

**Dr Pete Reagan, former Medical Director of “Compassion and Choices” in Oregon, has given brief and rapid comments on the Clapham Institute’s report “Hotet mot värdigheten - en genomgång av konsekvenserna av läkarassisterat självmord, med särskilt fokus på Oregonmodellen” .**

## **Below are some selected comments on the Clapham report**

### **Comments on 2.3 Conclusion**

Clapham states with no reference to any facts that the doctors involved in aid in dying lack training or experience in palliative care and depression. This is a groundless and untrue assertion, as most primary care physicians, myself included, were both specifically trained in psychiatry and palliative care and a significant portion of our practices have been devoted to it. Many of us have served as hospice directors, and all of us have supervised hospice care for our own patients. It is simply not true that we are lacking in this respect.

The report asserts that it is “scary” that life or death decisions can be made on the basis of a physician patient encounter. However, this is what happens in almost every physician patient encounter. We accept very significant responsibility for making potentially lethal decisions to the best of our ability, training and compassion.

### **Comments on 3.2 regarding security for patients.**

Hendin and Foley assume that it is the duty of the public media to adjudicate whether the law is being followed, when in reality it is the duty of the Oregon Medical Board. They find it irritating that they themselves are not included in evaluating individual acts of aid in dying. I do not see them complaining that they do not get to review ICU decisions to withdraw ventilatory support, or to argue in the media the merits of a particular person’s cancer treatment. The evaluation and discipline for physicians is very important and it can only happen if the individual cases are allowed the privacy usually attached to medical treatment. The medical board has access to all of the information that Foley and Hendin claim to need in the public domain. Theirs is a ridiculous assertion but also somewhat seductive.

The claim of secrecy is entirely without grounds. Aid in dying episodes are the opposite of secret. Its like claiming that cancer treatment occurs in secret. It is not clandestine, it is just confidential.

### **Comments on 4.1.2 "Doctor-shopping"**

The "doctor shopping" claim is equally bogus. Doctors would be crazy to prescribe aid in dying to a patient who someone else feels is unqualified, and doctors exchange information so that - in each individual case - the facts are known by all participants. It is true that patients sometimes seek doctors who will help them die but that is not because of disagreement about qualification, it is because their own doctors will not treat them the way they want or because their doctors employers forbid them to. If a primary doctor has a patient who gets an aid in dying prescription from someone else feels the patient is unqualified they can both warn the doctor involved and report him afterward, just as if the care were in some other area of medicine. Note that there is a steady stream of concerns brought to the medical board about doctors who need discipline, but in the realm of aid in dying there are no substantive problems so far. This is strong evidence that the thousands of individual cases, which have all been reviewed by their own family members, and health care team, at least qualify under the law.

### **Comments on 4.2.2 "The economic incitement"**

The assertion that doctors actually save themselves money, or somehow get paid extra to prescribe aid in dying is utterly bogus. I wrote 25 prescriptions in my career. Each one required much more time, evaluation, and soul searching than I was able to bill for.

I suppose one could imagine a system under which doctors would be incentivized to prescribe aid in dying. This system does not exist in Oregon, however.

(See also the article in Svenska Dagbladet Tuesday March 21 on the Oregon model).



Redaktör  
Carina Stensson  
Blir redaktör  
Carl-Johan  
Bilkenroth

Webb:  
SvD.se/debatt  
Twitter:  
twitter.com/  
SvDDebatt  
Facebook:  
SvDDebatt

Mer debatt →

Mer debatt →

# Dödshjälp inget sluttande plan

**SJÄLVVALT LIVSSLUT** Kan frivillig dödshjälp accepteras när all hopp är ute och bara lidande återstår – och särskilt lidande som den palliativa medicinen inte rår på? Myndigheterna i Oregon har nyligen publicerat en rapport om 20 års unika erfarenheter av lagfäst, frivillig dödshjälp, som kan tillföra den svenska debatten viktig kunskap.

Närmare 80 procent av svenskar som tillfrågats i flera Sifo-enkäter om sin inställning till frivillig dödshjälp svarar att de är positiva och försvarar "den sista friheten". Så var situationen i den amerikanska delstaten Oregon i mitten av 1990-talet. Ett medborgarinitiativ drev fram en folkomröstning 1997 som medförde att Oregon blev den första amerikanska delstat med lagfäst rätt till frivillig dödshjälp.

Lagens namn blev DWDA (Death With Dignity Act, det vill säga lagen om en värdig död). Dess innebörd är mycket sträng och åtta specifika krav måste vara uppfyllda för att en döende patient skall kunna återoppta den. Lagen förbjuder att en läkare eller annan person utför den "dödshjälp" lagen tillåter; patienten måste själv inta den av läkare utskrivna medicinen. Detta är en avgörande skillnad mot lagarna i länder som Belgien, Nederländerna och Schweiz.

**Årsrapporterna 1997–2016** visar att 1749 personer fått förskrivit läkemedel medan 1127 faktiskt använt sig av det, det vill säga endast 64 procent. Det är omvänt under de 20 åren att själva förskrivningen av läkemedlet är en palliativ åtgärd som bidrar till en lugnare kommunikation med större tillförsikt och trygghet hos den döende. Drygt 90 procent av dem som utnyttjat DWDA var inskrivna i hospicevård innan, men de allra flesta avled i hemmet.

En vanlig missuppfattning är att den frivilliga dödshjälp är ofta förekommande. Av alla dödsfall i Oregon är det bara cirka 0,4 procent som skett efter intag av läkemedel enligt DWDA, det vill säga ett av 250 dödsfall.

