



Aktiv dödshjälp – En rättighet att uppfylla?

av
Ingrid Combes

Avdelningen för mänskliga rättigheter

Historiska institutionen

Kurskod: MRSG31

Termin: HT-terminen 2014

Handledare: Lena Halldenius, Emma Sundkvist

Omfång: Antal ord: 14 000



Abstract

Trots att aktiv dödshjälp är ett såpass omdebatterat fenomen och moralproblem, har legalisering skett – samt diskuteras i länder där behov uppmärksammas utan möjlighet att tillgodose. Svenska staten är ett exempel på detta sistnämnda och senast 2008 fick *Statens Medicinsk-Etiska Råd* i uppgift att analysera ett övervägande av aktiv dödshjälp som ett alternativ bland andra att tillgå i livets slutskede.

Undersökningen ställer frågorna hur svenska staten ser på aktiv dödshjälp och hur det skulle kunna ses som en mänsklig rättighet. Dessa besvaras genom användandet av en särskild begreppsanalys, där *Statens Medicinsk-Etiska Råds* benämning av aktiv dödshjälp kunnat kartläggas och i samband med två valda teorier kunnat läsa in hur aktiv dödshjälp skulle kunna förstås. Den främsta teorin tillför ett rättighetsperspektiv: vad innebär att leva ett mänskligt värdigt liv och genom detta uppnå social rättvisa, den andra: ett skyldighetsperspektiv som hjälper till att utmäta skyldighetsansvaret som följer. Eftersom aktiv dödshjälp är ett moralproblem har även mycket vikt givits moralfilosofiska argument utmed undersökningen.

Syftet med undersökningen har varit att bidra med att föra debatten vidare. Undersökningen resulterar i att de fåtal människor aktiv dödshjälp berör: de svårt kroniskt och/eller obotligt sjuka i livets slutskede, inte lever mänskligt värdiga liv då de inte kan få hjälp med att avsluta sina liv om detta ligger i deras intresse och alltså svarar ja på frågan om aktiv dödshjälp som rättighet. Vad gäller skyldighetsansvaret är det främst otillfredsställande att svenska staten inte ens överväger ett bejakande för ett alternativ i livets slutskede som aktiv dödshjälp innebär för dessa människor.

Nyckelord: Aktiv dödshjälp, moralfilosofi, autonomi, paternalism, rätten till självbestämmande, mänsklig värdighet, rätten till ett värdigt liv, skyldighetsansvar, skyldighet att bistå/hjälpa, social rättvisa.

Innehållsförteckning

1	Inledning	4
1.1	Problemformulering, syfte och frågeställningar	5
1.2	Material och avgränsningar	6
1.2.1	Primär- och sekundärmaterial	8
1.2.2	Källkritik	10
2	Teori och metod	12
2.1	Teori	13
2.2	Metod	17
3	Tidigare forskning, forskningsläge och litteraturöversikt	19
4	Analys och diskussion	26
4.1	Det konceptuella tillvägagångssättet – kartläggning av begreppet aktiv dödshjälp	26
4.2	Det analytiska tillvägagångssättet – applicering av kapacitetsteorin	29
4.3	Millers kopplingsteori och skyldighetsansvaret	36
5.	Diskussion och sammanfattning	38
6.	Referenser	41

1 Inledning

Aktiv dödshjälp har länge uppmärksammats till en stor fråga vad gäller tillgänglighet av den och dess moraliska legitimitet. Detta i takt med att utvecklingen av medicin inneburit nya hälsomöjligheter i många länder, som i sin tur gjort att det börjat begäras av patienter som ett alternativ i livsslutsfrågor samt då det stött på moraliska problem som det strider mot några av de mest vägande moralprinciperna i vår tid: som den om att det i varje fall är fel att avsiktligt döda.

Hur aktiv dödshjälp uppfattas moraliskt har i sin tur reflekterat legaliseringen av den världen över. I Sverige är tillexempel aktiv dödshjälp något som inte är reglerat eller har stöd enligt lag, medan exempelvis Holland är ett undantag där det låtit legaliserats.

Än idag utgör alltså aktiv dödshjälp en av de största moralproblemen och har på så vis gjort grund för mycket debatt i både tidigare och samtida moralfilosofisk, bio-etisk och samhällelig debatt. I Sverige var den senaste livligaste debatten 2009 då det i medier uppmärksammades i samband med flera fall där aktiv dödshjälp önskats, och då det åren dessförinnan, 2007 och 2008, gjorde grund för en medicinsk-etisk analyserande fråga som svenska statens *Medicinsk-Etiska Råd* åtog sig som uppgift att utföra forskning kring.¹ Trots att denna forskning som statens medicinsk-etiska råd utförde och där ytterligare forskning uppmanades för att bättre ställning skulle kunna tas angående frågor som patientens självbestämmande över sin egen död och vilka alternativ som skulle finnas att tillgå, har det inte setts en skymt av någon ytterligare forskning sedan dess vad gäller aktiv dödshjälp.

I december 2014 togs aktiv dödshjälp upp igen i medier i ett reportage publicerat i Göteborgs Posten, som tyder på att frågan förblivit olöst och att detta inte är tillfredsställande. Reportaget ”Att leva med djävulens sjukdom” skildrar Ulf Ljungblads liv med sjukdomen ALS. Ljungblad är själv läkare och bidrar på så sätt med ett ovanligt perspektiv i form av hans erfarenheter som både läkare och patient. Han vill uppmana

¹ www.smer.se/skrivelse-avgoranden-i-livets-slutskede/, hämtat 2015-01-05

andra läkare att lyssna mer på patienterna, lära dem ödmjukhet då han stött på många som saknar empati gentemot patienten, och hoppas även återigen blåsa liv i debatten om dödshjälp. Ljungblad förespråkar att alla ska ha rätt att själva bestämma när livet är slut och vill att det öppet diskuteras att införa samma lagstiftning som Schweiz och Nederländerna.²

I ljuset av Ulf Ljungblads uppmanande och att till och med svenska statens medicinsk-etiska råd uppmanar till ytterligare forskning – valdes samma omdebatterade fenomen till den här undersökningens ämne. Det är fortfarande ett relevant och omtvistat ämne och något som jag, om möjligt, vill bidra med att föra debatten vidare så som det börjar väckas till liv igen.

1.1 Problemformulering, syfte och frågeställningar

Syftet med denna undersökning är att tillföra nya perspektiv med två olika teorier som komplement för att se vad som händer med den ”stillastående” debatten³ om aktiv dödshjälp. De två teorierna tillför nämligen ett rättighets- & skyldighetsperspektiv på den annars främst moralfilosofiska och bio-etiska aspekten av debatten. Eftersom *Statens Medicinsk-Etiska Råds* senaste forskning angående aktiv dödshjälp är av stor relevans som den har inverkan på statens beslut gällande regelverk, lagstiftning och föreskrifter, har denna forskning valts som utgångspunkt. Den påverkar i sin tur den svenska sjukvården och vad som ses som legitimt i övrigt. Vad jag är intresserad av är fall där en patient inte *själv kan* avsluta sitt liv utan behöver assistans och hjälp med att fullfölja detta: det vill säga aktiv dödshjälp. Ett exempel på detta skulle kunna vara en person som Ulf Ljungblad med sjukdomen ALS: där slutstadiet för sjukdomen, (efter stadier av oundvikligt förvärrat sjukdomstillstånd då medicinerna är otillräckliga och endast bromsar upp processen), resulterar i att man kvävs till döds.⁴ Patienter som går detta öde tillmötes, eller liknande öden, har då ibland begärt att få hjälp med att avsluta sitt liv så

² S. Berg, ”Att leva med djävulens sjukdom”, GöteborgsPosten, 01-12-2014, Nyheter: Reportage, s. 6-9, s. 9

³ M. P. Battin, *Ending life: Ethics and the Way We Die*, Oxford University Press, Oxford, 2005, s. 20

⁴ S. Berg, ”Att leva med djävulens sjukdom”, GöteborgsPosten, 01-12-2014, Nyheter: Reportage, s. 6-9, s. 9

som de finner det mer fördelaktigt, är i enlighet med sin livsfilosofi och/eller för att slippa lidande, som exempelvis i form av onödig smärta.

Syftet/tesen i vilken jag utför själva undersökningen är för att se hur aktiv dödshjälp kan, och rent av borde, klassas som en mänsklig rättighet och i så fall var skyldighetsansvaret att uppfylla detta ligger. Problemformuleringen nedan är utformade frågor som ska tjäna riktlinjer till undersökningsämnet under arbetets gång.

- *Hur uppfattas aktiv dödshjälp utifrån Statens medicinsk-etiska råds promemoria och skrivelse? Hur skulle det kunna uppfattas med applicering på en kapacitetsteori?*
- *Med att se till denna kapacitetsteori om människans kapaciteter och rätt att leva ett värdigt liv – kan aktiv dödshjälp rentav ses som en mänsklig rättighet? Och isåfall, vilket blir skyldighetsansvaret? Vad bör, enligt en teori byggt på skyldighetsprinciper, göras och av vem?*

I samband med ovanstående frågor och valet av teorierna har en metod valts att förhålla mig till under arbetets gång då den kan hjälpa till att ringa in just uppfattningen av innebörden av aktiv dödshjälp. Denna metod i samband med en teori om kapacitet kan avgöra om aktiv dödshjälp borde ses som en mänsklig rättighet och att med hjälp av en annan teori, som utmäter skyldighetsansvar, kan det även diskuteras vad som bör göras om så är fallet. Vad jag hoppas få se som resultat är om detta kan bidra med en mer precis eller annorlunda uppfattning, om vad som kan läsas in i begreppet aktiv dödshjälp. Mer om hur detta ska gå till kommer att redogöras för under 2. 2 Metod.

1.2 Material och avgränsningar

De material jag hittat och valt ut att använda mig av till denna undersökning gjordes främst med att se till *vad* det faktiskt är som ska undersökas. Jag har på så sätt utgått ifrån nyckelord relaterat till ämnet och undersökningen och sökt material via biblioteksdata-baser.

Redan från början valde jag att begränsa mig till att utgå från moralfilosofiska verk; dels för att ge en så bra helhetsbild som möjligt på vilka för- och emot-argument som tas upp angående aktiv dödshjälp idag, och dels för att se vad som gäller för skyldighetsansvaret. Eftersom målet är att testa begreppet aktiv dödshjälp då detta ofta är ett känsloladdat och mångtydigt ord som visat sig vara svårt att exakt avgränsa och förklara⁵ då det präglas av många olika definitioner, har valet av material, med detta i åtanke, skett genom att ha sett till verk som bedömts vara av särskild relevans för undersökningsämnet.

Rapporter från *Statens Medicinsk-Etiska Råd* (förkortat Smer), har hittats varav den senaste skrivelsen och promemoria från 2008 kommer att användas som primärmaterial, då den behandlar frågor om behandling i livets slutskede, däribland dödshjälp, som är av särskild relevans. För att inte få ett allt för omfattande fält att arbeta med, med tanke på undersökningens tillåtna omfång, passade det även bra med Smers specifika material under vilken aktiv dödshjälp presenteras. Primärmaterial och sekundärmaterial redogörs för mer utförligt i kommande avsnitt.

Eftersom *dödshjälp* är just ett såpass brett och välanvänt begrepp behöver detta förtydligas. I en av artiklarna ur en artikelsamling utträttat av Smer, *Etiska vägmarken 5: Eutanasi: En debattskrift*, omnämns Eutanasi som en synonym till dödshjälp⁶ där detta innebär att en läkare avsiktligt avslutar en svårt sjuk patients liv på just dennes begäran.⁷ Definitionen är daterad 1992, där syftet för Smer handlade om att fördjupa sig i frågan om dödshjälp och att syna skälen för och emot detta. Med tanke på detta tidsspann ser inte definitionen ut att ha ändrat skepnad särskilt mycket från skrivelsen och promemorian från 2008; något som kommer att styrkas under genomgången av tidigare forskning, forskningsläget och i analysen. Det är hur som helst det senaste publicerade av Smer som kommer att användas för att vara så tidsmässigt relevant som möjligt.

