

KAPITTEL 3

Dødshjelp: Lovverk, praksis og holdninger i de skandinaviske land

Daniel Joachim H. Kleiven

Siviløkonom, masterstudent i filosofi og samfunnsdebattant

Ole Hartling

Vejle Sygehus

Fabian Ståhle

Claphaminstituttet

Morten A. Horn

Oslo universitetssykehus

Morten Magelssen

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Abstract: Why a book on assisted dying in the Nordic countries? The Nordic countries share many similarities, both culturally and in terms of their legal systems, and we have much to learn from each other. In this chapter, we briefly describe legislation and practices with assisted dying in the three Scandinavian countries. Denmark, Norway and Sweden are characterised by restrictive assisted dying legislation. As expressed in surveys, the majority of their general populations seems to support legalisation of assisted dying, while health professionals and politicians are more negative to legalisation. This interesting disparity and its implications are discussed at the end of the chapter.

Keywords: assisted dying, euthanasia, legislation, opinion polls, public opinion, survey

Sitering av denne artikkelen: Kleiven, D. J. H., Hartling, O., Ståhle, F., Horn, M. A. & Magelssen, M. (2020). Dødshjelp: Lovverk, praksis og holdninger i de skandinaviske land. I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 3, s. 51–73). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch3>.
Lisens: CC BY 4.0.

Innledning

Dette kapitlet tar for seg lovverket som regulerer dødshjelp, hva man vet om (illegale) praksis, og holdningene til dødshjelpsspørsmålet i befolkningen og blant fagfolk og beslutningstakere i Danmark, Norge og Sverige. For hvert av temaene prøver vi å belyse likheter og forskjeller mellom disse landene. Finland står i en særstilling, fordi man der allerede har vært gjennom en omfattende parlamentarisk behandling av et lovforslag om dødshjelp. Finland drøftes i detalj i kap. 4.

Fordi kapitlet er skrevet av representanter fra tre land, blir teksten en blanding av dansk, norsk og svensk. Vi har likevel tilstrebet en felles terminologi for dødshjelpsrelaterte emner, og viser til definisjonene i kap. 2.

Den siste delen av kapitlet er en kritisk refleksjon over befolkningsundersøkelser om dødshjelp, som spiller en vesentlig rolle i ordskiftet i de nordiske landene.

1 Lovverk og praksis i de skandinaviske land

1.1 Lovgivning og praksis i Danmark

Straffelovens § 237 til § 241 omhandler dette at tage livet af et menneske, hvor overtrædelse af § 237 (manddrab) anses for den alvorligste og § 241 (uagtsomt manddrab) for den mildeste lovovertrædelse.

§ 237 siger kort: »Den som dræber en anden, straffes for manddrab med fængsel fra 5 år indtil på livstid«. § 238 handler om en moders drab af sit nyfødte barn. § 239 lyder: »Den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes med fængsel indtil 3 år« (svarer til dødshjelp). § 240 siger: »Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes med bøde eller fængsel indtil 3 år« (svarer til assisteret selvmord). Straffeloven er senest revideret i 2019, men disse paragraffer er uændrede.

I forbindelse med spørsmålet om dødshjelp er det således § 237 og især § 239 og § 240, der er relevante. I daglig tale vil lovovertrædelserne efter § 239 og § 240 ofte være synonyme med »medlidenhedsdrab« eller »barmhjertighedsdrab«. Det er uhyre sjældent, men i de få tilfælde, det er forekommet, har domstolene idømt milde straffe for eksempel betinget fængsel, idet der er taget hensyn til omstændighederne såsom

desperation og fortvivelse, og at lovovertræderen i princippet har handlet uegennyttigt.

Sundhedslovens § 25 omhandler »uafvendeligt døende patienter«, det vil sige, at døden kan forventes inden for højst nogle dage. § 25, stk. 1: »Såfremt en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan en sundhedsperson undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling«. Stk. 2: »En uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet«. Tankegangen bag bestemmelserne er, at man ikke må være så bange for døden, at man ikke lindrer, for det er sundhedspersonen forpligtet til.

I 2018 vedtog Folketinget en tilføjelse til Sundhedsloven, hvorved det såkaldte livstestamente blev erstattet af muligheden for at oprette et »behandlingstestamente«. Dette kan gøres på et tidspunkt, hvor testator (borgeren) er beslutningsdygtig (habil). I behandlingstestamentet kan borgeren bestemme, at behandling ikke skal gives i tre specifikke situationer: 1) Hvis lægerne vurderer, at døden er nært forstående, 2) hvis man bliver så svært invalideret, at man ikke længere kan klare sig selv hverken fysisk eller mentalt, eller 3) hvis man kommer i en tilstand, hvor de fysiske konsekvenser af sygdommen eller behandlingen er forbundet med alvorlig svækkelse eller stor lidelse. Borgeren kan også bestemme, at han eller hun ikke ønsker at blive behandlet med tvang ved varig inhabilitet for eksempel på grund af demens.

Der har været mulighed for at oprette et behandlingstestamente siden 2019. For behandlingstestamentet gælder, at det kun træder i kraft, hvis testator ikke længere er habil. Forskellen på livstestamentet og behandlingstestamentet er, at mens førstnævnte kun var juridisk bindende for behandleren, hvis patienten var uafvendeligt døende, er et behandlingstestamente juridisk bindende fra det øjeblik, patienten er i en udsigtsløs tilstand og ikke længere er habil og i stand til at tage vare på sig selv. Man kan vælge at gøre testamentet betinget af accept fra nærmeste pårørende og/eller en på forhånd udpeget »fremtidsfuldmægtig«.

I debatten om dødshjælp høres den påstand, at det ifølge loven ikke er noget, vi har i Danmark, men vi har det nok alligevel i det skjulte.

Opfattelsen bygger ikke sjældent på, hvad pårørende fortæller. Den tidsmæssige følge af indgift af smertestillende og beroligende medicin hos et døende menneske, og at døden herefter indtræder, opfattes let som en kausal følge af medicineringen. I den gråzone, som overgangen fra livet til døden er, søges de kausale sammenhænge og en slags mening med eller en forklaring på, at døden indtræder nu.

I 1994–95 var der en afgørende sag på et københavnsk sygehus, hvor en familie klagede over, at den intravenøse morfindosis hos deres pårørende var blevet øget pr. automatik, indtil døden indtraf. Dette førte til, at Sundhedsstyrelsen gav den pågældende afdeling en påtale og efterfølgende indskærpede retningslinjerne for smertebehandling af døende, nemlig at smertelindring kun må gives på indikationen »smerter« – medicindoseringen skal være »smertestyret«. Dette er blevet forstået og indbygget i procedurerne på landets sygehusafdelinger, og i dag er intravenøse »smertedrop« sjældne; og indgivet på den omtalte måde med automatiske dosisøgninger forekommer de praktisk talt ikke.

