patientmanipulation. Medicinsk förmyndarmentalitet, på grund av att ett läkarutlåtande gällande patientens situation kan påverkas av läkarens yrkesmässiga, känslomässiga, etiska och religiösa betänksamheter inför eutanasi. Och patientmanipulation, på grund av att patienter som har högre utbildning och bättre kan presentera sitt fall för en läkare har större chans att få sin anmodan beviljad. En sådan form av manipulation illustreras i en artikel i KNMG:s veckotidning *Medisch Contact* som har titeln »Eutanasi för nybörjare. Tio tips för en framgångsrik begäran om dödshjälp» (van Tol, van de Vathorst & Keizer, 2008). Enligt författarna kan patienter som understryker de fysiska aspekterna gällande deras lidande, som avstår från att hänvisa till att vara en belastning för sina anhöriga, som avstår från att hänvisa till

sina hobbies glädjeämnen och framtidsplaner, som stannar kvar i sängen när en (konsulterande) läkare kommer på besök istället för att öppna dörren själva etc., ha en större chans att erhålla dödshjälp. Att övertyga en läkare att utföra eutanasi kan sålunda bli ett spel, en förhandlingsprocess med ett resultat som kan vara olika från patient till patient och från läkare till läkare. Bara en del kommer att lyckas få igenom sin begäran. Effekten kan vara en oavsiktlig men allvarlig ojämlikhet mellan patienter, något som är svårt att vidmakthålla i en era av rättvisa och patientens självbestämmanderätt.

Även två andra kriterier – frånvaron av en förbättringsutsikt och frånvaron av ett rimligt alternativ – är föremål för patientens individuella preferens. Det förekommer att en patient har en dödsönskan innan en obotlig sjukdom inträffar och avböjer en livsräddande eller livsförlängande behandling. Det kan också förekomma att en patient avfärdar palliativ vård som tillval som kunde erbjuda lindring: antidepressiva läkemedel, smärtlindrande läkemedel, lugnande medel, tillträde till ett vårdhem eller hospice. De flesta läkare tar inte sådana avböjanden för givna och kommer att försöka övertyga patienten. RKK-praxis fordrar att en läkare måste ha utforskat alternativa vårdmöjligheter tillsammans med patienten. Men när allt kommer omkring, så måste patientens rätt att vägra en behandling respekteras.

Nu när dödshjälp håller på att bli ett av de föredragna sätten att dö: var detta de nederländska lagstiftarnas ursprungliga avsikt? En del stiftare av lagarna från 1994 och 2002 har förvisso förutsett den utveckling som vi diskuterat här och välkomnat den. Jag är dock övertygad om att eutanasilagen för de flesta i det nederländska samhället, inklusive politiker, läkare och andra medborgare, ursprungligen hade en mer begränsad ambition: att tillhandahålla human dödshjälp till döende patienter. Kontexten för acceptans av dödshjälp i Nederländerna under 1980- och 1990-talen var terminala fysiska sjukdomstillstånd, i vilka eutanasi var en sista tillflykt för att förhindra en plågsam död. Under det senaste decenniet har vi kunnat bevittna förekomsten av en andra typ av eutanasi: eutanasi som ett sätt att avsluta ett plågsamt liv. Att detta hände i ett land som har det mest omfattande kontrollsystemet av eutanasi i världen, som har sjukförsäkring för alla, högt utvecklad

palliativ vård, en central roll för familjeläkare och ett av världens bästa pensionssystem väcker frågan huruvida andra länder någonsin kommer att ha möjlighet att förhindra en liknande utveckling. En del länder som diskuterar dödshjälp har vidtagit åtgärder för att förhindra en oavsiktlig utvidgning (Willingham, 2017). Kanada är ett exempel: endast patienter vars naturliga död är rimligt förutsägbar kan ansöka om dödshjälp. Under det senaste året har detta kriterium utmanats i ett flertal domstolsfall: att exkludera patienter med kroniska sjukdomar från dödshjälpsprocedurer anses diskriminerande. År 2019 beslöt Quebecs *Superior Court* i ett av dessa fall att en inskränkning av dödshjälp till terminala patienter strider mot grundlagen (Rukavina, 2019). Erfarenheten har således visat att de begränsningar som varje eutanasilag nödvändigtvis innehåller anses av många som en ny orättvisa som borde tas bort.

Den nederländska erfarenheten är ett *must read* för andra länder som överväger legalisering av dödshjälp. Utifrån min observation har nederländsk tvåstegslegalisering (1994 och 2002) i stället för att tillfredsställa behov snarare gett upphov till nya. Det råder ingen tvekan; valmöjligheten dödshjälp är en trygghet för många och uttrycker respekt för patienternas självbestämmanderätt. Vi kan knappast överskatta det allvar som mycket lidande innebär, i synnerhet för de personer vars lidande är kroniskt och för dem som inte har en snar naturlig död att se fram emot. Vi skall heller inte ifrågasätta uppriktigheten hos dem som lämnar in en begäran om dödshjälp eller ifrågasätta integriteten och medkänslan hos läkare som utför dödshjälp. Jag har sett exempel på hjärtskärande lidande, både hos patienter med terminala fysiska sjukdomstillstånd och hos dem som har en något längre förväntad livslängd. Men min observation är också att friheten hos vissa att kunna få sina liv avslutade påverkar andra som befinner sig psykiskt, emotionellt, socialt eller på annat sätt i riskzonen.