Fokus kommer alltså att ligga på den form av dödshjälp som behandlas i protokollet utfört av *Statens Medicinsk-Etiska Råd* om svårt kroniskt och/eller obotligt sjuka patienters möjlighet att bestämma över sin egen död i livets slutskede, som publicerades 2008. Övriga former av dödshjälp kommer därför att avgränsas bort då dessa inte blir relevanta för undersökningen och även skulle bli för omfattande för

⁵ *Etiska Vägmarken 5 – Eutanasi: en debattskrift*, 1. uppl., Statens medicinsk-etiska råd, Stockholm, 1992, s. 8

⁶ *Eutanasi: en debattskrift*, Statens medicinsk-etiska råd, 1992, s. 7

⁷ *Ibid.*, 1992, s. 8

undersökningens omfattning. *Läkarassisterat självmord*, som en av dessa övriga former av dödshjälp, kommer dock att nämnas i jämförande syfte i undersökningen, eftersom detta är vad många forskare har gjort och bygger sina argument på, samt även Smer.

Denna definition och form av dödshjälp som ska undersökas omnämns i promemorian och skrivelsen från 2008 med stor tvekan, där det nämns att rådet reserverar sig i att ta ytterligare ställning gentemot den. En av de former Smer behandlar och refererar till i promemorian kallas för ”*aktiv läkarhjälp*” vilket är den form av dödshjälp som i moralfilosofin omnämns aktiv dödshjälp: nämligen där en läkare hjälper patienten att avsluta sitt liv genom att exempelvis ge patienten en injektion, något som tillämpas i Nederländerna. Därför kommer också det moralfilosofiska inslaget som stöd och grund att föras utmed analysen i resonemang- och argument-syften i samband med begreppsanalys som metod och de valda teorierna.

Något som ytterligare avgränsats från denna undersökning är den form av dödshjälp som skulle finnas tillgänglig för psykiskt sjuka som önskar möta sin död på samma sätt som de kroniskt och/eller obotligt sjuka som här är i fokus. Detta på grund av att det i svensk vård är en utgångspunkt att utesluta att patienterna ifråga inte lider av några behandlingsbara psykiska sjukdomar vad gäller uppfyllda kriterier för att aktiv dödshjälp överhuvudtaget skulle vara legitimt.⁸

1.2.1 Primär- och sekundärmaterial

Primärmaterial utgörs av ”*Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död.*” & ”*Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*”, som överlämnades från *Statens Medicinsk-etiska Råd* till regeringen, den 28 augusti 2008. Promemorian innehåller överväganden i livets slutskede där en intern arbetsgrupp av rådet (bestående av Niels Lynoe, Barbro Westerholm och Daniel Brattgård) tillsattes för att sköta själva övervägandet. Skrivelsen är det dokument där rådet kommenterar den färdigställda promemorian.⁹ Syftet som skrivelsen och promemorian från Smer ska fylla är som utgångspunkt för debatten om aktiv dödshjälp då syftet är att undersöka vilket begrepp Smer använder i promemorian och skrivelsen. Att Smers definition av aktiv dödshjälp i promemorian och skrivelsen är den som kommer att vara i fokus beror främst på att den

⁸ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 7

⁹ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 1

kan klassas som av mer relevans och legitimerad att referera till då detta är den senaste definitionen tillgänglig och på så sätt även mer legitim. Den är också mer intressant att använda sig av då den uppmuntrar vidare forskning för att bättre ta ställning till vidden av patienters självbestämmande i svensk sjukvård, och relevant då det ännu inte kommit någon uppföljning angående just aktiv dödshjälp. För att inte nämna dess direkta inflytande på svenska statens lagstiftning.

Sekundärmaterialet utgörs här främst av moralfilosofiska verk samt rapporter av etiskt analyserade frågor Smer tidigare fått i uppdrag att utföra. Dessa rapporter, *Etiska vägmarken 9: Mänskliga Rättigheter i vården* med ett kapitel exklusivt rörande just vård i livets slutskede, samt *Etiska Vägmarken 5: Eutanasi*, där syftet varit att kartlägga frågor rörande dödshjälp, återger Sveriges syn på aktiv dödshjälp, medan de moralfilosofiska verken är mer internationella. Allt sekundärmaterial har dock västerländsk prägel, eftersom aktiv dödshjälp främst är en fråga i länder med radikalt förbättrade hälsomöjligheter i takt med de medicinska framgångar som förekommit de senaste tre decennierna.¹⁰

De moralfilosofiska verken är av betydelse i det att de bidrar med generella för och emot-argument som förts i tidigare debatter av aktiv dödshjälp. Dessa argument och resonemang kommer genom undersökningens gång få en mer funktionell roll i att de även kommer att användas utmed analysen. Valen av dessa kommer dock att redogöras ytterligare under *1.2.2. Källkritik*.

Utöver dessa är ytterligare sekundärmaterial de valda teorierna för undersökningen, samt metodmaterialet, som även de kommer att redogöras för mer utförligt under *2. Teori och Metod, 2.1. Teori* och *2.2. Metod*.

Vidare har det, i takt med samlandet av sekundärmaterialet, varit av betydelse att följa upp forskningsetiskt vilka möjliga ideologiska, politiska, etiska och religiösa inslag som präglar de olika författarna till verken och som i sin tur vävs in i debatten och har betydelse för förståelsen av begreppet *aktiv dödshjälp*. Detta för att ha i åtanke vid användningen av materialet. Vad gäller primärmaterialet och övriga rapporter från Smer, är dessa offentliga och statliga material, där jag inte behöver ta lika stor forskningsetisk hänsyn som för övrigt material. Vad gäller transparens och noggrannhet i texten är det

¹⁰ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 1

viktigt att jag visar på vad som är mina egna resonemang och vad som är författarens påståenden, detta med noggrann referera till källan.

Ytterligare ett exempel på forskningsetisk hänsyn har varit valet att använda mig av två källor istället för enbart en av samma författare när det gäller där den viktigaste teorin för undersökningen redogörs för. Martha C. Nussbaums bok *Främja Förmågor* har en bra genomgång av hennes kapacitetsteori men berör denna relativt ytligt, medan ett annat av hennes verk, *Kvinnors liv och social rättvisa*, går in mer på djupet och visar teorin i ett annat ljus. För att få en så bra helhetsbild som möjligt av denna teori kommer därför båda att användas.

Den andra teorin, som inte är av lika stor funktionell betydelse för undersökningen, eftersom den mer ska introducera ett sätt att utmäta skyldighetsansvar i problematiska situationer och bidra till vidare diskussion är: David Millers kopplingsteori, som redogörs för i artikeln ”*Distributing Responsibility*”. Denna kommer att ges mer genomgång under *2.1 Teori*.

Ytterligare vill jag belysa att något som medvetet tagits avstånd från i allt material där detta behandlas har varit förekomsten av religiösa inslag och argument präglad detta, eftersom det i den svenska kontextens såpass sekulariserade samhälle inte är av en särskilt betydande relevans.

Denna genomgång av sekundärmaterial bör ses främst som introduktion till övriga av undersökningens delkapitel då dessa kommer att redogöras vidare mer utförligt, såsom under (utöver tidigare nämnda) *3. Tidigare forskning och Litteraturöversikt*.

1.2.2 Källkritik

Mitt förhållningssätt till kritiskt reflekterande vad gäller de olika verken som kommer att användas i denna undersökning gjordes främst med noga uttänkta val och bedömning av de verk som valts. De moralfilosofiska verk jag valt att använda mig av har alla antingen framstående forskare som författare, och/eller legitimerade sådana, på grund av yrkesområden som i sin tur implicit ger goda omdömen och förutsättningar. Margaret P. Battin och Manne Sjöstrand är exempel på detta sistnämnda, då de är nutida aktiva forskare och professorer, medan Jonathan Glover och James Rachels länge specialiserat sig inom området. Glovers och Rachels verk må vara äldre daterade, men då debatten om

aktiv dödshjälp och dess legaliseringen som skett allteftersom inte ändrat utgångsläget för var debatten befinner sig idag särskilt mycket, har de bedömts vara legitima att använda sig av. De moralfilosofiska verken har alla en sak gemensamt: att ha som syfte att föra diskussionen om dödshjälp vidare. Forskarna har olika infallsvinklar, ställningstaganden och tyngdpunkter som gjort att de kommit fram till såväl lika, som olika svar, där forskarna ibland även lämnat förslag på lösningar i frågan. Källorna som författarna använt sig av är exempelvis varandras verk eller tidigare moralfilosofiska forskare, samt ibland med inslag av tidigare och/eller samtida bioetiska forskningsrapporter.

Primärmaterialet som valts är ett statligt officiellt dokument avsett för regeringen. Smer är ett organ tillsatt av regeringen för att etiskt analysera frågor som den medicinska och biologiska forskningen väcker, med uppgift att sedan belysa dessa ur ett övergripande samhällsperspektiv. Rådet utgörs av ordförande, sju företrädare för de politiska partierna och tio sakkunniga. Rådet ska agera ”överremissinstans” vad gäller medicinsk-etiska frågor åt regeringen och då även i samband med förberedelser för lagstiftning, genom att det kan gälla synpunkter gällande vad som bör vara tillgängligt och inte, med hänsyn till etiska värden såsom människovärde, personlig integritet, självbestämmande och rättvisa.¹¹

De frågor Smer åtar sig för etisk analys publiceras i sin tur allt eftersom och görs tillgängligt på Smers hemsida, där jag även fått tillgång till mitt primärmaterial samt övriga material som kommer att användas i sekundärt syfte.

Att just Smers definition av begreppet är värt att undersöka beror som sagt på dess relevans i att deras forskning spelar en såpass stor roll som det påverkar svensk sjukvård, genom att forskningen genomförs på uppdrag av regeringen.

Utöver ovanstående är det aningen skillnad på tre övriga material, de som valts till teorier och den som valts till metoden. Motiveringen till dessa val och vad som behövts tänka på, kommer att redogöras för i följande delkapitel.

¹¹ <http://www.smer.se/om-smer/uppdrag> , 2014-11-20

2 Teori och metod

Som nämnt har jag, för att besvara min frågeställning, valt två specifika teorier och begreppsanalys som metod. Att jag valt dessa beror på det problematiska med just begreppet *aktiv dödshjälp* och att jag vill tillföra något mer specifikt och annorlunda perspektiv, på det annars moralfilosofiska som så ofta enbart är i centrum. Mig veterligen är exempelvis valet av teori här inget som bidragits denna debatt tidigare.

Begreppsanalysen bedöms som ett passande tillvägagångssätt, då denna inte bara hjälper till att kartlägga vad begreppet aktiv dödshjälp faktiskt innebär, utan dessutom öppnar upp för en möjlighet att låta teorier utveckla ett nytt perspektiv som teorierna i fråga kan tillföra, mer specifikt på vad och hur begreppet hade kunnat, eller till och med, *bör* innebära och uppfattas.¹² Jag intresserar mig speciellt för hur dessa teorier kan hjälpa till att definiera aktiv dödshjälp annorlunda (exempelvis inte ses som något negativt som så ofta är fallet, något som exempelvis uppmärksammas i några av de moralfilosofiska verken) samt till och med kan tala *för* att aktiv dödshjälp bör göras tillgängligt i rättighetstermer, snarare än i moralfilosofiska termer. Nussbaums kapacitetsteori skulle kunna visa på att det finns en oersättlig/inneboende (*Intrinsic*) kapacitet till en rättighet att faktiskt få begära aktiv dödshjälp med de moralfilosofiska forskarnas argument och resonemang som stöd.

Millers kopplingsteori skulle mer påvisa den andra aspekten som hänger ihop med rättighetsterminologin: nämligen den av skyldigheter och vem som bär ansvaret för detta; hur mycket man bör hjälpa någon och vilka faktorer som kommer att avgöra hur. Millers teori i undersökningen bör ses mer som ett slags introduktion för att ge något av en helhetsbild då den del där begreppsanalysen förs i samband med Nussbaums teori kommer att tilldelas störst fokus.