1.2 Lovverk og praksis i Norge

Dødshjelp er forbudt i Norge, og reguleres nå av straffeloven av 2005 som trådte i kraft i 2015. Slik var situasjonen også tidligere, etter straffeloven av 1902. Dette spørsmålet ble eksplisitt diskutert i Stortinget da ny straffelov ble gitt. Straffelovens § 275 kriminaliserer drap – med en strafferamme på 8 til 21 år. I § 276 gis det mulighet for nedsatt straff om den avdøde ga samtykke til eget drap. I § 277 kriminaliseres likedan medvirkning til selvmord med fengsel i 8 til 21 år. § 278 åpner imidlertid for nedsatt straff om «noen av medlidenhet dreper en person som er dødssyk, eller som av andre grunner er nær ved å dø».

Kun én norsk lege er domfelt for å ha utført dødshjelp. Den pensjonerte legen Christian Sandsdalen ga i 1996 en dødelig dose morfin og ketobemidon til en sterkt svekket pasient med multippel sklerose. Han meldte selv saken inn til riksadvokaten – i håp om å starte en prosess for å få legalisert dødshjelp gjennom rettssystemet. Sandsdalen ble dømt for overlatt drap i både byrett og lagmannsrett, men med domsutsettelse. Anken til Høyesterett ble avvist i år 2000, og Sandsdalen døde senere

samme år. Han ble ekskludert fra Den norske legeforening før det forelå en rettskraftig dom.

En annen lege, Stein Husebø, innrømmet i 1992 at han hadde gitt dødshjelp i form av eutanasi til en terminal kreftpasient (Husebø, 2009). Saken ble aldri behandlet i rettsapparatet, fordi riksadvokaten ga påtaleunntakelse, men Husebø fikk en advarsel fra Helsetilsynet. Han ble senere en profilert motstander av legalisering av dødshjelp. En tredje lege, Christian Borchgrevink, fortalte offentlig at han hadde utdelt medikamenter til pasienter for bruk til selvmord, men heller ikke han ble rettsforfulgt av påtalemyndigheten.

I henhold til en anonym spørreundersøkelse fra 2014 blant norske leger ser det ut til at illegal dødshjelp er lite utbredt (Førde & Aasland, 2014). 1279 leger ble spurt om de det siste året hadde utført handlinger med intensjon om å framskynde pasientens død. Én anga å ha utført eutanasi, én legeassistert selvmord. Det er vanskelig å generalisere funnene til hele den norske legestanden, men med utgangspunkt i at Norge har om lag 25 000 yrkesaktive leger, ville det ha tilsvart ca. 40 illegale dødshjelptilfeller i Norge årlig. I tillegg svarte fire av respondentene at de hadde framskyndet døden uten at pasienten ba om det.

Til tross for at det trolig foregår noe illegal dødshjelp i Norge, har altså ingen leger blitt anklaget og dømt for dette, bortsett fra dem som selv har stått fram. Fra tid til annen anklages helsevesenet for å gi «dødshjelp» til pasienter, men dette handler typisk om handlinger som ikke er dødshjelp: Feilbehandling med dødelig utgang, pasienter som nektes behandlingen de ønsker, eller konflikter rundt behandlingsbegrensning (se kap. 2).

Behandlingsbegrensning er juridisk ukontroversielt i Norge, som i resten av Skandinavia (Førde, Materstvedt & Syse, 2008). Pasientrettighetsloven av 1999 slår fast at all behandling, også den som opprettholder livet, i utgangspunktet krever pasientens samtykke. § 4–9 slår eksplisitt fast at døende pasienter som er samtykkekompetente, kan avstå fra eller kreve avslutning av livsforlengende behandling, selv om en slik beslutning medfører at pasienten dør. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, kan legen beslutte å avslutte livsforlengende behandling. Det skal skje gjennom beslutningsprosesser beskrevet i en nasjonal veileder fra Helsedirektoratet (2009, revidert i 2013). Dersom konflikter oppstår, løses

de enten gjennom samtaler med berørte parter, ved at man ber om en faglig fornyet vurdering – såkalt «second opinion» – fra et annet sykehus, eller gjennom møter i de kliniske etikk-komiteene som finnes ved alle landets sykehus (Magelssen, Pedersen & Førde, 2018).

Forhåndsdirektiver, også kalt «livstestament», hvor pasienten beskriver sine preferanser for livsforlengende tiltak ved livets slutt, har ingen offisiell status i norsk lovverk. De er ikke juridisk bindende og heller ikke så utbredt. De vektlegges imidlertid som kilder til kunnskap om pasientens ønsker.

I Norge ble det kontrovers rundt lindrende sedering i kjølvannet av den såkalte Bærums-saken fra 1999. Der ble en palliativmedisiner anklaget av en kollega for å ha gitt «dødshjelp» i form av lindrende sedering. Saken ble, etter en lengre prosess, henlagt etter bevisets stilling. Etter dette utarbeidet Den norske legeforening egne retningslinjer for lindrende sedering, i tråd med internasjonale retningslinjer. Tross dette mener palliativmedisinere at norsk helsevesen fortsatt ikke har tatt i bruk lindrende sedering i det omfanget pasientenes behov tilsier (Materstvedt, Ottesen, von Hofacker & Syse, 2019; se grundigere omtale av lindrende sedering i kap. 10).

1.3 Svensk lag och praxis

I fråga om assisterat självmord föreligger det en speciell situation i Sverige som har en stor betydelse i debatten om dödshjälp. Att medverka till att en människa begår självmord är inte brottsligt. Motiveringen till detta är att eftersom självmord inte är en brottslig handling kan inte heller medverkan till handlingen vara brottslig. Assistera vid ett självmord faller alltså inte under brottsbalken och är inte straffbart för gemene man.

Men läkare och vårdpersonal lyder under patientsäkerhetslagen som stadgar att sjukvården ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket assisterat självmord inte anses vara uttryck för. Den läkare som skriver ut ett dödligt medel skulle därmed riskera att mista sin legitimation.

De lagar och regler som är aktuella i Sverige i fråga om dödshjälp är Europakonventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna, brottsbalken (1962:700), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen

(2010:659) och patientlagen (2014:821). När det gäller att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling regleras detta av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling på så sätt att medicinska åtgärder som gör mer skada än nytta ska undvikas eller avbrytas.

