

Den goda döden och sjukvården:

REGLERAD EUTANASI BÄTTRE ÄN DÖDSHJÄLP I DET TYSTA!

Det torde vara bättre att eutanasi på patientens begäran och i noga reglerade situationer förekommer öppet – med möjlighet till insyn och kontroll – än att dödshjälp äger rum dolt i ospecificerade situationer som få har insyn i. Men det förutsätter att begreppet eutanasi tolkas snävt samt att tillämpningen ges otvetydiga regler.

Eutanasi (som etymologiskt inte betyder »dödshjälp» utan »god död») är ett svårt och laddat ämne, som berör många grundläggande föreställningar om läkarens roll och sjukvårdens uppgifter. Problemet har blivit aktuellt igen både i Sverige och utomlands, bl a genom domen mot en mamma i Falun som hjälpte sin svårt sjuka dotter över gränsen [1].

Vidare kan man uppmärksamma det lagförslag om att tillåta eutanasi som nyligen antagits i Norra Territoriet, Australien, och som presenterats i sin helhet i Bioethics [2]. Frågan har också nyligen aktualiserats i Danmark [3].

I Holland definieras eutanasi som »the intentional termination of life by somebody other than the person concerned at his or her request» [4]. Denna definition kan skärpas genom att man lägger till ett antal villkor: att patienten är obotligt sjuk, att slutet är nära förestående, och att patienten inte kan beredas en värdig och smärtfri död.

Man kan också lägga till att den som utför eutanasin skall vara läkare, och att detta skall ske på sjukhus. I det följande skall jag diskutera eutanasi, givet dessa förutsättningar. Det är alltså på dessa indikationer, och endast på dem, som eutanasi här skall diskuteras.

Bidrag till samtal

Lars Fallberg och Edgar Borgenhammar efterlyste nyligen [5] ett öppet

Författare

GÖRAN HERMERÉN
professor, enheten för medicinsk etik, Lunds universitet.

och varsamt meningsutbyte kring döds-hjälpsproblematiken. Jag vill försöka bidra till ett sådant samtal genom att visa att eutanasidebatten gäller många olika problem som är delvis oberoende av varandra.

Först en mer allmän synpunkt. Debatten om eutanasi är ofta svår och känsloladdad. Åsikterna är inte sällan fastlåsta. Det krävs mycket för att den som en gång har bestämt sig skall ändra sig.

Det finns vidare goda argument både för och emot – något som såväl motståndare som förespråkare borde kunna erkänna. En översikt över några viktiga problem och argument finns i en debattskrift från Statens medicinsk-etiska råd [6].

För att debatten skall bli konstruktiv, är det angeläget att så långt möjligt försöka skilja mellan oenigheter som gäller 1) definitioner av grundbegreppen, 2) fakta eller antaganden om t ex praxis på våra sjukhus eller beträffande människors attityder, 3) värderingar eller normer beträffande mål och medel samt 4) organisatoriska eller utbildningsmässiga konsekvenser av olika förslag.

Definition och typer

I inledningen har jag redovisat hur jag avgränsat begreppet »eutanasi». Självfallet är flera av villkoren vaga och kan preciseras i olika riktningar. Eutanasi skiljer sig i detta avseende inte från andra empiriska begrepp.

Grundtanken är att om läkaren inte bidragit till en viss åtgärd, skulle patienten inte dött då han gjorde det utan senare. Man kan naturligtvis säga att patienten dör i sin grundsjukdom. Men tidpunkten kan påverkas genom läkarens insatser.

Även om begreppet eutanasi är vagt, är det emellertid viktigt att skilja mellan åtminstone två typer av eutanasi, nämligen

- dödshjälp på patientens begäran,
- annat barmhärtighetsdödande.