¹² S. Haslanger, 'Gender and race; What are they? What do we want them to be?' *Noûs*, vol. 34, nr. 1, s. 31-55., 2000, s. 33

2.1 Teori

Att jag valt två teorier beror på att det blir två infallsvinklar som mer eller mindre kompletterar varandra. Fokus kommer dock främst ligga på liberalfilosofen Martha C. Nussbaums teori om kapacitet. Denna bidrar med ett rättighetsperspektiv och är nära relaterad till mänskliga rättigheter, eftersom det är en teori med perspektiv på frågor angående livskvalitet och grundläggande rättvisa.¹³ Den kan även spela en roll i att vara en källa till lagstiftning om implementeringen av en rättighet.¹⁴ Politik-filosofen, David Millers kopplingsteori bidrar till den motsvarande skyldigheten: alltså med att se till var skyldighetsansvaret ligger.¹⁵ Att använda dessa två teorier kan hjälpa till att analysera patientens ställning i svensk sjukvård om rätten att bestämma över sin egen död, som tas upp i Smers skrivelse och promemoria från 2008. Framför allt gäller detta Nussbaums kapacitetsteori-lista där hon listar upp vad som innebär ett gott mänskligt värdigt liv. Millers kopplingsteori ser till vad som blir skyldighetsansvaret från omvärlden, främst med fokus på om det förändrar något i sjukvården eller exempelvis om staten bör agera annorlunda.

Då kapacitetsteorin (originaltitel: *The Capability Approach*) är en bred teori och väldigt rik på aspekter, kommer endast det av relevans för undersökningen här att presenteras, för att ge en så funktionell presentation som möjligt.

Eftersom Nussbaum utformat sin kapacitetsteori genom att fokusera på förmåga som motivation för fundamentala politiska principer, som i sin tur kan agera grund för konstitutionella garantier¹⁶, känns den lämplig för ett så omdebatterat, omtvistat begrepp och fenomen, som aktiv dödshjälp innebär och medför. Kapacitetsteorin ser nämligen till vad en person i fråga de facto är förmögen till att göra och vad denne i sin tur kan vara, i samband med vilka möjligheter och friheter människan har.¹⁷

Man kan säga, att det enligt Nussbaum finns minsta beståndsdelar för *alla* människor¹⁸, som utgör vad som innebär ett mänskligt värdigt liv, och därför är denna aspekt av stor betydelse i analysen så som den förekommer som argument i debatten om aktiv dödshjälp. Kapacitetsteorin har som fokus att se varje individ som ett ändamål där

¹³ M. C. Nussbaum, *Främja förmågor: en modell för mänsklig utveckling*, Karneval, Stockholm, 2013, s. 29

¹⁴ M. C. Nussbaum, 2013, s. 82

¹⁵ D. Miller, "Distributing Responsibilities", *The Journal of Political Philosophy*, vol. 9, nr. 4, s. 453-471., 2001

¹⁶ M. C. Nussbaum, 2002, s. 98

¹⁷ M. C. Nussbaum, 2002, s. 99

¹⁸ M. C. Nussbaum, 2013, s. 27-28

det genomsnittliga inte är tillfredsställande vad gäller välbefinnande, utan att det handlar om vad var och en som individ har för möjligheter – därför är valmöjligheter och frihet för varje person viktiga aspekter.¹⁹ Vidare är begreppen valfrihet och praktiskt förnuft (några av teorins kärnpunkter) normativa i sig, genom att de betonar förnuftets kritiska verksamhet och inte dess faktiska användning i många människors liv.²⁰

Kapacitetslistan är en lista över 10 centrala förmågor så kallade *kombinerade förmågor*, en kombination av: *Inre förmågor*, det vill säga det utvecklade tillstånd hos individen som gör det möjligt att utöva de nödvändiga funktionerna, *tillsammans* med lämpliga yttre villkor för att kunna faktiskt utöva de färdiga funktionerna.²¹ Nussbaums exempel på detta skulle vara medborgare i repressiva icke-demokratiska länder. Kapacitetsteorin hjälper på så sätt även till att belysa social orättvisa, teorin pressar på så sätt stater och beslutsfattare att värna om att förbättra livskvaliteten för *alla* människor, och meningen är att dessa livskvaliteter ska definieras baserat på vilka förmågor människorna har att tillgå.²² Om någon eller några av förmågorna saknas skulle ett grundläggande rättviseproblem föreligga, därför finns också en tröskelnivå, där varje punkt i listan har ett tröskelvärde som man inte får hamna under.²³ För att social rättvisa ska uppnås måste medborgare få hjälp att komma över det absoluta minimum tröskelnivån innebär, som Nussbaum menar är nödvändigt i samband med de tio centrala förmågorna, då dessa är så centrala att man inte kan leva ett människovärdigt liv utan dem.²⁴ Hur denna tröskel sätts beror på det aktuella samhällets omständigheter och förutsättningar, det viktigaste är dock att de tillförsäkras någorlunda eftersom varje punkt har en kärna.²⁵ De mest väsentliga punkterna för aktiv dödshjälp kommer att tas upp under 4.2 *Det analytiska tillvägagångssättet – applicering av kapacitetsteorin*.

Nussbaum belyser att det kan finnas en svår skiljelinje mellan de inre förmågorna och de kombinerade. Den är påtaglig vid förändringar, som att de yttre villkoren plötsligt dras in och gör det omöjligt att utöva de inre förmågorna, exempelvis om censur skulle införas i ett land och inskränka yttrandefriheten för dess medborgare.

¹⁹ M. C. Nussbaum, 2013, s. 27

²⁰ Ibid., 2013, s. 144

²¹ M. C. Nussbaum, 2002, s. 114

²² M. C. Nussbaum, 2013, s. 28

²³ Ibid., s. 105, s. 112

²⁴ Ibid., 2013, s. 40-41

²⁵ Ibid., 2013, s. 109

Svårare blir det att avgöra skiljelinjen om någon hela livet berövats de yttre villkoren för att kunna utöva de inre förmågorna denne besitter. Detta beror på att de inre förmågorna påverkas av en långvarig brist på yttre resurser.²⁶

Nussbaum menar att det är sätten att fungera och inte förmågan i sig som gör ett liv fullt mänskligt och menar att vi knappast skulle kunna glädjas åt ett liv utan funktioner där vi inte längre skulle vara kapabla att utöva dessa.²⁷ Därför bör staten ska ha i åtanke att lägga vikt vid funktionerna: det handlar nämligen om valmöjlighet, som går hand i hand med att hysa respekt för den enskilda individen och dennes val.²⁸ Teorin nämner även individens valmöjlighet som något som bör ses som ett universellt värde, där paternalism ”kontrasterar”. Med paternalism menas att en individs autonomi och frihet att fatta egna beslut inte respekteras av andra då det är dessa andras uppfattningar att besluten inte ligger i individens intresse – ofta styrt av vad som normgivande är rätt och riktigt. Paternalism kan exempelvis gälla mellan stater och dess medborgare och väcker ofta komplexa ansvarsfrågor.²⁹ Genom listan och dess betoning av vikten av valmöjlighet blir paternalismen i viss mån mindre av ett problem eftersom fokus är på kapaciteten snarare än funktionen bakom.

Vidare betraktar kapacitetsteorin varje person som berättigad lika respekt och hänsyn.³⁰ Listan över förmågor är dock inte detsamma som en fullständig rättighetsteori³¹, vad gäller social rättvisa gör den inga anspråk på att lösa alla fördelningsproblem³², utan preciserar enbart ett inte allt för krävande socialt minimum. Det är här Millers kopplingsteori kommer in i bilden med fokus på skyldighetsansvaret eftersom det bidrar med just ett sådant fördelningsproblem-lösning som Nussbaum menar att hennes kapacitetsteori saknar, något som även är anledningen till valet av Millers teori till denna undersökning.

David Miller lägger fram en teori han kallar för kopplingsteori (originaltitel: *The Connection Theory*), som redogörs för i hans vetenskapliga artikel ”*Distributing Responsibility*”. Han menar att kopplingsteorin behövs eftersom de redan existerande principerna för att mäta skyldigheten att hjälpa de hjälpbehövande är bristfälliga och

²⁶ M. C. Nussbaum, 2002, s. 116-117

²⁷ M. C. Nussbaum, s. 116-117

²⁸ Ibid., s. 118

²⁹ Ibid., s. 77, s. 79

³⁰ M. C. Nussbaum, 2013, s. 44

³¹ M. C. Nussbaum, 2002, s. 102

³² M. C. Nussbaum, 2013, s. 48

otillräckliga då de oftast inte kan stå var och en för sig. Miller har därför valt att kontextuellt och pluralistiskt basera sin kopplingsteori genom att visa att användandet av de olika principerna - Kausalitetsprincipen, Moralprincipen, Kapacitetsprincipen och Gemenskapsprincipen - ger bäst resultat av att, som utgångspunkt, se till den givna problematiska situationen och att man bör använda sig av någon av dessa principer som anses bäst lämpad, för att avgöra vilken skyldighet som väger tyngst och vem som bör agera därefter.³³ Om exempelvis en människa behöver brådskande hjälp bör de personer som har bäst kapacitet att åta sig ansvaret (förutsatt att de kan överhuvudtaget), i att vara i direkt anslutning till denna människa, göra detta, även fast det kanske inte är dessa personer som ska ha det ansvaret i vanliga fall, eller i en längre period. Här har Miller delat in principerna som bäst lämpade för vad som är i fokus. Om någon i extremt behov av hjälp behöver det men också behöver detta långsiktigt, är det viktigaste här att uppfylla den extrema då den är mer avgörande för stunden och för framtida åtnjutande.³⁴ Dessa faller under kapacitetsprincipen och gemenskapsprincipen.

Ovanstående är dock inte tillräckligt för att hjälpa på längre sikt och här menar Miller att kausalitetsprincipen och moralprincipen kommer in. Kausalitetsprincipen och moralprincipen spelar en mer övergripande roll i att kollektivistiskt få institutionella organ (främst stater) att ”adoptera” en anpassad, bra politik där dessa individer inte faller undan utan vidare hjälp.

Genom att påvisa var dessa principer brister mynnar Miller slutligen ut i sin teori om koppling, att se till kontexten och moralfilosofiskt välja det tyngst vägande skälet och därav även det bästa alternativet.³⁵ Miller nämner vidare att han väljer att inte välja bort komplexiteten i vad han erkänner vara ett komplext tillvägagångssätt med sin teori, genom att legitimera det med att omvärlden själv är komplext.³⁶ Något som därför också skulle kunna vara intressant vad gäller den komplexa debatten angående aktiv dödshjälp.

³³ D. Miller, 2001, s. 468-469

³⁴ D. Miller, 2001, s. 468

³⁵ Ibid., s. 467, s. 471

³⁶ Ibid., s. 471

2.2 Metod

Varför jag valde begreppsanalys som metod beror på just problematiken med begreppet aktiv dödshjälp, som här är väsentligt för undersökningen. Genom att se till hur begreppet används, kartlägga vad det faktiskt betyder, vad som kan falla in under det och om det kan förstås på ett annat sätt.³⁷

Jag har intresserat mig för Sally Haslangers form av begreppsanalys som hon redogör för och använder sig av i ”*Gender and race; What are they? What do we want them to be?*”. Den verkar intressant i kombination med de valda teorierna för att visa hur aktiv dödshjälp kan förstås, och/eller rent av borde förstås. För att ens kunna se hur det skulle kunna/borde förstås måste det dock klargöras hur det de facto förstås i dagsläget. Detta blir möjligt med Haslangers första form av begreppsanalys, något hon kallar: *The Conceptual Approach* (kallas hädanefter för *det konceptuella tillvägagångssättet*). Det konceptuella tillvägagångssättet hjälper till att fånga ”vår” förståelse för begreppet³⁸ och den idé och/eller föreställning som begreppet refererar till med fokus på konnotation och innehåll.³⁹ Eftersom aktiv dödshjälp omnämns så olika är målet att kartlägga fram en föreställning som ”alla” delar och kan vara överens om att begreppet innebär, som ett slags minsta gemensamma nämnare, i termer av att se till nödvändiga och tillräckliga villkor.⁴⁰

Att just Haslangers form av begreppsanalytiska metod kommer att användas beror främst på det tilltalande med hennes andra form av begreppsanalys: *The Analytical Approach* (hädanefter *det analytiska tillvägagångssättet*), som öppnar upp för en förändrad innebörd av begreppet som analyseras. Denna möjlighet, tillsammans med mina val av teorier och de moralfilosofiska argumenten som stöd och grund, kommer med största sannolikhet ge en mer bestämd innebörd av begreppet aktiv dödshjälp som idag är så känsloladdat, mångtydigt och vagt. Denna andra form av begreppsanalys gör det möjligt för en omtolkning, där aktiv dödshjälp kan komma att ses som något annat än det anses vara idag och kan komma att utmana den traditionella synen på detta fenomen, mycket beroende på vad teorierna säger. Haslanger menar med det analytiska tillvägagångssättet att vi, istället för att ställa oss frågan

³⁷ S. Haslanger, ‘*Gender and race; What are they? What do we want them to be?*’ *Noûs*, vol. 34, nr. 1, s. 31-55., 2000, s. 34

³⁸ S. Haslanger, 2000, s. 32-33

³⁹ Halldenius, Lena. Föreläsning: *Begreppsanalys, Haslanger*, 14-10-2014, Lunds Universitet.