Med undantag för de fall som omfattas av lagen för psykiatrisk tvångsvård får, enligt patientlagen, hälso- och sjukvård inte ges utan patientens samtycke. En patient har därmed också rätt att avstå från livsuppehållande behandling och kan alltså kräva att en sådan åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas. Detta under förutsättning att patienten har fått information om sitt hälsotillstånd och de möjligheter som finns till medicinsk förbättring och smärtlindring – och att patienten bedöms beslutskapabel.

Patienten kan däremot inte bestämma innehållet och omfattningen av vården, än mindre begära att bli berövad livet med sjukvårdens aktiva hjälp.

Liksom i Danmark finns bland allmänheten en spridd uppfattning att dödshjälp ändå utförs genom överdosering av smärtlindrande preparat såsom morfin. Men det finns inga belägg för att svensk sjukvård överdoserar morfin i avsikt att förkorta livet hos patienter. Inom sjukvården har det snarare funnits en tendens att undermedicinera morfin i fruktan att preparatets andningshämmande effekt skulle påskynda patientens död med möjliga legala konsekvenser för den förskrivande läkaren. Men den populära uppfattningen om överdosering lever kvar och påverkar inställningen till en legalisering – det pågår ju ändå i det fördolda och då är det lika bra att det kontrolleras genom en »strikt» lagstiftning, kan man mena (se också kap. 10).

Åsiktsutbytet om dödshjälp påverkas också av att palliativ sedering av förespråkarna ibland framställs som en förtäckt form av eutanasi eftersom en kontinuerlig sedering kombineras med avbruten tillförsel av näring och vätska, vilket ofelbart leder till döden. Praxis är dock att en sådan åtgärd endast sätts in då patienten har svår smärta som inte kan lindras på annat sätt – och i det absoluta livsslutet när ändå vitala organ har börjat svikta (se kap. 10).

Att assistera ett självmord är alltså inte straffbart i Sverige, men leder till disciplinära åtgärder för sjukvårdspersonal. Däremot betraktas eutanasi som ett dråp med ett minimistraff på 6 års fängelse. Straffvärdet

kan minska om brottet har föranletts av medkänsla och/eller samtycke – vilket illustreras av några rättsfall. Senhösten 2019 föll domen i det omtalade Kramforsfallet där en man hade dödat sin ME-sjuka hustru – på hennes begäran – med en morfininjektion. Mannen dömdes av Ångermanlands tingsrätt till 1½ års fängelse, vilken dom kommer att överklagas enligt mannens försvarsadvokat.

Om dödshjälp skulle introduceras i Sverige någon dag, skulle då sjukvårdspersonal ha rätt att följa sitt samvete och vägra att delta? Till skillnad från i Danmark och Norge finns det ingen tradition i Sverige att sjukvårdspersonal får reservera sig av samvetsskäl, till exempel mot deltagande i abort. Svensk lagstiftning och praxis på detta område har kritiserats för att inte ha uppfyllt bestämmelserna om samvetsfrihet i Europeiska konventionen om mänskliga rättigheter (Fahlbeck, 2017).

2 Holdninger til dødshjælp i de skandinaviske land

2.1 Holdninger til dødshjælp i Danmark

Mange års erfaring med dansk dødshjælpsdebat viser, at særlig to argumenter går igen i mediernes fremstilling: 1) man må afhjælpe lidelse og derved handle i patientens bedste interesse, og 2) at enhver har en fri vilje og skal selv bestemme over sit liv og sin død. Forskellige meningsmålinger med udgangspunkt i disse argumenter viser her som i andre lande et ret konstant flertal på 70 %–80 % for en lovliggørelse.

En undersøgelse blandt danske geriatere viste, at af de 120, som besvarede spørgeskemaet, fandt 56 % og 64 %, at henholdsvis eutanasi og lægeassisteret selvmord ikke er etisk forsvarligt (Matzen, Ilvemark & Dahle, 2016). En avisundersøgelse fra 2017 med deltagelse af 410 læger fra forskellige specialer viste, at otte ud af 10 læger mente, at dødshjælp fortsat skulle være forbudt (Funch, 2017).

Lægeforeningen har gennem årene været imod en lovliggørelse af dødshjælp, men har først udtrykt dette direkte med vedtagelse af »Lægeforeningens etiske principper« i april 2018. Heri hedder det eksplicit i punkt 15: »Lægen må aldrig handle med hensigt om at forårsage patientens død eller medvirke til patientens selvmord«.

Etisk Nævn i Lægeforeningen bragte de nye etiske principper i anvendelse i efteråret 2018, da et medlem, den pensionerede læge Svend Lings, i flere tilfælde havde vejledt om og udskrevet medicin med henblik på patienters selvmord. Lings havde kun et perifert kendskab til de patienter, som han vejledte. Etisk Nævn udtalte, at lægen havde handlet i klar strid med de etiske principper.

Dansk Sygeplejeetisk Råd udtalte sig i 2009 om dødshjælp, hvor de henviste til de sygeplejeetiske retningslinjer, hvor der i 2.1 bl.a. står: »Sygeplejersken må ikke medvirke til behandling, der alene har til hensigt at fremskynde en patients død«. Grete Christensen er formand for Dansk Sygeplejer, som er de danske sygeplejerskers faglige organisation. Hun har i 2020 bekræftet at Sygeplejerådet følger det Sygeplejeetiske Råds indstilling i dette spørgsmål (personlig meddelelse til OH).

Det Ethiske Råd, som har 17 medlemmer, vejleder Folketinget og regeringen i etiske spørgsmål. Det Ethiske Råd har udtalt sig om legalisering af dødshjælp flere gange. I 1996 i »Dødshjælp? – en redegørelse« med 16 medlemmer imod og et for; i 2003 i »Eutanasi – lovliggørelse af drab på begæring?« med alle 17 medlemmer imod og i 2012 i »Det Ethiske Råds udtalelse om eventuel lovliggørelse af dødshjælp«, hvor 15 medlemmer var imod og to delvist for. I en kronik fra december 2019 i en førende dansk avis (Politiken) står Det etiske Råd som forfatter. De skriver, at debatten om dødshjælp mere bør fokusere på, hvordan den palliative behandling kan forbedres end på en lovliggørelse (dette blev også et meget vigtigt tema i den finske debat, se kap. 4).