Till det senare hör t ex barmhärtighetsdödande av spädbarn som föds med grava missbildningar och är dömda till ett kort liv fyllt av lidande. Hit hör även barmhärtighetsdödande av senildementa som lider av cancer, muskelatrofi el-

DEBATT

”... man bör ställa höga krav på kunskapsunderlagets kvalitet. Underlaget bör redovisas – och prövas kritiskt. Jag skulle därför välkomna en statlig utredning om både livstestamenten och eutanasi.”

ler ALS i slutstadiet, som inte tidigare uttryckt någon önskan om att få dödshjälp och inte kan beredas en värdig och (rimligt) smärtfri död.

Det är helt klart att annat barmhärtighetsdödande – oavsett hur det närmare preciseras – inte uppfyller min definitions villkor att den insats läkaren gör i syfte att förkorta patientens liv sker på patientens egen begäran. Patienten kan ju i dessa fall överhuvudtaget inte framställa någon begäran. Inte heller kan patienten vara på det klara med eller förstå att läkarens insats kommer att förkorta hans eller hennes liv.

Men det kan ändå vara skäl att understryka att det kan uppstå en rad svåra problem när man i ett enskilt fall skall avgöra om villkoren för eutanasi är uppfyllda eller ej. Hur vet vi exempelvis att en begäran om hjälp att dö verkligen är ett uttryck för patientens egen vilja och inte står för något annat, t ex en önskan om mer uppmärksamhet, bättre omvårdnad, mer tid eller att inte ligga omgivningen till last?

Problem och teser

Det grundläggande moraliska problemet kan preliminärt formuleras på följande sätt: *Finns det situationer i sjukvården som är sådana att eutanasi då är etiskt godtagbar?* Svarar man ja, kan man gå vidare och ge exempel på sådana situationer, undersöka hur vanliga eller ovanliga de är, samt vad man kan göra åt dem.

En intressant variant kan erhållas genom att problemet i stället formuleras så här: *Finns det situationer i sjukvården som är sådana att man inte bör kritise-*

ra den läkare som utför eutanasi? Låt oss kalla detta för kritikproblemet.

Det är en liten men inte oväsentlig skillnad mellan att hävda att en handling är etiskt godtagbar i en viss situation och att hävda att det inte finns någon anledning att kritisera den som utfört denna handling i den aktuella situationen.

Viktigt för bedömningen av nyansskillnaderna mellan dessa problemformuleringar är om man utgår från att 1) det som inte uttryckligen är etiskt godtagbart är etiskt förkastligt, eller från att 2) det som inte uttryckligen är etiskt förkastligt är etiskt godtagbart.

Vid ställningstagandet till om det finns skäl att berömma eller klandra någon för en viss handling tar man också hänsyn till vad vederbörande visste om situationen, vilka hans eller hennes syften var etc. En handling (eller underlåtelse) kan vara fel, givet vissa moralfilosofiska utgångspunkter eller andra premisser, men därav följer inte nödvändigtvis att man bör klandra den som utförde handlingen (eller underlät att utföra den).

Bättre med klara regler

Hur som helst, är jag benägen att anse att det är bättre att dödshjälp på patientens begäran förekommer i noga reglerade situationer, som i Holland eller Norra Territoriet i Australien – än att dödshjälp eventuellt förekommer enligt regler som ingen känner till. Därav följer också att det finns situationer i sjukvården som är sådana att man inte bör kritisera den som givit dödshjälp i dessa situationer.