⁴⁰ *Ibid.*, 14-10-2014.

om vad något är, alltså vad aktiv dödshjälp är, bör ställa oss frågan: vad vill vi att det ska vara?⁴¹ Tanken är även att Nussbaums kapacitetsteori kommer att gå hand i hand med Haslangers begreppsanalytiska tillvägagångssätt, i det att de båda är av det normkritiska slaget.⁴²

Trots begreppsanalysen som tillvägagångssätt kommer undersökningen automatiskt även bli argumentationsanalytisk i att metoden är upplagd som den är, i två delar. Först kommer genomgången av det konceptuella tillvägagångssättet till kartläggningen av begreppet aktiv dödshjälp, därefter följer av steg två, där det analytiska i samband med teorierna kommer att behandlas, där mest fokus kommer att tilldelas Nussbaums kapacitetsteori eftersom Millers teori mest är tänkt att tjäna som introduktion till ett sätt att utmäta skyldighetsansvar för att sedan bidra till vidare diskussion. Detta kommer att ske i kombination med ledande argument från moralfilosofin, där dessa agerar stöd, grund och riktlinjer, runt syftet att ringa in begreppet aktiv dödshjälp samt testa det.

⁴¹ S. Haslanger, 2000, s. 34 & 52

⁴² M. C. Nussbaum, 2013, s. 83-84 & S. Haslanger, 2000, s. 33

3 Tidigare forskning, forskningsläge och litteraturöversikt

När det kommer till dödshjälp finns det gott om tidigare forskning och studier inom moralfilosofiska och bio-etiska områden, förmodligen till stor del då det fortfarande utgör ett av moralfilosofins främsta moralproblem.⁴³ En av forskarna som kommer att användas under arbetets gång, Margaret P. Battin, menar dock att diskussionen och debatten om dödshjälp stannat upp vid dessa många utmärkta för- och emot-arguments verk och att nytt behöver tillföras debatten för att komma vidare.⁴⁴ Utöver dessa verk finns rapporter från länder såsom Holland där aktiv dödshjälp legaliserats och noga följts upp. Specialråd såsom svenska statens *Medicinsk-Etiska Råd* har även de flertalet gånger bidragit till debatten genom etiska analyser.

Vad gäller nuvarande forskningsläge kan nämnas att Smer i skrivelsen från 2008 finner det otillfredsställande att det angående en undersökning om livsslutsdirektiv (även kallat livstestamente) som genomfördes 2004, framgår att inga initiativ angående detta skulle komma att tas inom de närmaste åren.⁴⁵ Detta är bland annat något Smer anser kontrasterar med det faktum att Sverige uttryckt stöd till dessa livsslutsdirektiv genom Europarådets rekommendation R (99) 4, men att Sverige inte tagit det längre än så, något som exempelvis många andra länder gjort genom att ha genomfört rättsliga regleringar.⁴⁶ Smer uppmärksammar att bristerna i det svenska regelverket medför att det, vad gäller förslaget av införandet av ett livsslutsdirektiv, hindrar svensk ratificering av Europarådets bioetikkonvention rörande mänskliga rättigheter, biologi och medicin, den så kallade; Oviedokonventionen, som Sverige undertecknade 1997.⁴⁷ Oviedokonventionen nämner inget specifikt om aktiv dödshjälp, men artikel 2 är intressant att tillföra till debatten då den förespråkar att människan ska ha företräde med följande: att ”Människans intresse och

⁴³ J. Glover, *Causing death and saving lives*, [New ed.], Penguin, Harmondsworth, 1990, s. 15

⁴⁴ M. P. Battin, 2005 s. 20

⁴⁵ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 4

⁴⁶ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 5

⁴⁷ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 5

välfärd, ska gå före samhällets eller vetenskapens egna intressen”⁴⁸ (något som kommer visas i analysen skulle stärka argumentet av respekt för autonomi.) Senast 2009, efter Smers promemoria och skrivelse, lades en motion fram till regeringen för att pressa på uppmaningen om ytterligare utredning vad gäller stärkandet av människors självbestämmande i hälso- och sjukvården.⁴⁹

Uppföljning efter att ha uppmanat till ytterligare forskning, som Smer uppmärksammade i promemorian, har enbart gjorts på punkt 3a, vilket framgår av ett remissvar från socialstyrelsen 2011 publicerat på Smers hemsida.⁵⁰ Däremot har punkt 4 om läkarassisterat självmord och punkt 5 om aktiv dödshjälp, inte alls följts upp ännu. Det framgår dock på Smers hemsida om uppdatering att vissa frågor gällande livsslutsdirektivsfrågor för närvarande behandlas av regeringskansliet, vilka dessa frågor är framgår dock inte.⁵¹

Internationellt klassas dödshjälp, i *The European Association of Palliative Care* (EAPC), som något icke-legitimt och oacceptabelt eftersom det förstör autonomin på det mest fundamentala sättet.⁵² Autonomi, som ett av de mest vägande argumenten vad gäller aktiv dödshjälp, innebär en persons rätt till självbestämmande och därav möjlighet att fatta egna beslut.⁵³ Argumenten är många, men de argument som är av störst vikt kommer att studeras närmare och användas kontinuerligt i undersökningen, såsom:

- Moralprincipen om att det i varje fall är fel att avsiktligt döda.⁵⁴
- Argumentet om det sluttande planet – att om aktiv dödshjälp görs lagligt kan det komma att missbrukas och att människor kan komma att löpa risk att dödas mot sin egen vilja.⁵⁵

⁴⁸ Oviedokonventionen, Europarådet, upprättad 1997-04-04, hämtad: http://www.manskligarattigheter.se/dynamaster/file_archive/020521/19c88077181ffaf51f1a76c92727ed10/europa_970404.pdf, 2015-01-04

⁴⁹ http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Utredning-om-varddirektiv-i-li_GX02So254/?text=true, hämtat 2015-01-04

⁵⁰ <http://www.smer.se/remissvar/remissvar-ang-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-livsuppehallande-behandling/>, 2014-11-25

⁵¹ <http://www.smer.se/skrivelser/brev-sederingsterapi-pa-patientens-begaran/>, 2014-12-09

⁵² M. Sjöstrand, G. Helgesson, S. Eriksson, N. Juth, ”Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique.”, *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 2013;16:225-230, s. 226

⁵³ Sjöstrand, Manne, *Autonomy and decision-making capacity: studies on the ethics of self-determination in healthcare*, Karolinska institutet, Diss. (sammanfattning) Stockholm : Karolinska Institutet, 2014, Stockholm, 2013 s., 2013, s. 7

⁵⁴ M. P. Battin, 2005, s. 21 & J. Glover, 1990, s. 21 & J. Rachels, *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford Univ. Press, Oxford, 1986, s. 27-28

⁵⁵ M. P. Battin, 2005 s. 25

- Respekt för autonomi vs. rättfärdigandet av paternalism.⁵⁶

Nedan följer presentationer av valda forskare och författare och deras verk samt kortfattat vad de nämner angående ovanstående argument. Dessa argument kommer även att användas utmed analysen.

Innan genomgången av ovanstående vill jag klargöra följande: alla författare till de moralfilosofiska verken definierar begreppet aktiv dödshjälp (utom Sjöstrand då han mer tillhör ett verk av det bioetiska slaget och själv inte ger någon definition) på samma sätt: att det kräver agerande från någon annan för en person att avsluta sitt liv.⁵⁷ Detta med att visa på skillnaden mellan andra former av dödshjälp, samt jämför varför vissa anses vara mer rättfärdigande än andra. I jämförelse med en liknande form av dödshjälp såsom läkarassisterat självmord, är skillnaden att man vad gäller aktiv dödshjälp behöver direkt assistans från någon, medan läkarassisterat självmord endast kräver indirekt hjälp med att förse patienten med medel som patienten i sin tur kan använda för att själv avsluta sitt liv.⁵⁸

Margaret Pabst Battin undersöker i *Ending Life – Ethics and The Way We Die*, från 2005, vilka former av dödshjälp som finns i en internationell kontext.⁵⁹ Eftersom mycket av vad Battin tar upp rör andra former av dödshjälp kommer främst de kapitel som rör aktiv dödshjälp att användas. Battin går igenom mycket om legaliseringen av aktiv dödshjälp i Holland och de uppföljningar som gjorts sedan det legaliserades. I samband med detta diskuteras argumentet om ett potentiellt framtida sluttande plan. I Holland har dessa regelbundna uppföljningar gjorts för att kontrollera och syna om några tecken skulle tyda på ett sådant missbruk, vilket uppföljningarna med empirisk data visar att det inte har. Det ska dock konstateras att detta inte betyder att det inte förekommer.⁶⁰

Battin lyfter även fram att många som stödjer aktiv dödshjälp gör detta mer utifrån att patienter ska få vara med att själva bestämma hur och när döden ska ske och inte beror lika mycket på det faktum att det är den onödiga smärtan man vill slippa om en sådan förekommer eller skulle förekomma.⁶¹ Hennes förslag till lösning skulle vara en överenskommelse, där det teoretiska möter det praktiska i form av en kombinerad policy⁶², det första som en slags grund

⁵⁶ Sjöstrand, 2013, s. 15

⁵⁷ M. P. Battin, 2005, s. 49, J. Glover, 1990, s. 182, s. 184, J. Rachels, 1986, s.106-107

⁵⁸ M. P. Battin, 2005, s. 49, J. Glover, 1990, s. 184. & J. Rachels, 1986, s. 50 & 66

⁵⁹ M. P. Battin, 2005, s. 47

⁶⁰ Ibid., s. 51, s. 52 & s. 34

⁶¹ Ibid., s. 37

⁶² Ibid., s. 40

kallad för ”*advance personal policy making*”, som tar med autonomin genom att det går i enlighet med personens livsfilosofi och vilja att själv få bestämma i frågor om liv och död⁶³ och som också fungerar som ett skydd mot det främsta argumentet mot aktiv dödshjälp, argumentet om det sluttande planet, eftersom detta förutsätter en faktiskt begäran från patienten för att gälla.⁶⁴ Det andra, i form av en offentlig policy, kallat ”*default-with-other-options*”, skulle säkerställa att om aktiv dödshjälp legaliserades, skulle den inte nödvändigtvis utgöra normen vad gäller beslut och tillämpning i livsslutsfrågor, utan enbart utgöra ett alternativ bland andra. Detta skulle också samspela med det förstnämnda i det att varje person inte har samma livsfilosofi; att vissa skulle föredra att fortsätta leva med smärtlindring men att vissa skulle föredra ett direkt livsslut.⁶⁵

Jonathan Glover undersöker i *Causing Death and Saving Lives* från 1990 problematiken med dödande och att rädda liv i olika situationer, vad som skiljer dem åt, varför några kan rättfärdigas och andra inte. Aktiv dödshjälp tas upp och jämförs bland annat med dödande i självförsvar, krigföring och dödandet av soldater i den situationen, samt rättfärdigandet av dödsstraff.⁶⁶ I denna jämförelse problematiserar Glover principen om att det alltid är fel att avsiktligt döda: i och med att den anspelar på total pacifism vilket inte är fallet med vad som faktiskt pågår runt omkring oss. Glover menar att man skulle kunna klassa principen att det är fel att döda som just fel, om det sker mot personens vilja och utgör ett hinder som berövar denne framtida möjlig lycka,⁶⁷ men att det i fall där någon som upplever sitt liv inte längre värt att leva vore absurt att prioritera att hålla någon vid liv på grund av denna princip: eftersom det skulle tjäna ett gott syfte att hjälpa patienten med detta då det skulle ligga i patientens intresse.⁶⁸