Den indflydelsesrige patientforening »Kræftens Bekæmpelse« mener ikke, at vi skal have dødshjælp i Danmark og tilføjer, »at den gældende lovgivning gør det muligt for alle borgere at få en værdig død med de kompetencer, som sundhedspersonalet har, og de muligheder for lindring, der allerede findes i dag.«

2.2 Holdninger til dødshjælp i Norge

I flere norske spørreundersøkelser de siste tiårene har en klar majoritet uttrykt støtte til legalisering av dødshjælp i visse situasjoner. Den siste omfattende undersøkelsen ble utført i 2015. Av respondentene var 76 %

«litt enig» eller «svært enig» i at legeassistert selvmord burde være tillatt for mennesker med en dødelig sykdom og kort forventet levetid. 68 % var »litt enig« eller »svært enig« i at eutanasi burde være tillatt i tilsvarende situasjoner. Undersøkelsen hadde imidlertid lav svarprosent, kun 13,5 % (Magelssen et al., 2016).

Helsepersonell er betydelig mer negative til dødshjelp enn den øvrige befolkningen. I en spørreundersøkelse fra 2016 blant 1605 leger var bare 22 % «litt enig» og 9 % «svært enig» i legalisering av legeassistert selvmord for personer med en dødelig sykdom og kort forventet levetid. For eutanasi i tilsvarende situasjon var tallene 17 % og 8 % (Gaasø et al., 2019). Andelen positive leger var større enn i 1993, da 17 % ønsket legalisering av eutanasi, men med ulike spørsmålsformuleringer lar ikke tallene seg sammenligne direkte (Førde et al., 1997). Hovedfunnet er at flertallet av leger – nå som da – er motstandere av dødshjelp.

En undersøkelse fra 2014 viste at selv om dødshjelp hadde vært lovlig, ville kun 9 % av legene selv vært villige til å utføre det (Gaasø et al., 2019).

Den norske legeforening og Norsk Sykepleierforbund tar klar avstand fra dødshjelp i sine profesjonsetiske retningslinjer. Etikkrådet for farmasøyter tok enstemmig avstand fra legalisering av assistert selvmord som ville krevd deltakelse fra farmasøyter, i en uttalelse (Etikkrådet for farmasøyter, 2010).

Noen pasientforeninger, som Norges Handikapforbund (2019, s. 4), er uttalte motstandere av dødshjelp. Ingen norske pasientforeninger har så langt gått inn for legalisering av dødshjelp. Foreningen Retten til en verdig død er en interesseorganisasjon som arbeider for legalisering av dødshjelp. Denne foreningen ble opprettet i 1977 og har per 2019 omkring 3500 medlemmer. Den arbeider også med distribusjon av et livstestament, som har til formål å formidle pasientens vilje og forhindre overbehandling dersom pasienten mister samtykkekompetansen.

2.3 Inställningar till dödshjälp i Sverige

På oppdrag av Aftonbladet gjorde Sifo år 2010 en undersökning där 1000 personer fick frågan: »Hur ser du på aktiv dödshjälp?» 66 % tyckte att det skulle vara tillåtet, »men bara om personen är obotligt sjuk och inte

har någon utsikt till förbättring och finner sitt lidande outhärdligt». 21 % tyckte det skulle vara tillåtet »oavsett». 6 % var tveksamma och 7 % menade att det aldrig skulle vara tillåtet. Det var alltså 87 % som var positiva till »dödshjälp». Det är oklart i vad mån de tillfrågade förstod skillnaden mellan dödshjälp och avbrytande av livsuppehållande behandling (»behandlingsbegränsning», se kap. 2). Denna undersökning föregicks av en debatt om en 31-årig totalförslamad kvinna som hade skrivit till Socialstyrelsen och vädjat om att läkarna skulle få söva henne och därefter stänga av respiratorn – alltså ett fall som handlade om behandlingsbegränsning, inte dödshjälp.

Opinionsinstitutet Ipsos MORI gjorde 2015 en undersökning i 15 länder där man ställde följande inledande fråga: »Tycker du att det skall vara lagligt eller inte för en doktor att assistera en patient som är 18 år eller äldre med att avsluta hans/hennes liv, om det är patientens önskan och under förutsättning att patienten är terminalt sjuk (med högst sex månaders förväntad överlevnadstid), är mentalt frisk och uttrycker en klar önskan att avsluta sitt liv?» Av de drygt 2200 svenskar som deltog ansåg 69 % att det skulle vara lagligt och 18 % menade att det inte skulle vara lagligt.

I slutet av 2017 gjorde KIT/Novus en undersökning med målgruppen svensk allmänhet 18–79 år (Olsson, 2017). Totalt genomfördes 1018 intervjuer. På frågan: »Vad är din inställning till legalisering av aktiv dödshjälp i Sverige, det vill säga att läkare på patientens begäran tillhandahåller en dödlig dos läkemedel som patienten själv kan ta i syfte att avsluta sitt liv?» svarade 61 % att de var för en legalisering och 14 % att de var emot. 25 % svarade att de inte visste.

I samband med det tidigare nämnda Kramforsfallet gjorde Sifo en undersökning beställd av TV4 där frågan ställdes: »Tycker du att aktiv dödshjälp ska vara tillåten?» Av 1324 tillfrågade svarade 69 % ja, 11 % nej och resten vet ej. Följdfrågan till ja-sägarna gällde vilka som skulle få utföra dödshjälp. 88 % ansåg att det skulle vara läkare, 23 % annan sjukvårdspersonal, 28 % anhörig, 6 % annan och resten visste inte. Svartalternativen visar att frågan gällde eutanasi och inte självmordsassistans.

När det gäller vårdprofessionen så säger Sveriges Läkarförbunds etiska regler: »Läkaren ska besinna vikten av att skydda människoliv och får

aldrig vidta åtgärder som syftar till att påskynda döden». Svenska Läkaresällskapet, en ideell förening oberoende av Läkarförbundet, menar däremot att en eventuell legalisering av dödshjälp i första hand är en medborgarfråga och man säger sig vara varken för eller emot.

Den svenska läkarkårens inställning till dödshjälp har analyserats genom en studie (Lindblad, Löfmark & Lynøe, 2008) där 1200 svenska läkare tillfrågades, med en svarsfrekvens på 74 %, om deras inställning till läkarassisterat självmord. 34 % angav att de var positiva, 39 % att de var negativa till läkarassisterat självmord och 25 % var tveksamma.

3 Status for dødshjelpsdebatten i 2020

3.1 Dødshjelpsdebatten i Danmark

I Danmark som i andre lande debatteres det, om dødshjælp skal lovliggøres, det vil sige, om man uden retsforfølgelse og straf skal kunne tage et medmenneske (en patient) af dage, såfremt visse betingelser er opfyldt. Debatten forløber i bølger. Det Ethiske Råd har gennem årene initieret debatten med sine redegørelser, se ovenfor. Det er netop en af rådets forpligtelser at være debatskabende. Men ikke sjældent starter en debat på baggrund af et enkelttilfælde, eventuelt en kendis, som omtales i medierne, og hvor enhver kan se stor lidelse og meningsløshed. Så kommer forslagene om at lovliggøre dødshjælp som et human svar på lidelse. Eventuelt interviewes tilfældige mennesker på gaden («vox-pop»). Derpå følger ikke sjældent hurtigt etablerede meningsmålinger, som i reglen på den givne baggrund viser et betydeligt flertal for lovliggørelse af dødshjælp.