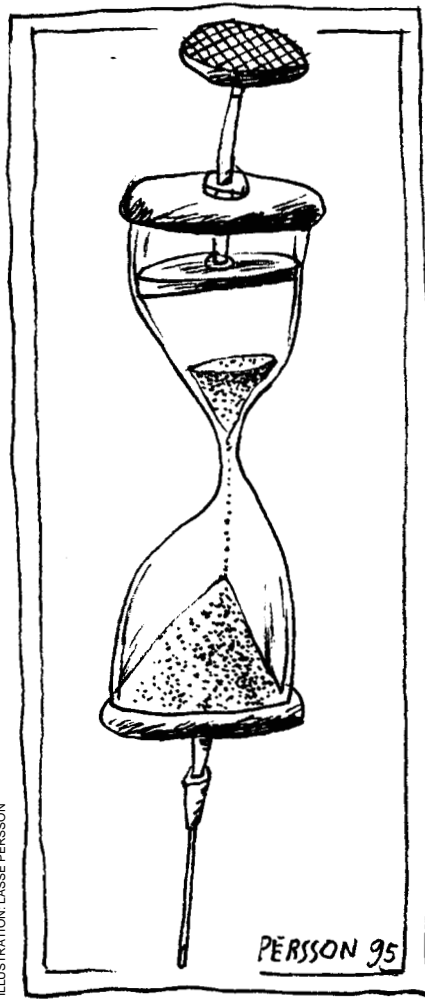
Det är då fråga om fall när patienten är obotligt sjuk, slutet är nära, en värdig död med adekvat smärtlindring inte kan åstadkommas, patienten begärt hjälp att dö, och det finns goda skäl att anse att denna begäran är ett uttryck för patientens egen vilja och ej ett uttryck för en tillfällig depression eller dylikt. Kanske bör man också kräva, som i Holland, att två läkare oberoende av varandra kommer fram till samma slutsats.

Det kan också finnas anledning att skilja mellan moraliska problem på olika nivåer. Det *individuella* moralproblemet gäller vad som är rätt eller fel att göra för en enskild läkare i en viss situation. Det *institutionella* policyproblemet gäller däremot om sjukvården som institution bör utveckla och implementera någon policy i denna fråga.

Sambandet mellan dessa problem är inte entydigt och enkelt. Men för egen del anser jag det också angeläget att sjukvården som institution tar ställning i denna policyfråga.

Öppenhet – i vilken grad?

Sedan har vi en annan grupp av moraliska problem som gäller insyn och



öppenhet. Bör man dölja att eutanasi praktiseras, om detta nu förekommer, eller bör det redovisas öppet, och vem bör i så fall ha insyn i verksamheten?

Det kan ju vara så att eutanasi är något som förekommer och bör få förekomma. Men därav följer inte nödvändigtvis att detta bör diskuteras eller redovisas öppet, eftersom det skulle kunna skapa alltför mycket oro om det blev känt. Professionen själv bör få sköta detta utan insyn utifrån. Sådana åsikter framförs ibland.

Också här finns flera varianter. Enligt en ståndpunkt bör det vara känt för alla, om eutanasi förekommer. En mer restriktiv ståndpunkt är att endast de som är direkt inblandade i den aktuella situationen bör vara informerade – och har rätt att få information. Det innebär att informationen begränsas till patienten, den personal som vårdar patienten samt givetvis de anhöriga.

Mörklägning skadar förtroendet

Min egen åsikt är att om eutanasi är etiskt godtagbart och förekommer, bör detta också redovisas öppet. Att försöka mörklägga har på sikt säkert mer negativa än positiva konsekvenser.

Om eutanasi skall förekomma, skall

detta därför ske öppet och enligt regler som accepterats i samhället efter en bred debatt. Förtroendet för vården kan motverkas genom hemlighetsmakeri, genom att människor tror att här sker något som de inte får veta och inte har insyn i.

Hur skall beslut om eutanasi – om det förekommer – dokumenteras? Patientjournalen är här entydig och lämnar inte något utrymme för tveksamhet. Självklart skall sådana beslut föras in i patientens journal.

Empiriska problem

Ställningstagandet i etiska frågor grundas på premisser av flera olika slag, såväl fakta och empiriska antaganden som normer och värderingar. Kunskapsunderlagets kvalitet är också en viktig etisk fråga.

I det här sammanhanget behöver vi kunskaper för att nå fram till stabila och välgrundade ställningstaganden – ändå rör vi oss oftare med tro än med vetande. Framför allt gäller detta praxis och olika berörda gruppers inställningar och attityder till skilda frågor. En av dessa grupper är läkarna, men det finns givetvis också en rad andra berörda grupper, vilkas inställningar borde kartläggas.