Även Glover passar på att avsluta med förslag: att en aktiv dödshjälpolicy för sjukhus inte nödvändigtvis skulle innebära att de anställda skulle sluta värna om patientens liv. Aktiv dödshjälp skulle ses och tillämpas som ett sista alternativ där andra alternativ misslyckats, alltså i de fall där att hålla vid liv inte längre gynnar patienten med vad denne uppfattar som ett värdigt liv utan hellre skulle vilja slippa.⁶⁹ Ett formellt system föreslås, där det är lagligt, som motreaktion till det alternativ som andra forskare förespråkat: att hänsyn

⁶³ Ibid., s. 39

⁶⁴ Ibid., s. 40

⁶⁵ Ibid., s. 41- 40

⁶⁶ J. Glover, 1990, s. 41

⁶⁷ J. Glover, 1990, s. 41

⁶⁸ Ibid., s. 224

⁶⁹ Ibid., s.187

tas i de fall som kommer upp i domstol, eftersom läkare tidigare blivit frikända av ett sådant åtal. Glover menar att detta är en orättvis behandling av läkarna, att de, i fall där aktiv dödshjälp noggrant övervägts och setts som det bästa alternativet, kan riskera och vänta sig att bli dömda brottslingar.⁷⁰

James Rachels undersöker i *The End of Life – Euthanasia and Morality*, 1986, en av de främsta moralfilosofiska principerna, den om att det i varje fall är fel att avsiktligt döda. Han tar upp hur den har kommit att klassas som så traditionsmässigt och understryker att även om detta ligger i ”vår” uppfattning av att vara fel, så måste det, som med mycket annat, ifrågasättas.⁷¹ Rachels gör också en poäng av att vad det innebär att vara vid liv, i den biologiska betydelsen, och att leva och vara *levande*, i ”den biografiska betydelsen”: det vill säga att kunna skapa och ha en livsberättelse, där han menar att det som är av störst vikt för människan inte enbart är att vara vid liv utan att faktiskt kunna leva sitt liv, som i den biografiska betydelsen.⁷² Rachels uppmärksammar att när det gäller aktiv dödshjälp, bör det finnas till för de fall där inget annat fungerar, som en sista åtgärd, men att det i andra fall alltid borde föredras läkarassisterat självmord framför aktiv dödshjälp.⁷³

Angående argumentet om det sluttande planet menar Rachels att även om sannolikheten för ett extremt missbruk är mycket liten om aktiv dödshjälp skulle legaliseras, skulle inte detta innebära att inga missbruk skulle förekomma alls, då det inte finns någon garanti för ett potentiellt missbruk i allt som överhuvudtaget går att missbruka.⁷⁴ Vidare är Rachels av den åsikten att det vid fall som tas upp i domstol borde tas hänsyn om läkare skulle åtalas för just frågor om aktiv dödshjälp (i motsats till Glover). Han förespråkar därför inte en full legalisering av aktiv dödshjälp.⁷⁵

Manne Sjöstrand diskuterar i sin avhandling, *Autonomy and decision-making capacity: studies on the ethics of self-determination in healthcare*, från 2013, autonomi och beslutsfattande och dess normativa relevans i sjukvården. Främst innehållet i studie 2 och 3 av 5 kommer att tas upp som stöd och grund då dessa är av särskild relevans för undersökningen. Studie 2 rör paternalism och autonomi⁷⁶ och studie 3 är en kritik mot autonomi-baserade

⁷⁰ Ibid., s.188-189

⁷¹ J. Rachels, 1986, s. 2

⁷² J. Rachels, 1986, s. 50 & s. 66

⁷³ J. Rachels, 1986, s. 166

⁷⁴ Ibid., s. 175

⁷⁵ Ibid., s. 186-187

⁷⁶ M. Sjöstrand, S. Eriksson, N. Juth, G. Helgesson, ”Paternalism in the name of autonomy”, *Journal of Medicine and Philosophy*, 2013;38:710-24.

argument mot läkarassisterat självmord och eutanasi.⁷⁷ Dessa är tidigare publicerade vetenskapliga artiklar skrivna av Sjöstrand själv tillsammans med Stefan Eriksson, Niklas Juth och Gert Helgesson.

Sjöstrand uppmärksammar autonomi som en nyckelfaktor där legalisering av aktiv dödshjälp förespråkas, eftersom det är något som gör mer gott än ont och som innebär en fördel då det bidrar till att göra våra liv bättre.⁷⁸ Det har dock uppstått oenighet angående respekten för autonomi, huruvida den i huvudsak ska skyddas eller främjas. I studie 2 uppmärksammas att finns de som menar att om autonomin är av såpass stor betydelse, borde vissa beslut aldrig tillåtas då de skulle förstöra autonomin, och att respekten för autonomin därför blir oförenlig med aktiv dödshjälp som något rättfärdigande.⁷⁹ På så sätt skulle paternalism förespråkas eftersom autonomin skulle värnas som något som främst behöver skyddas. Paternalism innebär just detta: att beslut fattas åt en person i dennes tänkta intresse men utan samtycke från personen.⁸⁰ I motsats finns de som menar att om autonomi är såpass värdefullt beror det på att den faktiskt fyller en funktion som beslutstagare. Sjöstrand menar vidare att det kan finnas vissa fall där aktiv dödshjälp är fel, men samtidigt kan inte samma argument visa att alla fall är fel. Exempelvis i de fall där patienter lider och är på väg att med stor sannolikhet förlora framtida autonomi, att det rent av då kan vara rätt med aktiv dödshjälp.⁸¹ Om det är del av en persons intresse att vara autonom, så är det också med största sannolikhet så att det är av intresse att faktiskt få utöva kapaciteten som följer av autonomin.⁸²

Svenska statens medicinsk-etiska råd: Från Smers tidigare analyser undersöks i *Etiska Vägmarken 5 – Eutanasi* från 1992, skälen för- och emot *eutanasi*, som preciseras vara synonym till dödshjälp och som Smer passar på att nämna, härstammar från grekiskan med den ursprungliga betydelsen ”god död”.⁸³ Undersökningen visade bland annat på att en majoritet av svenska folket ställt sig positivt bakom frågan om legalisering av dödshjälp.

Definitionen av aktiv dödshjälp spikades fast som följande: ”[...] att en läkare avsiktligt avslutar en svårt sjuk patients liv på dennes begäran.”⁸⁴

⁷⁷ M. Sjöstrand, G. Helgesson, S. Eriksson, N. Juth, ”Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique.”, *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 2013;16:225-230.

⁷⁸ M. Sjöstrand, 2013, s. 26

⁷⁹ M. Sjöstrand, G. Helgesson, S. Eriksson, N. Juth, ”Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique.”, *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 2013;16:225-230, s. 226

⁸⁰ Ibid., s. 43

⁸¹ Ibid., s. 27

⁸² M. Sjöstrand, G. Helgesson, S. Eriksson, N. Juth, ”Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique.”, *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 2013;16:225-230, s. 227

⁸³ *Eutanasi: en debattskrift*, Statens medicinsk-etiska råd, 1992, s. 7

⁸⁴ *Eutanasi: en debattskrift*, 1992, s. 8

Undersökningen tar även upp varför eutanasi är förbjudet, då det definieras som mord i svensk lagstiftning: ”Den som ’berövar annan livet’ gör sig enligt svensk lag skyldig till mord eller dråp. Detta gäller vare sig det sker på en människas begäran, mot en människas vilja eller riktar sig mot en människa som är ur stånd att lämna sitt samtycke.”⁸⁵

I *Etiska Vägmarken 9 – Mänskliga rättigheter i Vården* från 1999, finns ett avsnitt som tar upp specifikt vården i livets slutskede, där Gunnar Eckerdal, överläkare inom geriatrik och rehabilitering, har diskuterat ett dokument, ”den döendes rättigheter”, som tagits vid en konferens där FN varit initiativtagare.⁸⁶ Där nämns punkter såsom bland annat: att personen har rätt att få dö i frid och med värdighet; att patienten kan förvänta sig fortsatt medicinsk behandling och vård, även om syftet inte handlar om bot i första hand utan om välbefinnande; och att man har rätt att få vara den man är och inte fördömas för fattade beslut, även om dessa skulle avvika från andras mening.⁸⁷

Främst så är det den som är sjuk som står i centrum, anser Gunnar Eckerdal: ”Om vi skall organisera vården så att den passar de svårast sjuka och döende, så måste vi inrikta vården på vad som är intressant för den personen, [...] och inte på vad som är intressant för oss.”⁸⁸

⁸⁵ Ibid., s. 8

⁸⁶ G. Eckerdal, ”Mänskliga rättigheter och vården i livets slutskede”, i *Mänskliga rättigheter i vården.*, 1. uppl., Statens medicinsk-etiska råd, Stockholm, 1999, s. 25

⁸⁷ G. Eckerdal, 1999, s. 25

⁸⁸ G. Eckerdal, 1999, s. 29

4 Analys och diskussion

Analysen är här upplagd i två steg med avslutande diskussion och sammanfattning. Som nämnt i metodavsnittet är det nödvändigt att först göra en begreppsanalys via det konceptuella tillvägagångssättet, där aktiv dödshjälp så som Smer benämner det analyseras, för att sedan i nästa steg kunna analysera det med det analytiska tillvägagångssättet⁸⁹ i samband med de valda teorierna, då främst Nussbaums kapacitetsteori. Efter detta följer Miller som introduktion vad gäller skyldighetsansvar till vad som kommer att behöva diskuteras vidare.

4.1 Det konceptuella tillvägagångssättet – Kartläggning av begreppet aktiv dödshjälp

Det konceptuella tillvägagångssättets fokus på vad som är nödvändiga och tillräckliga villkor skulle här vara att se för *vem* aktiv dödshjälp gäller och *hur*. Den idé och/eller föreställning som begreppet refererar till i promemorian ska här undersökas med att se till detta. Nedan följer alltså kartläggningen av begreppet aktiv dödshjälp, utifrån det konceptuella tillvägagångssättet, så som det definieras i Smers promemoria och skrivelse från 2008, ”*Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död.*” & ”*Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*”. Specifikt angående aktiv dödshjälp finns under punkt 5 i promemorian, som sista punkt bland andra alternativ som diskuteras om övervägande i livets slutskede.⁹⁰ Där nämns följande:

”Erbjuda aktiv läkarhjälp vid självvalt livsslut

⁸⁹ S. Haslanger, ‘Gender and race; What are they? What do we want them to be?’ *Noûs*, vol. 34, nr. 1, s. 31-55., 2000, s. 36

⁹⁰ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 1

- 5) Om en beslutskapabel patient befinner sig i livets slutskede som följd av en framåtskridande och inte behandlingsbar sjukdom som kan ge förutsebart kroppsligt och/eller psykiskt lidande önskar få hjälp att avsluta sitt liv på ett smärtfritt sätt skulle läkare efter noggrann prövning kunna få möjlighet att tillmötesgå en sådan begäran. I Holland tillämpas en sådan ordning.”⁹¹

I promemorian framkommer av ovanstående att döma: att aktiv dödshjälp *endast* rör sig om beslutskapabla patienter i livets slutskede, med kroppsligt och/eller psykiskt lidande och är till som åtgärd för att få avsluta sitt liv på ett smärtfritt sätt, förutsatt att detta sker av en läkare efter noggrann prövning. Detta är något som Rachels problematiserar då en sådan noggrann prövning kan komma att ta flera dagar och då motverka syftet med en snabb och smärtfri död⁹² som aktiv dödshjälp innebär med att få avsluta sitt liv på ett smärtfritt sätt.