I Danmark fik debatten om lovliggørelse af dødshjælp ny næring, da den ovenfor omtalte læge, Svend Lings, ved byretten og siden landsog højesteret blev dømt for sin medvirken til selvmord. Straffen blev i september 2019 skærpet i Højesteret til 60 dages fængsel, som imidlertid af hensyn til lægens alder blev gjort betinget. I december 2019 fastslog Lægeforeningens voldgiftsret, at Lings skulle ekskluderes som medlem af Lægeforeningen på grund af den grove tilsidesættelse af foreningens etiske principper. Debatten afspejler det polariserede syn på denne læge:

Nogle (inklusive Lings selv) ser ham som en pioner og en humanistisk læge, som handler ud fra medfølelse med lidende mennesker. Andre ser ham som ansvarsløs og opmærksomhedssøgende og med unuancerede svar på eksistensielle problemer.

Fra tid til anden udtaler politikere sig om dødshjælp, og enkelte foreslår, at legalisering bør overvejes. Som i Norge gælder det især ungdomspolitikere. Det lille parti »Alternativet« har lovliggørelse af dødshjælp i sit partiprogram. I partiet »Det Radikale Venstre« fik et forslag om at optage lovliggørelse af dødshjælp i partiprogrammet ikke flertal ved partiets landsmøde i efteråret 2018. Der har ikke været nogen formelle lovforslag om indførelse af dødshjælp i Danmark. Fra 2018 har det været muligt at stille borgerforslag om emner, som Folketingets politikere skal behandle, hvis et forslag opnår et antal støtter fra mindst 50.000 borgere. Et sådant borgerforslag om indførelse af dødshjælp fra 2018 faldt til jorden, da det ikke opnåede et tilstrækkeligt antal underskrifter.

3.2 Dødshjelpsdebatten i Norge

Norge har aldri hatt noen bred politisk samfunnsdebatt om legalisering av dødshjelp. Men til stadighet kommer det utspill fra enkeltpolitikere, organisasjoner eller andre aktører, ofte i lys av en mediesak. Det fører til en kortvarig oppblussing av debatten, men uten at det har munnet ut i konkrete legaliseringsforslag. De mest konkrete framstøtene i norsk politikk var et representantforslag fra Fremskrittsparti-politikeren Fridtjof Frank Gundersen i 1998 (om utredning av dødshjelp) og det såkalte «professorforslaget» fra jussprofessorene Andenæs, Bratholm og Sejersted i 1992 om å benytte nødrettslovgivning som basis for å tillate dødshjelp. Dette tilsvarte måten dødshjelp ble legalisert på i Nederland. To av fem medlemmer i straffelovkommisjonen gikk inn for et slikt forslag, men det ble avvist av Stortingets justiskomiteé i 2005 (Førde, Materstvedt & Syse, 2008, s. 426).

I 2009 vedtok Fremskrittspartiet, som hittil eneste stortingsparti, et mål om å tillate dødshjelp i sitt prinsippprogram. Men partiet har så langt ikke gjort noen alvorlige framstøt for å nå dette målet, til tross for at de var i regjering fra 2013 til 2020.

De siste årene har flere ungdomspartier fra begge sider av det politiske spekteret gått inn for enten utredning eller legalisering av dødshjelp i Norge. Tilsvarende forslag har imidlertid blitt avvist i andre ungdomspartier, og «moderpartiene» har i stor grad svart at dødshjelp *ikke* er aktuell politikk for dem. I dag pågår det derfor ingen politisk debatt om legalisering av dødshjelp; tiden vil vise hva ungdomspolitikere gjør når de overtar ansvaret.

3.3 Dødshjelpsdebatten i Sverige

Resultaten av opinionsundersøkingar används som ett viktigt argument av dødshjelpens tillskyndare for att försöka övertyga politiker att dessa är ur fas med folkopinionen. Under åren har det gjorts upprepade försök att få tillsatt en parlamentarisk utredning i frågan, men utan framgång så här långt. Trots stundtals intensiv debatt har dødshjelp inte varit någon het politisk fråga och under lång tid var det endast Miljöpartiet som hade tagit beslut om att verka för att få till en offentlig utredning. Men under senhösten 2019 flammade debatten upp igen och tre andra partier ändrade sina positioner. Liberalerna beslöt att verka för en parlamentarisk utredning. Moderaterna och Sverigedemokraterna beslutade att tillsätta interna utredningar om dødshjelp i sina respektive partier. Denna utveckling har till stor del drivits på av inflytelserika förespråkare bland riksdagspolitikerna.

Men dødshjälpsförespråkarna är framför allt organiserade i Riksföreningen Rätten Till en Värdig Död (RTVD) som i början av 2016 lämnade in en promemoria till dåvarande sjukvårdsminister Gabriel Wikström (S) med uppmaningen att tillsätta en utredning. I sin skrivelse förordade RTVD ett dødshjälpsinstitut enligt Oregonmodellen, dvs. läkarassisterat självmord. Detta faktum att medverkan till självmord inte är straffbart i Sverige har medverkat till att förespråkarna rekommenderar Oregonmodellen. Man tänker sig att det skulle vara ganska enkelt att införa en sådan modell i Sverige eftersom brottsbalkens stadgar om mord och dråp inte behöver skrivas om. Det man föreslår i promemorian är en ändring i sjukvårdens regelsystem.

Förslaget avvisades av såväl Gabriel Wikström som hans efterträdare socialminister Annika Strandhäll (S). Båda ministrarna välkomnade

däremot Statens medicinsk-etiska råds (Smer) vidare arbete med frågan, som under senhösten 2017 utmynnade i en kunskapsammanställning om dödshjälp med speciellt fokus på Oregonmodellen (Statens medicinsk-etiska råd, 2017). I rapporten, som kan sägas ha bildat en ny utgångspunkt i den svenska debatten, togs ingen ställning i sakfrågan och Smer uppger sig ha en neutral position.