Vi behöver alltså inte bara veta om och i vilken utsträckning eutanasi – definierat på det ena eller andra sättet – eventuellt förekommer i Sverige. Vi behöver också kunskaper om olika (mer eller mindre heterogena) gruppers inställning till vad jag tidigare kallat det moraliska grundproblemet, kritikproblemet, det institutionella policyproblemet, öppenhetsproblemet, dokumentationsproblemet samt en rad juridiska frågor.

Samtidigt är det naturligtvis också viktigt att understryka att en sådan kartläggning inte löser problemen. Detta skulle förutsätta att en värdepremiss smugglas in i resonemanget, enligt vilken den undersökta gruppens inställning också är den rätta inställningen. Men icke desto mindre är en sådan kartläggning en viktig del av det kunskapsunderlag som behövs för en konstruktiv dialog om eutanasi.

Självbestämmande och eutanasi

Det finns två i princip skilda huvudargument för eutanasi – dels sådana som baseras på principen om eller kravet på självbestämmande (självbestämmandeargumentet), dels sådana som baseras på principen om eller kravet på att förebygga och minska obotligt lidande (barmhärtighets- eller omsorgsargumentet).

Dessa argument har lite olika tyngd, beroende på vilken form av eutanasi

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

som diskuteras. De bör därför behandlas var för sig. Den första principen är den naturliga utgångspunkten när eutanasi på patientens begäran skall motiveras, speciellt om diskussionen gäller det moraliska grundproblemet och kritikproblemet.

Vilken hjälp har vi av kravet på att respektera patientens vilja? Vad följer av det? Man kan naturligtvis föra fram denna princip och låta den avgöra saken. Det finns också en del som gör detta.

Måste vägas mot andra krav

Men samtidigt är det uppenbart att ingen princip gäller absolut eller obetingat. Den måste alltid vägas mot andra krav. Det bör för övrigt observeras att ingen har, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, rätt att kräva viss vård.

Patientens autonomi måste dessutom ställas mot läkarens och den övriga vårdpersonalens. Ingen får tvingas att medverka till eutanasi mot sin vilja. Av dessa och andra skäl aktualiseras frågan om självbestämmandets gränser.

En självklar förutsättning för att dödshjälp på patientens begäran skall vara acceptabelt är därför att man kombinerar detta med en samvetsklausul som ger den läkare som inte själv vill medverka en möjlighet att remittera patienten till en annan läkare. En sådan samvetsklausul är ingenting unikt i vården.

Sanning och konsekvens

I etik liksom i logik och naturvetenskap är sannfärdighet och konsekvens grundläggande krav. Flera argument kan baseras på dessa krav. Här följer några exempel.

Inkonsekvensargument 1

Självbestämmande är viktigt i en rad situationer i vården. Om man anser att patientens vilja bör respekteras i dessa situationer men inte i den nu aktuella (där en obotligt sjuk patient begär dödshjälp för att få en värdig och smärtfri död), bör man kunna peka på någon etiskt relevant skillnad mellan dessa situationer. Kan man inte det, är det inkonsekvent att motsätta sig eutanasi.

Självbestämmandepincipen kan också turneras på ett annat sätt genom att kombinera den med en ofta iakttagen asymmetri. Många läkare säger att de kan tänka sig situationer i vården där de för egen del vill ha hjälp att dö av sina kolleger, men inte lika många kan tänka sig att själva utföra handlingen och ge kolleger eller andra patienter samma hjälp i motsvarande situation.

Detta behöver inte bero på att dödshjälp är förbjuden, utan bl a på traditio-

nellt rotade rollföreställningar som jag har stor respekt för: Läkarens roll är att bota, lindra, trösta, inte att döda.

Patient- och läkarrollerna är olika. Om läkaren plötsligt blir svårt sjuk, glider han eller hon in i en annan roll som kan förändra perspektivet – ibland en nyttigt upplevelse, om man får döma av flera läkares vittnesmål.