Den mest iögonfallande skillnaden är dock här att Smer benämner aktiv dödshjälp för ”*aktiv läkarhjälp vid självalt livsslut*” i stället. Detta kan vara ett tecken på vad Haslanger menar med att det ofta kan finnas flera olika terminologier för något som i grund och botten innebär samma sak men att man av olika anledningar vill komma bort från, eller hoppas ändra uppfattningen av, den ursprungliga terminologin.⁹³ Båda terminologierna hänvisar nämligen till samma sak: att någon ska få utomstående hjälp för att få avsluta sitt liv och få hjälp till att dö på ett smärtfritt sätt. Detta skulle kunna vara en strategi att undvika ordet ”död” i terminologin, eftersom detta är något som bland annat Gunnar Eckerdal i *Etiska Vägmärken 9* uppmärksammar är något som ingen vill kännas vid: ”där livets slut är, där vill vi inte vara.”⁹⁴ Anledningen skulle möjligen kunna vara att man vill undvika negativa konnotationer och/eller inte vill ta itu med någonting som just innebär att någon ska dö. Haslanger uppmärksammar att skiftningen av terminologier kan komma att vara av politisk betydelse.⁹⁵ Något som i sin tur kan stärka att det inte är helt osannolikt att Smer vill komma bort från den ursprungliga terminologin. Smer kanske rentav, i enlighet med majoriteten av svenska folket som sedan tidigare ställer sig mer för än emot en legalisering av aktiv dödshjälp⁹⁶, vill testa legitimiteten bakom och en eventuell tillgång till aktiv dödshjälp. Dock att detta ska ske utan närvaro av något som klingar negativt. Detta skulle stämma överens med vad Rachels förklarar bakom

⁹¹ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 7

⁹² J. Rachels, 1986, s. 183

⁹³ S. Haslanger, 2000, s. 18

⁹⁴ G.Eckerdal, 1999, s. 27

⁹⁵ S. Haslanger, 2000, s. 18

⁹⁶ *Eutanasi: en debattskrift*, 1992, s. 8

vår uppfattning om att dö och döda som något negativt i allmänhet.⁹⁷ Att våra intuitioner säger åt oss att det är fel beror på ursprungliga traditionella uppfattningar, som präglar oss och gör det svårt att ifrågasätta, då de kan uppfattas som orubbligt självklara, men som man menar verkligen inte borde vara det – det hör till att alltid ifrågasätta.⁹⁸ Något som i sin tur både Rachels och Glover nämner om att dö och att döda, är att det rätteligen borde uppfattas som något dåligt om det går emot personens vilja och inte är i dennes intresse utan istället berövar denne vad som skulle kunna ha inneburit framtida utveckling och lycka.⁹⁹ Dock rör inte aktiv dödshjälp här det Rachels och Glover menar med att det rätteligen borde uppfattas som fel att dö och att döda, då personer aktiv dödshjälp berör är svårt kroniskt och/eller obotligt sjuka patienter i livets slutskede.

Vidare flyttar uttrycket ”läkarhjälp” fokus från patienten till den aktiva och direkta handlingen som utförs av läkaren, och får det att bli mer en fråga om skyldighetsansvar än fokus på patientens rätt till självbestämmande. Dock följs ”aktiv läkarhjälp” av ”vid självvalt livsslut” som mer anspelar på att just en begäran måste ha kommit från allra första början, och att denna ska komma från patienten. Något som pekar på att just noggrann prövning, som preciseras i promemorian, skulle följas genom hela processen¹⁰⁰. Här får vi reda på *hur*, med fokus på ett nödvändigt villkor som i form av uppfyllda kriterium, aktiv dödshjälp, om det skulle göras tillgängligt, skulle förekomma: nämligen att detta måste ske med extrem noggrannhet och av hjälp från läkare. Battin tar upp att detta har varit en nyckelfaktor i länder som Holland, att noggrannhet är viktigt där dödshjälp är legaliserat för att motverka ett potentiellt missbruk av tillgången till det, i kampen mot ett sluttande plan.¹⁰¹ Något ytterligare som nämns i Smers skrivelse angående noggrann prövning är att den ska försäkra legitimiteten i valet som patienten gjort: att det är av det autentiska slaget och inte ett val efter påtryckningar av anhöriga eller att patienterna intalat sig själva att de är en belastning för de sina.¹⁰²

Man kan konstatera att man i promemorian har valt att använda sig av uttrycket *psykiskt lidande* i definitionen om aktiv dödshjälp istället för *själsligt lidande*, som används i andra former av alternativ för behandling i livets slutskede, som exempelvis läkarassisterat

⁹⁷ J. Rachels, 1986, s. 147

⁹⁸ J. Rachels, 1986, s. 148

⁹⁹ J. Glover, 1990, s. 41 & J. Rachels, 1986, s. 57

¹⁰⁰ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 7-8

¹⁰¹ M. P. Battin, 2005, s. 27

¹⁰² Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 4

själv mord.¹⁰³ Detta kan bero på att man har velat belysa betydelsen av kravet att ingen patient får ha behandlingsbara psykiska sjukdomar, vilket framgår i kraven angående vilka förutsättningar som gäller om ”*aktiv läkarhjälp vid självmord*” ska vara legitimt överhuvudtaget.¹⁰⁴ Detta skulle kunna vara för att belysa att aktiv dödshjälp inte får ges till psykiskt sjuka, något som går i enlighet med samhällets insatser för att motverka självmord, som Smer nämner i skrivelsen.¹⁰⁵

Vidare nämns det i skrivelsen angående ”*aktiv läkarhjälp vid självmord*” att rådets majoritet inte delade samma uppfattning om att det skulle vara nödvändigt med denna åtgärd. Detta uppmärksammades i samband med att det gällande läkarassisterat självmord konstaterats att det finns speciella situationer där alla förutsatta kriterier uppfyllts för att bistå med läkarassisterat självmord, men där patienten inte själv kan utföra handlingen.¹⁰⁶ Här har vi ännu ett nödvändigt villkor och en förklaring för *vem*, aktiv dödshjälp gäller, nämligen patienter i speciella situationer som inte själva kan utföra handlingen.

Denna inställning, att rådets majoritet inte delade samma uppfattning, kommer att problematiseras vad gäller Nussbaums kapacitetsteori samt med de moralfilosofiska forskarnas argument och resonemang som stöd. Vidare ska det nämnas att Smer, trots reserverande, ändå står bakom ett ökat inflytande för patienten att själv fatta beslut om åtgärder i livets slutskede, och att beslut bör fattas för patientens bästa i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁰⁷

4.2 Det analytiska tillvägagångssättet – appliceringen av kapacitetsteorin

Som Haslanger förklarar med sitt analytiska tillvägagångssätt är det upp till oss att genom vår användning av språket och innebörden av begrepp och dess påverkan på omvärlden, själva bestämma vad vi vill att aktiv dödshjälp ska innebära och vara.¹⁰⁸ Härnäst kommer Smers

¹⁰³ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 7

¹⁰⁴ *Ibid.*, 2008, s. 7

¹⁰⁵ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 4

¹⁰⁶ *Ibid.*, 2008-11-13, s. 4

¹⁰⁷ *Ibid.*, 2008-11-13, s. 4

¹⁰⁸ Haslanger, 2000, s. 22

ovan kartlagda benämning av aktiv dödshjälp att appliceras på och testas med kapacitetsteorin, tillsammans med de moralfilosofiska forskarnas resonemang och argument.

I Smers promemoria nämns att två olika faktorer indikerar ett ökat självbestämmande för patienter vid vård i livets slutskede och rätten till medbestämmande: 1. På grund av kunskapsutvecklingen av medicinska behandlingar som finns att tillgå i vårt samhälle löper patienter mindre risk idag att avlida i akuta sjukdomstillstånd än förr i tiden och; 2. att det i takt med detta har stärkt patientens ställning i sjukvården och att hänsyn bör tas så att det faktiskt lyssnas på patienters önsknings för att inte kränka deras rätt till självbestämmande.¹⁰⁹ Vad gäller alternativ i livets slutskede ställer sig rådet enat med att överväganden gällande lagstiftning för läkarassisterat självmord, det vill säga att läkare efter noggrann prövning skriver ut medel som patienten sedan själv kan använda för att avsluta sitt liv, bör prioriteras då det uppmärksammas att behov finns för ett sådant alternativ och att man på detta sätt kan undvika ett förutsebart och ej behandlingsbart lidande.¹¹⁰ Rådet reserverar sig dock (som uppmärksammades i föregående avsnitt) angående punkt 5 om aktiv dödshjälp. Denna reservation ska dock inte uppfattas som att Smer är avogt inställt till frågan om aktiv dödshjälp, åtminstone inte att döma av kartläggningen från föregående kapitel, utan enbart att det inte kunde enas till en majoritet. Rådet menar trots detta att de gärna ser alla förslagsdelar i promemorian som nyttigt och värdefullt föremål för offentlig diskussion.¹¹¹

De punkter i listan över de centrala förmågor som Nussbaum bedömt är av stor vikt för människan för att leva ett mänskligt värdigt liv och som är av särskild relevans för frågan om aktiv dödshjälp, redovisas härnäst, med argument hämtade från de moralfilosofiska verken:

”1. *Liv*. Att kunna leva till slutet av en normal mänsklig livslängd; att inte dö i förtid eller innan tillvaron förlorat all mening.”¹¹²: Att själv bedöma om ens liv är värt att leva eller inte skulle kunna rättfärdigas som undantag från moralprincipen om att det under alla omständigheter är fel att avsiktligt döda.¹¹³ Att tillvaron förlorat all mening skulle exempelvis Rachels mena är att vara vid liv enbart i den biologiska betydelsen, ”merely being alive does one no good unless it enables one to have a life”¹¹⁴, medan det är att vara vid liv och att kunna leva det enligt sina intressen som är av värde för människan.

¹⁰⁹ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 10

¹¹⁰ *Ibid.*, 2008, s. 10-11

¹¹¹ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 4

¹¹² M. C. Nussbaum, 2013, s. 41

¹¹³ J. Glover, 1990, s. 223-224 & M. Sjöstrand, 2013, s. 27

¹¹⁴ J. Rachels, 1986, s. 66-67

”2. *Fysisk hälsa*. Att kunna ha god hälsa, [...]”¹¹⁵, och ”4. *Sinnen, fantasi och tanke*. [...] Att kunna ha njutbara upplevelser och slippa onödig smärta.”¹¹⁶: detta är enligt exempelvis Battin, väsentliga argument för de som är kroniskt och/eller obotligt sjuka och önskar aktiv dödshjälp, då de inte har god hälsa och kan behöva utstå onödig smärta,¹¹⁷ som även är kriterier för de personer där aktiv dödshjälp skulle gälla enligt Smers definition, som visades i föregående analysdel.¹¹⁸ Brist på tillräckligt bra verkande medicinsk behandling som Smer uppmärksammar, skulle inte heller kunna hjälpa patienter i de speciella fall där alla andra alternativ är otillräckliga.¹¹⁹

”6. *Praktiskt förnuft*. Att kunna bilda sig en uppfattning om vad som är gott och reflektera kritiskt över hur ens liv planeras. [...]”¹²⁰: Att man som beslutstagare med behåll av intellekt och förnuft skulle kunna komma fram till att man exempelvis skulle se uppfattningen av vad som är bra här vara att få ett slut på det liv man bedömer är utan värde, enligt Battin, eftersom att dö tillhör livet är detta också inkluderat i att planera ens liv – precis som en person har rätt att bestämma över sitt liv och vilken riktning det ska ta, borde man få bestämma över sin egen död också: att man borde få vara ”arkitekten” i sitt eget liv och följa sin livsfilosofi.¹²¹ Med respekten för autonomi i åtanke, som tidigare nämnts, kan det rentav vara rätt med aktiv dödshjälp i vissa speciella fall, då det blir en fråga om värdighet för kroniskt och/eller obotligt sjuka i livets slutskede.¹²² Det praktiska förnuftet kan på detta sätt sägas gå hand i hand med autonomin: nämligen att det är värdefullt genom att verkligen kunna utöva denna i enlighet med våra mål och värderingar och att ha makt över centrala livsfrågor. Döden som en del av livet bör klassas som en sådan central livsfråga, och att få vara med och bestämma i frågor om beslut i livets slutskede i så fall är något som gynnar autonomin.¹²³

”7. *Samhörighet*. [...] (B) Att ha de sociala förutsättningar för självrespekt och okränkbarhet; att kunna bli behandlad som en värdig varelse med samma människovärde som

¹¹⁵ M. C. Nussbaum, 2013, s. 41

¹¹⁶ Ibid., 2013, s. 42

¹¹⁷ M. P. Battin, 2005, s. 29

¹¹⁸ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 7 (eller s. 26-27 i den här undersökningen.)