Rapportens ambition är att ge faktaunderlag för en informerad debatt och den ger argument åt både förespråkare och opponenter. Båda sidor i debatten menar sig ha fått stöd för sin sak genom Smers rapport och debatten tycks fortsätta i samma hjulspår som tidigare (Statens medicinsk-etiska råd, 2018). Men en viktig slutsats som båda sidor bör kunna dra från rapporten är att man inte kan utesluta att »fel» människor har dött i tillämpningen av Oregons dödshjälpslag (se kap. 14) och att det är en öppen fråga om det överhuvudtaget är möjligt att konstruera en dödshjälpslag som helt kan förhindra oönskade dödsfall (se kap. 15).

I samband med det ovan nämnda Kramforsfallet har det uppstått en ny situation i debatten. Under de senaste åren har de tongivande dödshjälpstillskyndarna konsekvent förordat Oregonmodellen. De har framhållit att det bara ska gälla obotligt sjuka personer som har maximalt 6 månader kvar att leva och att dessa skulle kunna få ett dödligt preparat utskrivet av läkare för självadministration, det vill säga läkarassisterat självmord. Men under intervjuer i samband med Kramforsfallet har två av dessa framträdande förespråkare menat att det borde finnas regelverk på plats i Sverige som skulle ha möjliggjort laglig dödshjälp av den ME-sjuka kvinnan. Eftersom kvinnan varken var döende eller kapabel att ta sitt eget liv med assistans har dessa förespråkare därmed tillkännagivit att de önskar en modell som tillåter eutanasi av kroniskt sjuka.

4 Hva kan vi lære av meningsmålinger om dødshjelp?

I skandinaviske dødshjelpsdebatter vises det ofte til at befolkningsundersøkelser gir klare flertall for legalisering av dødshjelp. For mange er dette i seg selv et viktig argument for at dødshjelp bør bli tillatt. Når meningsmålingene får så stor betydning i debatten, blir det ekstra viktig

å vurdere hva vi kan lære av dem. Vi vil derfor stille og kortfattet drøfte fire spørsmål om meningsmålinger: Hvem blir spurt? Hvilke spørsmål stilles? Hvordan skal svarene tolkes? Hvilke konsekvenser bør undersøkelsene få?

4.1 Hvem blir spurt?

Et fundamentalt valg i utformingen av en meningsmåling er hvem som skal spørres. I et spørsmål om hva som skal være lov i landet, er det åpenbart at alle med stemmerett også er meningsberettiget. Man sier gjerne at døden angår oss alle, men dødshjelp berører likevel noen grupper ekstra sterkt: De som er «kandidater» for dødshjelp, særlig alvorlig syke pasienter nær døden; og de som er ment å yte dødshjelpen: leger og eventuelt annet helsepersonell.

To sentrale temaer er derfor implisitte i dødshjelpsdebatten: Hvilke omstendigheter skal kunne berettige at en person kan få dødshjelp, og hvem skal i så fall yte dødshjelpen? Dette er samfunnsspørsmål, men samfunnsspørsmål som angår alvorlig syke pasienter og helsepersonell mer enn de fleste andre.

Vårt samfunn er preget av «ungdomsidealer», og man kan se for seg at unge mennesker har vanskelig for å se verdien i et liv preget av alderdomssvakhet, sviktende sanser og funksjonsnedsettelse. Er det da riktig å meningsmåle friske unge mennesker om hva de mener skal kunne skje med de eldre og syke?

Det er godt kjent blant fagfolk at mange pasienter endrer syn på dødshjelp når de gjennomgår alvorlig sykdom, kommer seg gjennom den første sjokkfasen og blir bedre kjent med egen tilstand og hva helsetjenesten har å tilby (Johansen, Høien, Kaasa, Loge & Materstvedt, 2005; se også kap. 10). Mennesker har en sterk evne til å tilpasse seg nye situasjoner og livsbetingelser. Etter en tilpasningsfase kan de reorientere seg og finne mening og livskvalitet – selv i situasjoner de før ville ha karakterisert som «en skjebne verre enn døden». Det er vist at personer med funksjonshemninger gjerne vurderer egen livskvalitet høyere enn det utenforstående – også pårørende og helsepersonell – vurderer den til (Albrecht & Devlieger, 1999). Mange har negative fordommer om hvordan alvorlig

sykdom og død arter seg, og særlig sterkt er bildet av uutholdelig smerte. I hvilken grad er det fordømmer om funksjonshemning og ulidelig lidelse ved livets slutt som kommer til syne i meningsmålinger om dødshjelp?

Videre kan det hevdes at legers langt mer skeptiske synspunkter burde veie spesielt tungt, all den tid det er de som vil få straffriheten for, men også belastningen med, å utføre dødshjelp (se kap. 9).

4.2 Hvilke spørsmål stilles?

I meningsmålinger om kompliserte bioetiske spørsmål som dødshjelp blir ordlyden ekstra viktig. Respondentene har ofte begrensede forkunnskaper om temaet, og reaksjonene kan påvirkes av små variasjoner i følelsesladde ord. Dette er ukontroversielt, og en del av dagligtalen: Når en pasient legges inn på sykehus med akutt hjerteinfarkt, har det betydning hvordan helsepersonellet ordlegger seg. De sier at «du er trygg nå», «vi skal undersøke deg grundig», «legen har gjort dette mange ganger». Ord er kommunikasjonshandlinger med tydelig effekt. Derfor betyr det mye hvilke ord vi velger, når vi spør befolkningen om deres syn på dødshjelp. Dette ble blant annet vist i en norsk studie som fant ulik grad av støtte til legalisering av dødshjelp, avhengig av hvordan spørsmålet ble formulert – henholdsvis i et positivt og et mer nøytralt/nøytralt lys (Magelssen et al., 2016; se også Parkinson et al., 2005). En dansk meningsmåling kan også tjene som eksempel. Der ble spørsmålet stilt som følger (Epinion, 2006):

I Holland har det siden 2001 været lovligt for praktiserende læger under visse omstændigheder at yde aktiv dødshjælp til alvorligt syge patienter, der lider ubærligt og ikke har nogen udsigt til forbedring. I Danmark diskuteres det i øjeblikket, om aktiv dødshjælp bør lovliggøres. Bør det efter din opfattelse være tilladt for læger at yde aktiv dødshjælp, hvis en alvorligt syg patient frivilligt og velovervejet anmoder om det?

Her presenteres respondenten for de to hovedargumentene for dødshjelp i selve spørsmålsstillingen, nemlig å unngå unødig lidelse og å respektere menneskets selvbestemmelse. Vilklårene «frivilligt» og «velovervejet» fungerer som «plussord» som kan lede respondenten i retning av å støtte påstanden. Motargumenter eller problematisering av argumenter

og begreper er derimot fraværende i det respondenten blir presentert for. Det er sannsynlig at dette leder respondentene i retning av å uttrykke støtte til dødshjelp.