Observera, att jag alltså inte invänder här mot att 1) många läkare vill själva kunna få hjälp, men inte lika många kan tänka sig att själva hjälpa andra på motsvarande sätt. Inte heller invänder jag mot 2) Bergspredikans grundläggande etiska princip: allt vad ni vill att andra människor skall göra mot er, det skall ni också göra mot dem.

Det jag invänder mot är om man samtidigt vill hålla fast vid både 1) och 2). Detta är inkonsekvent enligt min mening. Argumentet kan alltså formuleras så här:

Inkonsekvensargument 2:

Det är inkonsekvent att samtidigt hålla fast vid Bergspredikans grundläggande princip och vilja ha hjälp av kolleger, men själv inte kunna tänka sig att hjälpa kolleger eller andra i samma situation.

Omsorg och eutanasi

Argumentet att man bör göra gott, förebygga och minska lidande är flertydigt, redan av den anledningen att omsorgen kan riktas mot flera av de aktörer som nu och i framtiden kan bli berörda:

- patienten,
- anhöriga,
- läkaren,
- övrig vårdpersonal.

Man skall inte blunda för möjligheten att det som presenteras som omsorg om patientens bästa i själva verket också kan gälla t ex vårdpersonalens eller läkarens bästa. Besluten i samband med vård i livets slutskede kan vara uppslitande.

Läkarens handlingar kan motiveras med omsorg om nutida eller framtida patienter, som inte bör oroas i onödan. Men det kan alltså även handla om omsorg om kolleger och sig själv.

Hur relevant och hållbart är argumentet att om dödshjälp på patientens begäran godtas, kommer trycket att öka på handikappade att begära eutanasi för att inte ligga samhället till last – generellt eller i vissa fall? Finns det några risker för detta? Hur stora är de? Hur utfaller vägningen av dessa risker mot möjligheten att befria obotligt sjuka från deras lidande i slutet?

Rätten till en värdig död

Det är patientens och inte läkarens eller den övriga vårdpersonalens före-

ställningar om vad som är en värdig och smärtfri död som skall avgöra vad denna rätt innebär. Patientens föreställningar bör respekteras så långt det är möjligt och förenligt med regler och praktiska förutsättningar.

Det finns teoretiska kunskaper om smärtlindring hos specialister, men dessa kunskaper förs inte alltid ut till de kliniker där cancerpatienter och andra dör. Missnöje finns med smärtlindringen i vården, och detta gäller både barn och vuxna patienter [7]. Problemet har observerats både av Socialstyrelsen och av enskilda sjukhus. Ansträngningar görs också för att förbättra vården i dessa viktiga avseenden, vilket självfallet är utmärkt [8, 9].

Men om dessa ansträngningar inte lyckas, kommer åtskilliga att hävda att om vården inte kan hjälpa patienterna till en värdig och smärtfri död, bör dödshjälp på patientens begäran i vissa noga reglerade former och under specialiserade förutsättningar vara etiskt acceptabelt. Vilka dessa betingelser skall vara bör diskuteras ingående och föras ut till bred debatt, innan de eventuellt fastställs genom ett politiskt beslut.

Även detta argument kan turneras till ett inkonsekvensargument, nämligen följande:

Inkonsekvensargument 3

Det är en grundläggande princip i vården med rötter i antiken att man skall göra gott, förebygga och minska lidande. Man skadar patienten genom att förlänga lidandet i situationer där inget hopp om bättring finns. Alltså är det inkonsekvent att samtidigt hålla fast vid principen att man skall göra gott och motsätta sig dödshjälp på patientens begäran. Därför bör man i sådana situationer hjälpa patienten att få en värdig död och få slut på sitt meningslösa lidande.

Är det rimligt att acceptera barmhärtighetsargumentet och samtidigt säga ja till att förkorta livet, bara det går långsamt, men att säga nej till att genom aktiva insatser förkorta livet, om det går snabbt? I det senare fallet minskar man patientens lidande, vilket från humanitär och etisk synpunkt borde vara att föredra, i varje fall om patienten är obotligt sjuk och slutet är nära.