¹¹⁹ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 10-11 & Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 4

¹²⁰ M. C. Nussbaum, 2013, s. 44

¹²¹ M. P. Battin, 2005, s. 20 & 37

¹²² M. Sjöstrand, G. Helgesson, S. Eriksson, N. Juth, ”Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique.”, *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 2013;16:225-230, s. 229

¹²³ M. C. Nussbaum, 2013, s. 44

andra. [...]”¹²⁴: att med detta i åtanke bör även patienter, tillskillnad från de kroniskt och/eller obotligt sjuka döende som *kan* ta sitt liv själva (det vill säga läkarassisterat självmord), bör de som *inte kan* göra detta själva ges samma möjligheter för att precis som andra, få chansen att fullfölja sina beslut i enlighet med hur de i föregående punkt planerat sina liv. Något som Smer, med delad uppfattning, inte är redo att bejaka.¹²⁵

De två sista punkterna angående praktiskt förnuft och samhörighet är de två mest centrala kapaciteterna då de är av relevans i att de koordinerar och genomsyrar de andra övriga punkterna.¹²⁶ Desto mer central en funktion är genom att den behövs för att uppnå och tillförsäkra annan funktionsförmåga: desto mer berättigat kan det vara att i vissa fall främja själva funktionen som denna förmåga kan fylla.¹²⁷ Som Sjöstrand uppmärksammade om att oenighet råder angående uppfattningen om autonomin huruvida den ska främjas eller skyddas, kan detta visa att aktiv dödshjälp som det omtalas internationellt inte är helt felaktig – att den faktiskt är fullkomligt förödande och oförenlig med respekt för autonomin och då medför att aktiv dödshjälp inte borde vara tillgängligt för alla. Medan det här med att främja själva funktionen skulle kunna ses på samma sätt, som Sjöstrand menar att man kan rättfärdiga aktiv dödshjälp med samma argument, då det ändå enbart angår patienter som ligger för döden¹²⁸ och inga andra alternativ finns att tillgå. Rachels nämner även han att det är otillfredsställande att klassa aktiv dödshjälp som något generellt moraliskt oacceptabelt i allmänhet, när det appliceras på särskilda fall¹²⁹ och som Smer preciserar i sin definition av aktiv dödshjälp, endast är tanken ska gälla för dessa särskilda fall.¹³⁰

Teorin uppmanar även stater och övriga beslutsfattare att värna om att förbättra livskvaliteten för *alla* människor. Därför borde det värnas om att öppna upp möjligheten att bistå aktiv dödshjälp, då det är meningen att hänsyn ska tas gentemot människor baserat på vilka förmågor människorna har att tillgå,¹³¹ eftersom att det här finns en förmåga att kunna fatta ett beslut, men där ingen möjlighet till att få hjälp med att fullfölja detta finns.

¹²⁴ Ibid., s. 42-43

¹²⁵ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 4

¹²⁶ M. C. Nussbaum, 2013, s. 47-48

¹²⁷ M. C. Nussbaum, 2002, s. 121-122

¹²⁸ M. Sjöstrand, 2013, s. 27 & M. Sjöstrand, G. Helgesson, S. Eriksson, N. Juth, ”Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique.”, *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 2013;16:225-230, s. 228, s. 230

¹²⁹ J. Rachels, 1986, s. 151

¹³⁰ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 4

¹³¹ M. C. Nussbaum, 2013, s. 28

Detta för oss vidare in på paternalism i kontrast till en persons autonomi. I ett samhälle med paternalism respekteras inte människans handlingsfrihet tillräckligt mycket och därmed inte heller medborgarrollen – istället påtalas vad som är rätt och riktigt.¹³² Medborgarnas olika levnadssätt utgör grund för ett pluralistiskt samhälle där paternalism vill undvikas då det kan tala emot någon enskild individs rätt att välja i fundamentala frågor.¹³³ Att själv få bestämma när ens liv är över bör klassas som en sådan fundamental fråga och om ett pluralistiskt samhälle: då borde också pluralistiska alternativ följa, eftersom man enligt kapacitetsteorin ska se till varje enskilds persons åsikter och intressen och inte nöja sig med något som gäller i allmänhet: något genomsnittligt.¹³⁴

Vidare vill jag tillföra Battins resonemang i samband med detta pluralistiska samhälle: att då människors åsikter och intressen skiljer sig åt och inte är av det homogena slaget, skulle det inte innebära att alla skulle komma att begära aktiv dödshjälp om det plötsligt skulle legaliseras, utan att somliga skulle föredra andra alternativ.¹³⁵ Vilket även detta minskar risken för det potentiella missbruket, då det ju måste komma en faktisk begäran: som även detta framgick av kartläggningen av definitionen om aktiv dödshjälp i promemorian, nämligen att ”*vid självvalt livsslut*”¹³⁶ pekar på att en uttryckt begäran måste ha kommit från allra första början.

Som nämndes inledningsvis har sjukvård och människors hälsa förbättrats markant i vissa samhällen de tre senaste decennierna vilket har medfört att människors prioriteringar och önskemål förändrats i samband med olika situationer.¹³⁷ Det är därför angeläget att etiska och rättsliga aspekter kring alternativ i livets slutskede såsom ”*aktiv läkarhjälp vid självvalt livsslut*” ges ytterligare belysning i Sverige, då den inte är förenlig med svensk rätt¹³⁸ och att det trots detta, som nämns i promemorian, förekommer, då behovet uppmärksammas, vilket är ett tecken på att efterfrågan finns. Smer föreslår att om det nu ska ske, bör det ske under tillåtande verksamhet och inte sysslas med i skymundan, men att man fortfarande av olika skäl inte är beredd att bejaka punkt fem om aktiv dödshjälp utan snarare hellre ser ett bejakande för läkarassisterat självmord.¹³⁹

¹³² M. C. Nussbaum, 2002, s. 77

¹³³ Ibid., 2002, s. 79

¹³⁴ M. C. Nussbaum, 2013, s. 27

¹³⁵ M. P. Battin, 2005, s. 40-41

¹³⁶ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 7

¹³⁷ Ibid., 2008, s. 1

¹³⁸ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 2

¹³⁹ Smer, *Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död*, 2008-08-28, s. 10

I samband med kapacitetsteorin vad gäller social orättvisa, kan de speciella fall som uppmärksammas sägas utgöra en minoritet: nämligen de kroniskt och/eller obotligt sjuka döende i livets slutskede, som inte kan utföra sin önskan själv. Man har inte tagit hänsyn till dessa individers förmågor vilket leder till att de på så sätt marginaliseras utan hjälp.¹⁴⁰ Då kapacitetsteorin ser till vad en person i fråga de facto är förmögen till att göra och vad denne i sin tur kan vara, i samband med vilka möjligheter och friheter människan har, står det klart att hjälp inte ges där den behövs för dessa patienter som inte kan utföra något de själva skulle kunna rå för om de väl hade kunnat.

Valmöjligheterna kan sägas försvinna för de människor som skulle kunna tänka sig begära aktiv dödshjälp då det inte är ett tillgängligt alternativ. Vad som istället sker är att svenska medborgare i dessa situationer med denna begäran tar sig till andra länder där detta är tillgängligt för att fullfölja sitt beslut och önskan att få avsluta sina liv¹⁴¹: något som även detta visar på ett grundläggande rättviseproblem då svenska staten inte själv går denna begäran tillmötes eller ens överväger att göra det. Om Smer dock kan tänka sig, å statens vägnar, att bejaka läkarassisterat självmord bör man även ha ett alternativ för de som inte omfattas av detta alternativ eftersom det ju finns de som faktiskt inte kan utföra handlingarna själva.

Som Eckerdal nämner i *Etiska Vägmarken 9* är det viktigt att beakta de döendes önskemål och rättigheter och inte bara de friska människornas önskemål och rättigheter. Vidare är det aningen dubbelmoral i att syssla med att hålla vid liv så länge som möjligt och sedan när inget mer finns att göra inte ge den vård som behövs och som önskas.¹⁴² Eckerdal menar att vi måste våga samtala om det långsamma döendet eftersom döden angår oss alla, en uppfattning även Rachels delar, att det inte bara angår de som befinner sig där nu, och att vi därför måste bestämma oss hur vi vill ha det när vi dör.¹⁴³

I enlighet med ovanstående kan man konstatera att då Sverige är undertecknad part till Oviedokonventionen (vilket nämndes i samband med forskningsläget under kap 3. *Tidigare forskning, forskningsläge och litteraturöversikt*, som fortfarande är något svenska staten inte ratificerat) är artikel 2 i konventionen av särskilt intresse då det där förespråkar människans autonomi i form av intresse och välfärd, och att dessa ska gå

¹⁴⁰ M. C. Nussbaum, 2013, s. 27

¹⁴¹ Smer, *Skrivelse: avgöranden i livets slutskede*, 2008-11-13, s. 1

¹⁴² G. Eckerdal, 1999, s. 30-31

¹⁴³ G. Eckerdal, 1999, s. 30 & J. Rachels, 1986, s. 159

före samhällets eller vetenskapens intressen¹⁴⁴: något som innebär ett avståndstagande från rättfärdigandet av paternalism. Om konventionen ratificeras kanske fler möjligheter öppnar sig.

Slutligen vill jag tillföra något som nämndes i *2.1 Teori* vad gäller Nussbaums kapacitetsteori angående svårigheten med att hitta skiljelinjen från de inre förmågorna och där de yttre villkoren inte finns men kanske borde finnas.¹⁴⁵ Detta vill jag problematisera aktiv dödshjälp som ett exempel på: att dessa personer hela livet berövats just de yttre villkoren för att kunna utöva sina inre förmågor: det vill säga att något bör göras tillgängligt i enlighet med framför allt punkt 6 i listan om praktiskt förnuft som en av de mest centrala funktionerna – att man ska kunna fullfölja de beslut man fattar över sitt liv och att det är kapaciteten att kunna fatta beslut och funktionen som följer därefter som är av betydelse. Denna brist på yttre resurser som är nödvändiga för de inre förmågorna, (här: att ingen hjälp bistås dessa personer) visar på en inneboende/oersättlig rätt till aktiv dödshjälp. Kapacitetsteori visar nämligen först och främst, att de människor som befinner sig i sådana situationer som aktiv dödshjälp berör inte lever ett värdigt liv och att det är i ljuset av detta faktum som den sociala orättvisan uppstår.

Utifrån Nussbaums lista över centrala förmågor blir alltså utfallet mer åt *för* aktiv dödshjälp som rättighet än mot då det, vad gäller dessa svårt kroniskt och/eller obotligt sjuka döende patienternas situationer inte kan sägas uppnå ett tröskelvärde när det gäller rätten att leva ett människovärdigt liv och att det därför inte heller kan sägas uppnå minimum kravet vad gäller social rättvisa.¹⁴⁶

Med detta sagt kommer här Millers kopplingsteori in i bilden, vad gäller fokus på skyldighetsansvaret: eftersom detta är något Nussbaum uppmärksammade sin teori som bristfällig vad gäller lösningar på fördelningsproblem.

¹⁴⁴ Oviedokonventionen, Europarådet, upprättad 1997-04-04, hämtad på: http://www.manskligarattigheter.se/dynamaster/file_archive/020521/19c88077181ffaf51f1a76c92727ed10/eu_ropa_970404.pdf, 2015-01-04, art. 2

¹⁴⁵ M. C. Nussbaum, 2002, s. 116-117

¹⁴⁶ M. C. Nussbaum, 2013, s. 40-41

4.3 Millers kopplingsteori och skyldighetsansvaret

Som nämndes i genomgången av Millers teori under *2.1 Teori*, tillkännagav Miller att hans teori var aningen komplex, men att den lämnades komplex då allt runt omkring oss och framför allt problematiska situationer förmodligen kommer att vara minst lika komplexa. Aktiv dödshjälp har som nämnt länge varit ett moralproblem och utgjort sådana problematiska situationer för de människor där begäran om aktiv dödshjälp förekommit utan att ha kunnat bifallas på grund av att det inte haft stöd i lagen då det ansetts omoraliskt. Med tanke på ovanstående och vad forskare resonerat fram skulle dock aktiv dödshjälp kunna rättfärdigas i enstaka, mycket speciella fall och som sista åtgärd där andra alternativ visat sig otillfredsställande.