Utifrån mitt perspektiv har beslutskompetenta vuxna personer en moralisk rättighet till icke-inblandning när de vill avsluta sina egna liv. I många samhällen (inklusive Nederländerna) inkluderar detta även juridisk rättighet till icke-inblandning. Men utöver en sådan rättighet är frågan huruvida vi skall förespråka en statlig inblandning när det gäller

att underlätta och reglera en sådan praxis. Jag har blivit mer skeptisk gentemot möjligheten till en sådan inblandning. Dödshjälp tillhandahåller inte enbart tröst utan har även till viss grad bidragit till en kultur av förtvivlan, i vilken vår beslutsamhet att uthärda livets oundvikliga svårigheter hotas av den vädjande tillgängligheten av den mest drastiska av alla »lösningar»: att överge livet helt och hållet. En del patienter tycks vara tillräckligt starka för att kunna fatta sina beslut med total frihet. Men det nederländska exemplet ger orsak att dra slutsatsen att utbud, precis som med andra mänskliga handlingar och behov, kan ha skapat efterfrågan. De länder som överväger att tillåta dödshjälp för sina medborgare – med start från en kontext av terminala fysiska sjukdomstillstånd – skulle kunna dra fördel av att titta närmare på aktuell praxis och diskussioner i Nederländerna och föreställa sig att detta är en situation i vilken de kan komma att befinna sig om tjugo år från nu.

Referenser

- Boer, T. A. (2016). *Vrij om te sterven. Nederland, religie en het zelfgekozen levenseinde*. Groen van Prinstererlezing. Amersfoort: Wetenschappelijk Instituut voor de ChristenUnie.
- Boer, T. A. (2017a). De derde evaluatie van de Wet Toetsing Levensheide en Hulp bij Zelfdoding: over de relatie van empirie, normativiteit en politiek. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 27(4), 98–104.
- Boer, T. A. (2017b). Does euthanasia have a dampening effect on suicide rates? Recent experiences from the Netherlands. *Journal of Ethics in Mental Health*, 10(1), 1–9.
- Boer, T. A. (2018). Dialectics of lead: Fifty years of Dutch euthanasia and its lessons. *International Journal of Environmental Studies*, 75(2), 239–250.
- Boer, T. A. & Groenewoud, A. S. (2020). Euthanasia by family doctors in the Netherlands: Comparing low incidence and high incidence regions. Forthcoming.
- Brouwer, M., van der Heide, A., Hein, I., Maeckelberghe, E., Verhagen E. & van de Wetering, V. (2019). *Medische beslissingen rond het levenseinde bij kinderen 1–12. Onderzoeksrapportage*. Groningen/Rotterdam. Hämtad från <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2019/09/28/medische-beslissingen-rond-het-levenseinde-bij-kinderen-1-12/medische-beslissingen-rond-het-levenseinde-bij-kinderen-1-12.pdf>
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). www.cbs.nl.

- DeJong, A. (2019, 11 april). Voor het eerst in jaren daalt het aantal euthanasiemeldingen in Noord- en Zuid-Holland. *Leidsch Dagblad*. Hämtad från https://www.leidschdagblad.nl/cnt/dmf20190411_5982489/voor-het-eerst-in-jaren-daalt-het-aantal-euthanasiemeldingen-in-noord-en-zuid-holland
- Distelmans, W. (2017). *Euthanasie: trage euthanasie of sociale dood?* Antwerpen: Houtekiet.
- Expertisecentrum euthanasie. (2020). 2019: 22 procent meer hulpvragen. Den Haag: Expertisecentrum euthanasie. Hämtad från <https://expertisecentrum euthanasie.nl/2019-22-procent-meer-hulpvragen/>
- Francis, N. (2017, 12 mai). Margaret Somerville's claims on assisted suicide don't line up with the data. *ABC Religion and Ethics*. Hämtad från <http://www.abc.net.au/religion/articles/2017/05/12/4668055.htm?site=goldfields>.
- Gevers, S. (1996) Euthanasia: Law and practice in The Netherlands. *British Medical Bulletin*, 22(2), 326–333.
- Karasz, P. (2019, 11 september). Dutch court clears doctor in euthanasia of dementia patient. *The New York Times*. Hämtad från <https://www.nytimes.com/2019/09/11/world/europe/netherlands-euthanasia-doctor.html>
- Lynch, T., Connor, S. & Clark, D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094–1107.
- Ministerie van Volksgezondheid. (2016). *Kamerbrief met kabinetsreactie en visie op burgerinitiatief Voltooid Leven*. Den Haag. Hämtad från <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/10/12/kabinetsreactie-en-visie-voltooid-leven>
- OECD. (2018). OECD Data Health Status Suicide Rates. Hämtad från <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>
- Onwuteaka-Philipsen, B. D., Gevers, J. K. M., van der Heide, A. & van Delden, J. J. M. (2007). *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw.
- Onwuteaka-Philipsen, B. D., Legemaate, J., van der Heide, A. & van Delden, J. J. M. (2017). *Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw.
- Oostveen, M. (2003, 24 mai). Het grote experiment. *NRC Handelsblad*.
- Rukavina, S. (2019, 11 september). Quebec judge overturns parts of federal, provincial laws on medically assisted dying. *CBC News*. Hämtad från <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/medically-assisted-dying-law-overturned-quebec-1.5279067>
- Regionale toetsingscommissies euthanasie. (2019). Jaarverslagen (2002–2018). Hämtad från <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/jaarverslagen>
- Samen op Weg Kerken. (1998). *Euthanasie en pastoraat*. Den Haag: Boekencentrum.
- Staatscommissie Euthanasie. (1985). *Rapport van de Staatscommissie Euthanasie*. Den Haag: Staatsuitgeverij.

- Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2017). *Palliatieve sedatie vaker ingezet bij sterfgevallen*. Hämtad från <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2017/palliatieve-sedatie-vaker-ingezet-bij-levenseind>
- Thomas, J. (1984, 28 november). Dutch court acts on 'right to die'. *The New York Times*.
- van den Berg, J. H. (1968). *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Callenbach.
- van der Heide, A., Legemaate, J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Bolt, E. & van Delden, J. J. M. (2012). *Tweede Evaluatie Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Den Haag: ZonMw.
- van der Maas, P. J., van Delden, J. J. M., van der Wal, G. & Pijnenborg, L. (1991). *Medische beslissingen rond het levenseinde: het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie*. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- van der Wal, G., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D. & van der Maas, P. J. (2003). *Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- van der Wal, G. & van der Maas, P. J. (1996). *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- van Tol, D., van de Vathorst, S. & Keizer, B. (2008). Euthanasie voor beginners. Tien suggesties voor een succesvolle stervenswens. *Medisch Contact*, 63(4).
- Weyers, H. A. M. (2002). *Euthanasie: het proces van rechtsverandering*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Willingham, R. (2017, 21 juli). Euthanasia deaths to be permitted in Victoria by 2019 under committee proposal. *ABC (Australia)*. Hämtad från <http://www.abc.net.au/news/2017-07-21/victoria-assisted-dying-available-2019-report-says/8730346>

Ordforklaringer

- allmän åklagare: statsadvokaten (D, N)
- angelägenhet: problem (D, N)
- anledning: anledning/årsag (D), grunn (N)
- avböjer: afviser/avviser (D/N)
- avsevärt: betragteligt/betraktelig (D/N)
- befarade: frygtede/fryktede (D/N)
- befintlig: eksisterende (D, N)
- de bifogade medicinska handlingarna: de vedlagte medisinske dokumenter (D, N)
- grannländer: nabolande/naboland (D/N)
- gynnade: billigede/gikk ind for (D), gikk inn for (N)
- i syfte att: med den hensigt at (D), med formål å (N)
- i åtanke: in mente (D, N)

illamående: kvalme (D, N)
 ilska: vrede (D), sinne (N)
 fjärrmade: fremmedgjorte (D, N)
 förespråkare: fortalere (D), forkjempere (N)
 förtroende: tillid/tillit (D/N)
 medvetande: bevidsthed/bevissthet (D/N)
 medvetenheten: bevidstheden/bevisstheten (D/N)
 omtanke: omsorg (D, N)
 outhärdligt: uudholdelig/uutholdelig (D/N)
 sanningsenlighet: sandfærdighed/sannferdighet (D/N)
 sjukvård: sundhedsvæsen (D), helsetjeneste (N)
 skyldighet: pligt/plikt (D/N)
 slutgiltiga: endelige (D, N)
 slutsatsen: konklusionen/konklusjonen (D/N)
 tillhandahållen: ydede (D), ga (N)
 tillämpligt: aktuelt/relevant (D/N)
 tillämpningen: anvendelsen (D, N)
 uppskattningar: estimater (D, N)
 utbud: udbud (D), tilbud (N)
 utlåtande: erklæring (D, N)
 utmanad: udfordret/utfordret (D/N)
 utvärdering: evaluering (D, N)
 varaktig: langvarig (D, N)
 vare sig: hverken/verken (D/N)
 vidtas: foretages/foretas (D/N)
 vädjan: appel/appell (D/N)
 vända: lidelse (D, N)
 yppa: afsløre/avsløre (D/N)
 yrka på: hævde/hevde (D/N)
 överge: opgive/oppgi (D/N)
 övergripande: tilgrunnliggende/tilgrunnliggende (D/N)
 överskatta: overvurdere (D, N)
 ägde rum: fandt sted/fant sted (D/N)
 ärendet: sagen/saken (D/N)
 åkommor: lidelser (D, N)
 åtagande: forpligtelse/forpliktelse (D/N)
 återhämtningsutsikt: helbredelsesmulighed (D), mulighed for bedring (N)
 åtgärder: foranstaltninger (D), tiltak (N)