Vad visar argumenten?

Bedömningen av vad dessa argument visar är inte någon enkel sak. Vad stöder vi ytterst våra argument på i frågor som denna? Utgångspunkter för bedömning av argument kan vara:

- en vision av det goda livet, och den goda döden, något som upptagit filosofer från Aristoteles och stoikerna till vår tid,
- en mer eller mindre humanistisk, teknologisk eller biologisk människosyn, vilken är kulturellt betingad, och

som man i varje fall inte väljer på samma sätt som man väljer slips till kostymen [10].

Kan dessa visioner och människosyner bevisas? Nej, de kan inte bevisas vara riktiga. Men man kan argumentera för dem, bl a genom att hänvisa till vilka konsekvenserna blir om man i olika typer av situationer håller fast vid och tillämpar dem. Man kan också hänvisa till historiska erfarenheter.

Men förr eller senare kommer man till slutet i en argumentering, till en punkt där man inte når längre. Detta betyder dock inte att ställningstagandet är godtyckligt. Det finns obevisade utgångspunkter för alla resonemang, också i matematik och naturvetenskaper.

Ekonomi och eutanasi

Det är viktigt att understryka att eutanasi på patientens begäran inte får vara en resursfördelningsfråga. Debatten bör handla om humanitära och etiska aspekter på vård i livets slutskede. Ett välfärdssamhälle värt namnet måste ha råd att hjälpa människor till ett värdigt och om möjligt smärtfritt slut på livet. Det handlar om döds kvaliteten (som man kunde tala om i betydelsen livskvalitet i döendet [5]).

Det vore fel att motivera eutanasi genom att hänvisa till vad man sparar på att genomföra det. Ibland kostar det mera, ibland mindre, att ge människor den hjälp de behöver och vill ha. Men sådana argument har enligt min mening inte någon plats i en seriös etisk debatt om dödshjälp på patientens begäran.

Är eutanasi etiskt förkastligt, bör det inte tillåtas, även om sjukvården skulle spara pengar på detta. Är eutanasi etiskt godtagbart och till och med angeläget, bör det tillåtas, även om det skulle fördyra vården.

Men är eutanasi etiskt godtagbart, kan vi hamna i en prioriteringsdiskussion, där satsningar på eutanasi får vägas mot satsningar på andra angelägna områden och behov [11]. De teser som här drivits kan självfallet förenas med ståndpunkten att man bör öka ansträngningarna att hjälpa deprimerade, göra livet lättare för svårt skadade, förbättra smärtlindring i livets slutskede etc.

Vägning av risker

På ett sätt kan man säga att en kärnfråga i debatten om eutanasi handlar om vägning av risker. Det finns en uppenbar risk att inte alla patienter i dagens vård får en värdig och smärtfri död. Självfallet bör man aktivt verka för att minska deras antal så mycket som möjligt. Men om det inte sker? Eller det inte går?

Tillåter vi då eutanasi för att minska

dessa risker, öppnar vi dörren för andra risker – vilket motståndarna till dödshjälp inte försummar att påpeka. Hit hör riskerna för missbruk, och för att handikappade skall känna trycket på sig att inte ligga samhället till last. Vilka risker väger då tyngst? Hur skall en säker men liten risk vägas mot en osäker men stor? Vilka risker bör man acceptera för att undvika något annat?

Formuleras problemet på detta sätt, blir det också lättare att undvika att se det i svart och vitt. Det blir tydligare att det är ett komplicerat problem som inte har någon enkel och från alla synpunkter bra lösning.

Men jag är benägen att förespråka att eutanasi på patientens begäran är etiskt godtagbart, under förutsättning att patienten är obotligt sjuk och inte kan beredas en värdig och smärtfri död.