Dødshjelp betyr eutanasi eller assistert selvmord (kap. 2), men for noen forbindes begrepet også med adgang til behandlingsbegrensning. Det siste er særlig aktuelt i Finland, hvor uttrykket «kuolinapu» kan ha alle disse tre betydningene (kap. 4). Men også i de andre nordiske landene hersker det ofte forvirring om hva som menes med begrepene. Dersom spørsmålet i undersøkelsen ikke klart nok definerer hva man egentlig spør om – slik at også legfolk forstår hva som menes, og hvor viktige skillelinjer går – risikerer man at respondentene svarer på noe annet enn det man tror de svarer på.

En spørreundersøkelse fra New Zealand, hvor et dødshjelpsforslag skal til folkeavstemning i 2020, avdekket at misforståelser om dødshjelp og lovforslaget var utbredte (Curia, 2019). Flertallet trodde at forslaget ville medføre at pasienter kunne få nok medikamenter til å være fri fra smerte (62 %), velge å ikke bli gjenopplivet (72 %) eller få slått av maskiner som holdt dem kunstig i live (74 %). Det første er naturligvis lovlig og vidt utbredt. De to siste regnes som behandlingsbegrensning (se kap. 2) og er også allerede tillatt.

4.3 Hvordan skal man tolke svarene?

Spørreundersøkelser om dødshjelp henvender seg til mange mennesker og samler synspunktene deres i enkle kategorier. Det kan være «ja/nei/vet ikke», eller mer nyanserte kategorier. Respondenter som svarer «ja, helt sikkert», må man anta at virkelig er positive til legalisering av dødshjelp, og tilsvarende med de som klart er mot. Men hva med de som sier «delvis», «kanskje», «litt enig»? Folks holdninger til et så stort og komplisert spørsmål som dødshjelp er antakeligvis sammensatt og nyansert, trolig farget av en rekke faktorer, inkludert framstilling i medier, populærkultur og egne erfaringer med sykdom og død hos en selv eller hos nære pårørende.

Til forskjell fra dette handler spørsmålet om legalisering av dødshjelp om en dikotomi: Enten skal det være lov, eller så skal det være forbudt.

Dersom det skal være tillatt, vil en rekke faktorer gjerne legges inn som avgrensninger og sikkerhetsmekanismer, men det er ikke gitt at disse samsvarer med betingelsene respondenten ønsker å støtte. I en folkeavstemning vil respondentene måtte bestemme seg, stemme for det ene eller det andre, eller avstå. Men i en spørreundersøkelse svarer man på et hypotetisk spørsmål, der man kan unne seg å svare litt ja og litt nei. Kommentarfeltene som ledsager mange meningsmålinger, viser nettopp dette: Mange av respondentene gir uttrykk for at de ser argumenter både for og mot, og det er ikke entydig hva de ville ha landet på.

4.4 Hva bør politikerne gjøre?

Ingen av de nordiske landene har direkte demokrati. Vi er representative demokratier der politikere stemmer på vegne av oss, og belønnes eller straffes av befolkningen i neste valg. Det er ingen automatikk i at politikere bør vedta de lovene befolkningen til enhver tid ønsker seg, selv om folkeviljen burde komme til uttrykk i lovverket. Mange hevder det utgjør et demokratisk problem og at politikerne er feige når de ikke vil tillate dødshjelp.

Dødshjelp er imidlertid ett eksempel på svært vanskelige spørsmål som det er krevende for legfolk å sette seg inn i og få full oversikt over. Det er nettopp i slike spørsmål man kan tenke seg at det representative demokratiet har sin styrke: Det er for dette vi velger politikere som kan gjøre den jobben for oss, ut fra et større og mer langsiktig perspektiv om hva som er bra for samfunnet som sådant.

Når folk flest i meningsmålingene blir spurt om de støtter legalisering av dødshjelp, er det naturlig at de ser for seg en situasjon der de selv eller deres kjære er nær døden og lider uutholdelig. Ville de ønske å ha dødshjelp som et tilgjengelig alternativ? Det er fullt forståelig at svaret for mange er «ja». Våre politikere må derimot stille seg et helt annet spørsmål når de konfronteres med dødshjelpstemaet: Er det mulig å lage en god dødshjelpslov der det er et gunstig forhold mellom nytte og risiko/skade, både for enkeltborgere og for samfunnet? Politikere som ønsker å omsette befolkningens vilje – uttrykt gjennom meningsmålinger – til praktisk lovverk, har en krevende oppgave: De må utforme lover, reguleringer og

sikkerhetsmekanismer som gjør en eventuell dødshjelpslov entydig, rettferdig og forsvarlig (kap. 15).

4.5 Konklusjon

En lang rekke meningsmålinger i Skandinavia har vist et flertall for legalisering av dødshjelp. Det er dessuten en ikke ubetydelig minoritet blant leger og annet helsepersonell som stiller seg positive til legalisering – selv om få leger selv ville være villige til å utføre dødshjelp om det skulle bli tillatt. Befolkningsundersøkelsene må leses med omhu; et viktig spørsmål er om de stiller de relevante spørsmålene til de relevante gruppene. Tross aktiv dødshjelpsdebatt i samfunnet kan det råde forvirring om både begreper og fakta blant vanlige folk. Vår analyse viser at lovgiver ikke uten videre kan omsette meningsmålinger til praktisk politikk.

Referanser

- Albrecht, G. L. & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48(8): 977–988.
- Curia. (2019). *Euthanasia issues poll November 2019*. Hentet fra <https://euthanasiadebate.org.nz/wp-content/uploads/2019/10/Poll-on-the-End-of-Life-Choice-Bill-November-2019.pdf>
- Den norske legeforening. (2015). *Etiske regler for leger*.
- Det Etiske Råd. (1996). *Dødshjelp? – en redegørelse*.
- Det Etiske Råd. (2004). *Eutanasi – lovliggjørelse af drab på begæring*.
- Det Etiske Råd. (2012). *Det Etiske Råds udtalelse om eventuel lovliggjørelse af aktiv dødshjelp*.
- Det Etiske Råd. (2019, 9. december). Nuancér debatten om aktiv dødshjelp (kronik). *Politiken*, 2. sektion, s. 7–8.
- Edblom, K. (2010, 20. mars). Majoriteten för aktiv dödshjälp. *Aftonbladet*. Hentet fra <https://www.aftonbladet.se/nyheter/a/WL6oKk/majoriteten-for-aktiv-dodshjalp>
- Epinion. (2006). *DR – Danskernes holdning til aktiv dødshjelp*. Hentet fra <https://www.dr.dk/NR/rdonlyres/FD8010BD-758E-4D27-8DC8-70DA68128ED2/308795/TablrapportDRAktiv%C3%B8dshj%C3%A6lp.pdf>
- Etikkrådet for farmasøytter. (2010). *Vedr. norske farmasøytters holdning til legeassistert selvmord*. Hentet fra https://www.nfs.no/wp-content/uploads/2019/02/Etikk_Svar_pa_henvendelse_2010.pdf