Smer klargör tydligt att aktiv dödshjälp endast skulle förekomma om det rör dessa mycket speciella fall efter en uttryckt begäran och att det efter noggrann prövning bör erbjudas och bistås ”*läkarhjälp*”: alltså där läkaren hjälper patienten med dennes önskan. Av de principer Miller tar upp, och i samband med fokuset på läkaren i de fall där aktiv dödshjälp skulle beviljas, faller läkarens skyldighetsansvar främst in på kapacitetsprincipen. Miller menar att den bästa principen att tillgå är den som är bäst lämpad för vad som är i fokus – något som Eckerdal uppmärksammar är patienten.¹⁴⁷ Så om en patient i behov av hjälp behöver det och för ett större syfte, är det viktigaste här att uppfylla detta då det är mer avgörande för stunden och för framtida åtnjutande.¹⁴⁸ Aktiv dödshjälp skulle bespara patienten lidande och enligt kapacitetsprincipen befinner sig läkaren i direkt och nära anslutning till patienten med möjlighet att förändra situationen.¹⁴⁹ Dessutom är det också vad patienten uppfattar vara i sitt intresse som är i fokus och som Glover nämner, vore det att gå emot detta intresse om hjälp vägras ge.¹⁵⁰

Fokus på patienten flyttar fokus från läkarens preferens att utföra aktiv dödshjälp eller inte, och i de fall där det skulle strida mot läkarens principer skulle patienten hänvisas annan läkare.¹⁵¹ Som Battin belyser uppmärksammades i Holland att läkarens inställning, med fokus på patienten, generellt var den att läkaren inte särskilt gärna vill

¹⁴⁷ G. Eckerdal, 1999, s. 30

¹⁴⁸ D. Miller, 2001, s. 468

¹⁴⁹ Ibid., 2001, s. 467

¹⁵⁰ J. Glover, 1990, s. 185

¹⁵¹ M. P., Battin, 2005, s. 52, s. 53

utföra aktiv dödshjälp, men att det i fall där det skulle vara det bästa alternativet som bedömts av patienten ifråga, inte skulle vara något man skulle neka patienten.¹⁵² En riktlinje inom sjukvård har varit den att man i varje fall ska rädda och skydda liv. Detta är något Rachels tar upp, men påpekar att det även ligger i läkarens uppgift att hjälpa patienterna och eftersom det här handlar om fall där livet ändå kommer att komma till ett slut bör just uppgiften att hjälpa patienten med dennes begäran kunna gås runt riktlinjen om att man i varje fall ska rädda och skydda liv.¹⁵³

Läkarna är hur som helst bakbundna vad gäller deras skyldighetsansvar i direkt och nära anslutning till patienter i behov av hjälp. Det är staten och lagarna som hindrar. Här menar Miller att kausalitetsprincipen och moralprincipen skulle spela en större roll i att kollektivistiskt få institutionella organ, som t.ex staten, att anta en anpassad, bra politik där dessa individer inte marginaliseras utan vidare hjälp.¹⁵⁴

¹⁵² Ibid.,2005, s. 51-52

¹⁵³ Rachels, 1986, s. 115-116

¹⁵⁴ D. Miller, 2001, s. 454

5. Diskussion och sammanfattning

Sammanfattningsvis upplever jag tillförandet av kapacitetsteorin på Smers definition av begreppet aktiv dödshjälp, och därmed inställning och uppfattning om det utifrån Haslangers begreppsanalys, som fördelaktig i att den ser till varje individ och på så vis även de som inte ingår i det allmänna genomsnittliga. Något som jag upplevde som tillfredsställande då aktiv dödshjälp berör just de få. Smer, och genom dem svenska staten, fokuserar tydligt på detta allmänna, men ändå kanske, med kartläggningen av begreppet i åtanke, inte är helt avogt inställda en framtida omprövning av det då de i sitt eget val av terminologi av fenomenet ändå tar avstånd från vad som traditionellt uppfattas som något negativt och då det finns de som inte har en avog inställning trots att Smers råd 2008 inte kunde enas till en majoritet.

Tillförandet av Millers kopplingsteori upplever jag som lite av en riktningsmarkör med tanke på vad kapacitetsteorin resulterar i och även tar över där kapacitetsteorin inte är tillräckligt utförlig, vad gäller lösningen av problemfördelningen i det skyldighetsansvar som följer av att aktiv dödshjälp kan klassas som en mänsklig rättighet. Detta då kapacitetsteorin visade att dessa svårt kroniskt och/eller obotligt sjuka döende inte kan sägas komma upp till den tröskelnivå för vad som innebär ett värdigt mänskligt liv. I samband med kopplingsteorin visas även att det främsta ansvaret ligger hos staten att se över sitt regelverk för att öppna upp framtida möjligheter i situationer där den nuvarande valmöjligheten för dessa speciella fall människor är lika otillfredsställande som den är icke-existerande, och även medför att läkarna kan uppfylla sitt skyldighetsansvar att faktiskt här kunna hjälpa sina patienter.

Att Smer negligerar ett möjligt bejakande för ett potentiellt framtida alternativ i livets slutskede för dessa individer i speciella situationer är att medvetet låta ett antal individer bli åsidosatta. Något som med kapacitetsteorin ovan uppmärksammades angående social orättvisa och att detta är otillfredsställande då kapacitetsteorin ska se till alla individer och inte nöja sig med något genomsnittligt. Smer står bakom ett ökat

inflytande för patienten att själv fatta beslut om åtgärder i livets slutskede i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. I samband med i ett pluralistiskt samhälle skulle det därför vara högst önskvärt att öppna upp en möjlig tillgänglighet till ett alternativ för dessa särskilda fall människor. Aktiv dödshjälp kan rätteligen ses som moraliskt oacceptabelt i allmänhet, men när det gäller dessa svårt kroniskt och/eller obotligt sjuka döende skulle det tvärtom rätteligen kunna ses som moraliskt acceptabelt.

Med tanke på de medicinska framgångarna och att mer vikt har kommit att läggas vid autonomi ifråga om vård för patienter och människor idag lever längre och bättre. Varför ska vi till exempel sluta hjälpa människor som befinner sig i livets slutskede att lämna detta förbättrade liv, oförbättrat helt plötsligt? Om en person ändå ska dö, varför inte hjälpa till att göra det till en så bra och fridfull händelse som möjligt för denne, om detta är den uttryckta viljan, och om vi faktiskt, i princip, kan? Saker och ting hade kunnat vara annorlunda – dessa särskilda fall människor hade exempelvis inte behövt bli åsidosatta. Som vi lär oss att ifrågasätta och kritiskt granska, bör inte något som bedöms som självklart vara ett undantag för ifrågasättandet och det kritiska granskandet. Kanske ett ifrågasättande av den traditionella uppfattningen av aktiv dödshjälp som något dåligt, ligger rätt i tiden. Att det finns en efterfrågan, men inget utbud, trots starka argument som förespråkar aktiv dödshjälp, med respekt för autonomi och rätten till självbestämmande, tyder på att det ligger mer rätt i tiden för att omprovas och lyftas upp igen och kanske den här gången med mer framgång än tidigare. Som bland annat Eckerdal uppmärksammat är det inte något som enbart angår de som befinner sig i en sådan situation för stunden även om det är tänkt för deras situationer, utan något som angår oss alla i att det är minst lika sannolikt att vi själva hamnar där.

I enlighet med betydelsen att själva få vara arkitekterna till våra liv som verkar vara något alla förespråkar och i samband med Haslangers analytiska tillvägagångssätt ges möjligheten att tillskriva ett begrepp vad vi vill att det ska innebära. Med svenska folkets majoritet att döma, som stått mer för än mot och med fokus på varje enskild individs intressen som kapacitetsteorin medför, skulle aktiv dödshjälp kunna klassas som en mänsklig rättighet. Vad som nämns angående social orättvisa skulle rent av kunna klassas som diskriminering mot de som befinner sig i livets slutskede, i just dessa speciella situationerna då det enda som Smer och svenska staten kan tänka sig överväga inte inkluderar dem. För att främja social rättvisa skulle det exempelvis med Millers

kopplingsteori hjälpa att se till kausalitetsprincipen och moralprincipen i samband med kapacitetsteorin: att aktiv dödshjälp i bästa fall ska göras tillgängligt för dessa patienter där alla andra alternativ är otillräckliga och då det är i deras intresse och vad som till största del hindrar detta är rådande lagstiftning.

Om svenska staten ser över bristerna i regelverket kan Oviedo-konventionen komma att ratificeras helt. Detta skulle möjligen kunna öppna upp framtida möjlighet för aktiv dödshjälp att utgöra en sista åtgärd och som sista alternativ i livets slutskede att kunna välja i livsslutsdirektiv. Med tanke på forskningen sedan 1992 där det framgick att en majoritet av det svenska folket ställde sig bakom en legalisering av aktiv dödshjälp, framstår det ganska klart att det med Millers kopplingsteori främst ligger ett skyldighetsansvar hos staten att rätta till bristerna i regelverket för att åtminstone möjliggöra ytterligare forskning och att på detta vis kunna ta bättre ställning till det behov som finns gällande aktiv dödshjälp. Läkare skulle, med detta alternativ som sista åtgärd, kunna uppfylla sin skyldighet att hjälpa patienterna som är i fokus och i behov av hjälp med att säkerställa deras önskemål utan att syssla med det i hemlighet och på så sätt tillförsäkra dem en värdig död såsom denna ändå väntas dem och som annars tillförsäkras dem vad gäller ett värdigt liv i livet.

6 Referenser

Tryckt material:

Battin, M. Pabst, *Ending life: Ethics and the Way We Die*, Oxford University Press, Oxford, 2005

Eckerdal, Gunnar, ”Mänskliga rättigheter och vården i livets slutskede”, i *Mänskliga rättigheter i vården.*, 1. uppl., Statens medicinsk-etiska råd, Stockholm, 1999

Glover, Jonathan, *Causing death and saving lives*, [New ed.], Penguin, Harmondsworth, 1990

Berg, Stefan, ”Att leva med djävulens sjukdom”, Göteborgs Posten, 01-12-2014, Nyheter: Reportage, s. 6-9

Haslanger, Sally. (2000) ‘*Gender and race; What are they? What do we want them to be?*’ *Noûs*, vol. 34, nr. 1, s. 31-55.

Miller, David “*Distributing Responsibilities*”, *The Journal of Political Philosophy*, 2001, vol. 9, nr. 4, s. 453-471

Nussbaum, Martha Craven, *Främja förmågor: en modell för mänsklig utveckling*, Karneval, Stockholm, 2013

Nussbaum, Martha Craven, *Kvinnors liv och social rättvisa: ett försvar för universella värden*, Daidalos, Göteborg, 2002

Rachels, James, *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford Univ. Press, Oxford, 1986

Sjöstrand, Manne, *Autonomy and decision-making capacity: studies on the ethics of self-determination in healthcare*, Karolinska institutet, Diss. (sammanfattning) Stockholm : Karolinska Institutet, 2014, Stockholm, 2013

Sjöstrand, Manne, Eriksson, Stefan, Juth, Niklas, Helgesson, Gert, "Paternalism in the name of autonomy.", *Journal of Medicine and Philosophy*, 2013;38:710-24.

Sjöstrand, Manne, Helgesson, Gert, Eriksson, Stefan, Juth, Niklas, "Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: a critique.", *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 2013;16:225-230

Statens medicinsk-etiska råd, *Etiska Vägmarken 5 – Eutanasi: en debattskrift*, 1. uppl., Statens medicinsk-etiska råd, Stockholm, 1992

Internetkällor:

Statens medicinsk-etiska råds hemsida för användandet av "Promemoria: Patientens möjlighet att bestämma över sin död." & "Skrivelse: avgöranden i livets slutskede", <http://www.smer.se/skrivelser/skrivelse-avgoranden-i-livets-slutskede/>, hämtat 2014-11-20

Riksdagens hemsida angående forskningsläget, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Motioner/Utreddning-om-varddirektiv-i-li_GX02So254/?text=true, hämtat 2015-01-04

Oviedokonventionen, Europarådet, upprättad 1997-04-04, hämtad på: http://www.manskligarattigheter.se/dynamaster/file_archive/020521/19c88077181ffaf51f1a76c92727ed10/europa_970404.pdf, 2015-01-04

Otryckt material:

Haldenius, Lena. Föreläsning: Begreppsanalys, Haslanger, 14-10-2014, Lunds
Universitet.