Det är enligt min mening bättre att eutanasi på patientens begäran i noga reglerade situationer förekommer öppet, med möjlighet till insyn och kontroll, enligt etablerade regler som i Holland och Norra Territoriet, Australien, än att dödshjälp förekommer i ospecificerade situationer, dolt, utan möjlighet till insyn och enligt regler som få eller inga känner till.

Vad kunde motivera omprövning?

Jag skall till slut försöka bidra till att främja en konstruktiv debatt genom att ange under vilka betingelser jag skulle vara beredd att ta de ståndpunkter som här förts fram under omprövning. För min del är det i första hand följande omständigheter som skulle föranleda en sådan:

1. Kan smärtlindringen bli så effektiv att obotligt sjuka patienter i livets slutskede kan få vad de själva anser vara adekvat smärtlindring? I så fall bortfaller ju ett viktigt skäl för eutanasi.

2. Kommer den palliativa vården att utvecklas så att alla patienter kan få vad de själva anser vara en värdig död? I så fall försvinner ett annat viktigt skäl för eutanasi.

3. Finns det en risk för att arbetet på att utveckla och förbättra den palliativa vården kommer att avstanna eller helt upphöra, om eutanasi tillåts? I så fall är slutsatsen inte att eutanasi är onödig – som i fall 1 och 2 – utan snarast att eutanasi inte är önskvärd eller rentav är farligt. Detsamma gäller om nedanstående fråga besvaras med ja.

4. Finns det en risk för indikationsglidning eller spridning så att eutanasi kommer att tillämpas på grupper som inte begärt det, eller som begärt eutanasi på grund av tillfällig depression eller tryck utifrån? Finns det med andra ord en risk för att distinktionen mellan det jag tidigare kallat eutanasi på patientens

begäran och barmhärtighetsdödande inte kommer att upprätthållas?

Ta fram ett kunskapsunderlag!

Eftersom svaren på dessa frågor enligt min mening bör ha en central roll i debatten, följer också att man bör ställa höga krav på kunskapsunderlagets kvalitet. Underlaget bör redovisas – och prövas kritiskt.

Jag skulle därför välkomna en statlig utredning om både livstestamenten och eutanasi. En sådan utrednings uppgift borde vara att beskriva de bakomliggande problem som gör att frågan aktualiseras nu igen, att inventera olika möjliga sätt att lösa dessa problem, att ta fram det kunskapsunderlag som behövs, samt att kartlägga och värdera för- och nackdelar med dessa olika lösningar – givet öppet redovisade alternativa värderingsmässiga utgångspunkter.

Litteratur:

1. Öhrström L. Mor tog dotters liv. Ny debatt om dödshjälp efter fall i Falun. Dagens Nyheter, 15 aug 1995.
2. Bioethics, 1995, 9; 5: 419-36. Jfr även Willing to Listen, Wanting to Die. Ed. Helga Kuhse. Harmondsworth: Penguin, 1994.
3. Aktiv dödshjälp – er der behov for nye regler? Köpenhamn: Det etiske råd, Konferencerapport 1995.
4. Eutanasi – en debattskrift. Statens medicinsk-etiska råd. Etiska vägmarken 5, 1992: 103. Jfr även van der Maas PJ et al, Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 1991; 338: 669-74.
5. Fallberg LH, Borgenhammar E. Döds kvaliteten – är tiden mogen för öppen debatt? Läkartidningen 1995; 92: 3971-3.
6. Eutanasi – en debattskrift. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd, Etiska vägmarken 5, 1992.
7. Elander G, Hellström G, Qvarnström B. Care of infants after major surgery: observation of behavior and analgetic administration. Pediatric Nursing 1993; 19: 221-6.
8. Abbott FV, Gray-Donald K, Sewitch M J et al. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. Pain 1992; 50: 15-28.
9. Beck-Friis B, Strang P, red. Palliativ medicin. Stockholm: Liber, 1995.
10. Se Människosyner. Stockholm: Statens medicinsk-etiska råd, Etiska vägmarken 6, 1994.
11. Vårdens svåra val. Slutrapport från Prioriteringsutredningen. SOU 1995:95.