- Fahlbeck, R. (2017). Barnmorskedomen – Politiken vann, juridiken förlorade. *Juridisk Tidskrift*, 2017/18(1), 218–227.
- Funch, M. (2017, 1. juni). Læger siger massivt nej til aktiv dødshjælp. *Kristeligt Dagblad*.
- Førde, R., Aasland, O. G. & Falkum, E. (1997). The ethics of euthanasia – attitudes and practice among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine* 45, 887–92.
- Førde, R., Materstvedt, L. J. & Syse, A. (2008). Scandinavia. I J. Griffiths, H. Weyers & M. Adams (Red.), *Euthanasia and Law in Europe* (s. 425–442). Oxford: Hart Publishing.
- Førde, R. & Aasland, O. G. (2014). Are end-of-life practices in Norway in line with ethics and law? *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(9), 1146–1150.
- Gaasø, O. M., Rø, K. I., Bringedal, B. & Magelssen, M. (2019). Legers holdninger til aktiv dødshjælp. *Tidsskr nor legefören*, 139(1), 31–35. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2019/01/originalartikkel/legers-holdninger-til-aktiv-dodshjelp>
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. (IS-2091). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Holst, N. S. & Adolphsen, C. (2017). Dødshjælp – rettigheter og pligter i forbindelse med behandlingsafvisning og behandlingsophør. *Juristen* (6), 217–24.
- Husebø, S. (2009, 12. juni). En synders refleksjoner. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/i/416MG/En-synders-refleksjoner>
- Ipsos MORI. (2015). *Public attitudes to assisted dying*. Hentet fra <https://www.ipsos.com/ipsos-mori/en-uk/public-attitudes-assisted-dying>
- Johansen, S., Høien, J. C., Kaasa, S., Loge, J. H. & Materstvedt, L. J. (2005). Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*, 19(6), 454–460.
- Karlsson, M. (2011). *End-of-life care and euthanasia: Attitudes of medical students and dying cancer patients*. Akademisk avhandling, Karolinska Institutet.
- Lindblad, A., Löfmark, R. & Lynöe, N. (2008). Physician-assisted suicide: A survey of attitudes among Swedish physicians. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(7), 720–727.
- Magelssen, M., Pedersen, R. & Førde, R. (2018) Hvordan arbeider klinisk etikk-komiteene? *Tidsskr nor legefören*, 138, 134–137.
- Magelssen, M., Supphellen, M., Nortvedt, P. & Materstvedt, L. J. (2016). Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: A survey experiment. *BMC Medical Ethics*, 17. Hentet fra <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-016-0107-3>
- Materstvedt, L., Ottesen, S., von Hofacker, S. & Syse, A. (2019, 29. januar). Unødvendig lidelse kan unngås ved livets slutt. *Dagens Medisin*.

- Matzen, L. E., Ilvemark, J. & Dahle, B. (2016). Questionnaire-based survey suggests that the majority of Danish geriatricians are against euthanasia. *Danish Medical Journal*, 63(2), A5187.
- Norges Handikapforbund. (2019). Interessepolitisk program 2019–2021. Hentet fra https://nhf.no/wp-content/uploads/2019/11/NETT_intr-politisk-program-19-21_NHF.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.
- Olsson, E. (2017). Sex av tio vill legalisera dödshjälp – varför är politikerna så tysta? *KIT.se*. Hentet fra <https://kit.se/2017/12/18/99509/sex-av-tio-vill-legalisera-dodshjalp-varfor-ar-politikerna-sa-tysta/>
- Parkinson, L., Rainbird, K., Kerridge, I., Carter, G., Cavenagh, J., McPhee, J. & Ravenscroft, P. (2005). Cancer patients' attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide: The influence of question wording and patients' own definitions on responses. *Journal of Bioethical Inquiry* 2(2), 82–9.
- Statens medicinsk-etiska råd. (2017). *Dödshjälp. En kunskapssammanställning*. Hentet fra <http://www.smer.se/rapporter/dodshjalp-en-kunskapssammanstallning/>
- Statens medicinsk-etiska råd. (2018). *Svensk debatt efter publiceringen av Smers rapport om dödshjälp*. Hentet fra <http://www.smer.se/debatten-efter-publiceringen-av-smers-rapport-om-dodshjalp/>
- Sygeplejeetisk Råd. (2009). Aktiv dødshjælp – for eller imod. Hentet fra <https://dsr.dk/ser/holdnkinger/aktiv-doedshjaelp-for-eller-imod>

Ordforklaringer

- andningshämmande (S): respirationsdæmpende (D, N)
- anke (N): överklagande (S)
- brottsbalken (S): straffeloven (D, N)
- brottslig (S): kriminelt (D, N)
- följdfrågan (S): opfølgingsspørgsmålet (D), oppfølgingsspørgsmålet (N)
- fördolda (S): skjulte (D, N)
- förespråkare (S): forkjempere (N), fortalere (D)
- indgift (D): tilførsel (S), tilførsel (N)
- förordade (S): foreslo(g) (D, N)
- legitimation (S): autorisation (D, N)
- meningsmålinger (N/D): opinionsmätningar (S)
- nævn (D): nemnd (N), nämnd (S)
- om lag (N): circa (D), ungefär (S)
- omhu (N): försiktighet (S), forsigtighed (D)
- ordskiftet (N): debatten (D, S)

samvetsskäl (S): samvittighedsgrunde (D), samvittighetsgrunner (N)
spridd (S): udbredt (D, N)
stadgar (S): fastslår (D, N)
stundtals (S): til tider (D, N)
sundhedsperson (D): vårdpersonal (S), helsepersonell (N)
Sundhedsstyrelsen (D): Socialstyrelsen (S), Helsedirektoratet (N)
syfte (S): formål (N), hensigt (D)
så langt (N): så langt (S), indtil videre (D)
tillfrågade (S): respondentene (D, N)
tillhandahåller (S): yder/yter, bringer til veje/veie (D, N)
tillämpningen (S): anvendelsen (D, N)
totalförlamad (S): totalt lammet (D, N)
uhyre (D): mycket (S), svært (N)
vädjat (S): appelleret (D, N)
åtgärder (S): tiltag (D), tiltak (N)
åsiktsutbytet (S): meningsudvekslingen (D, N)