En av oss (PR) råkade vara den allra första läkaren i Oregon som 1997 förskrev läkemedel enligt DWDA. PR har sedan dess förskrivit dessa läkemedel cirka 25 gånger och i 15 av dessa fall har medlet kommit till användning. I sina anteckningar har PR noterat:

*"Frivillig dödshjälp kommer aldrig att bli vanlig i en läkares vardag. Det är mycket få patienter som verkligen önskar det (även om det är vanligt att vilja överväga det eller prata om det). I mitt praktiska yrkesliv, med undantag för några patienter som remitterats till mig för bedömning, har det endast varit två av mina egna långvariga patienter som begärt det. Ingen läkare kommer att bygga upp någon omfattande erfarenhet av frivillig dödshjälp. Från min egen erfarenhet kan jag säga att det allra första fallet kändes ganska monumentalt, men det är delvis på grund av dess historiska betydelse och till följd av en omfattande publicitet i medierna.*



FOTO: FREDRIK SANDBERG/TIT (ARKIV)

”**En vanlig missuppfattning är att den frivilliga dödshjälp är ofta förekommande.**

*Efter det första fallet, fann jag varje möte med svårt sjuka, döende patienter med outhärdligt lidande – trots palliativ vård – vara en djupt gripande upplevelse, nästan med en andlig dimension. Jag kände alltid ett extra djup i engagemang med dessa patienter. Om något gjorde mig dessa upplevelser ännu mer noggrann och uppmärksam på vad jag gjorde. Jag ville alltid ha en djupgående kontakt med familjemedlemmar och andra vårdgivare runt patienten."*

## FAKTA | OREGONMODELLEN

**För att kunna få tillgång till självvalt livsslut enligt DWDA** måste patienten ha fyllt 18 år, vara bofast i Oregon, ha kommunikations- och beslutsförmåga samt lida av en terminal sjukdom med en prognos om mindre än sex månaders överlevnad. Proceduren för att få recept på "death with

dignity"-läkemedlet är i korthet:  
**1. Två muntliga framställningar** till behandlande läkare med minst 15 dagars mellanrum.  
**2. Skriftlig begäran** till behandlande läkare som undertecknats i närvaro av två vittnen, av vilka åtminstone ett inte är relaterat till patienten.  
**3. Behandlande samt**

Sedan DWDA lagfästs i Oregon har ytterligare fyra delstater i USA infört möjligheten till legalt, självvalt livsslut. Tillsammans har de fem delstaterna omkring 51 miljoner invånare och utgör cirka 16 procent av USA:s befolkning.

Varför finns det i många länder ett motstånd mot frivillig dödshjälp bland läkare inom den palliativa vården? I Oregon är det uppenbart att DWDA har fungerat som en katalysator för en bättre palliativ vård och att patientens visshet om DWDA i sig själv är en kvalitet i den palliativa vården. Många läkare avvisar dödshjälp av religiösa skäl. Men finns det andra, medicinska skäl? Två kategorier av motargument finns fortfarande – men allt mindre under de 20 år som gått – i Oregon.

För det första finns ibland argumentet "det finns alltid ytterligare palliativ vård att erbjuda patienten". Statistiken och erfarenheterna av närmare 1800 förskrivningar under snart 20 år talar starkt emot detta.

För det andra finns argumentet om det sluttande planet: att det blir en okontrollerbar ökning av antalet fall av "dödshjälp" på allt vidare indikationer. I Oregon sker varje år en mycket noggrann uppföljning och detaljrapportering av alla fall där DWDA tillämpas. Om felaktig tillämpning av lagen skett blir det rättsliga påföljder och straffansvar för den som ertappas. Inget sådant fall har rapporterats. Och ingen sådan "slippery slope"-tendens har kunnat påvisas.

**Slutsatsen av två decenniers erfarenhet av DWDA** är att den är ett nödvändigt komplement till den palliativa vården, där den utgör en omisslig tillgång för döende patienter, när den palliativa vården sviktar. Här finns viktig erfarenhet att hämta för den svenska vårdverkligheten.

### STAFFAN BERGSTRÖM

professor, internationell hälsa,

Karolinska Institutet



### PETE REAGAN

dr, National Medical Director Emer

Compassion and Choices,

Oregon, USA

**SvD.se** →  
**Debatten om dödshjälp**



**27/1:** Professor Ingemar Engström: Läkarna bör inte motarbeta assisterat dödande.

**31/1:** Henri Wijsbek: Holländsk dödshjälp bör fungera som förebild.

**1/3:** Svenska Läkaresällskapet: Assisterat dödande en fråga för medborgarna.

**3/3:** Sveriges läkarförbund: Vi tar ställning mot dödshjälp.

**6/3:** Debattören Inga-Lisa Sangregorio:

Oregons modell borde vara självklar i Sverige.

**SvD.se/om/debatten-om-dodshjalp**

**6. Behandlande läkare** ska informera en patient om möjliga alternativ som smärtlindring och/eller vård på hospice.  
**7. Läkaren ska be,** men kan inte kräva, att patienten informerar sina närmaste anhöriga.  
**8. En patient kan** när som helst återkalla sin begäran om recept.

**konsulterad läkare** ska bekräfta patientens diagnos och prognos.  
**4. Behandlande läkare** och ytterligare en läkare måste avgöra om patienten är beslutskapabel och har förstått sin situation.  
**5. Om läkare anser** att patienten lider av en psykisk eller psykologisk störning ska patienten remitteras till specialist.