

Líknardráp – siðferðilegur valkostur?

Ágrip

Ólafur Árni Sveinsson

LÆKNIR OG
HEIMSPEKINGUR

Mikil og heit umræða hefur átt sér stað í mörgum löndum um lögleiðingu líknardráps. Aðeins fáar þjóðir hafa leyft líknardráp eða sjálfsvíg með aðstoð læknis (Physician assisted suicide, PAS) og eru þar Hollendingar í fararbroddi. Forvígismenn líknardráps leggja almennt fram tvennskonar rök fyrir máli sínu: annars vegar „réttinn“ til að deyja og hins vegar að enginn eðlismunur sé á líknardrápi og líknarmedferð.

Í þessari grein hafna ég þessum tveimur ofanefndum rökum og ræði fjölmörg rök gegn líknardrápi, en í grófum dráttum má flokka þau í fernt. Í fyrsta lagi er það trú margra, að rangt sé að taka líf undir öllum kringumstæðum. Í öðru lagi, að það sé óréttmæt krafa að biðja eina manneskju um að taka líf annarrar, svokölluð gagnkvæmisrök. Auk þess samrýmist líknardráp alls ekki grundvallarstarfsreglum lækna og hjúkrunarfræðinga og gæti hæglega truflað trúnaðarsamband sjúklings og læknis, þ.e. meðferðarsambandið. Í þriðja lagi eru „empírísk rök“ þ.e. rök byggð á reynslu. Í greininni sýni ég fram á að líknardráp í Hollandi sé ekki undir nógu góðu eftirliti og bjóði heim misnotkun, sem líklega er raunin í Hollandi. Í fjórða lagi, þó að líknardráp sé hugsanlega réttlætunlegt í einstaka tilfellum, þá muni það leiða til misnotkunar vegna skilaboðanna og þrýstingsins sem kosturinn hefur í för með sér.

Svar mitt við kröfunni um líknardráp er líknarmedferð, þar sem samræðan við sjúkling skiptir höfuðmáli. En til að samræðan skili árangri verður hún að vera einlæg og opinská. Samræðuvilji og samræðuhæfni umönnunaraðilans verður einnig að vera fyrir hendi.

Inngangur

Mikil og heit umræða hefur átt sér stað í mörgum löndum um lögleiðingu líknardráps. Aðeins fáar þjóðir hafa lögleyft líknardráp eða sjálfsvíg með aðstoð læknis (Physician assisted suicide, PAS) og eru þar Hollendingar í fararbroddi. Á Íslandi hefur umræðan um þetta málefni verið afar lítil. Eigi að síður er nauðsynlegt fyrir Íslendinga að mynda sér skoðun og taka afstöðu. Ekki hafa verið gerðar ítarlegar kannanir á hug landsmanna en í könnun Pricewaterhouse Coopers frá árinu 2001 var tæplega helmingur landsmanna eða 46,4% fylgjandi líknardrápi og þriðjungur því

ENGLISH SUMMARY

Sveinsson ÓÁ
Euthanasia – a moral choice?

Læknablaðið 2007;93: 543-551

Euthanasia has been heatedly discussed in Western countries over the last years. Only a few nations have legalized euthanasia or physician assisted suicide with the Dutch at the forefront of that field. Proponents of euthanasia mostly argue for euthanasia on two grounds. Firstly, that the patient has a right to die and secondly, that there is no substantial difference between euthanasia and palliative care.

In this paper I will argue against both of the above. I discuss the arguments against euthanasia which are in principle four. Firstly, it is held by many that taking a human life is wrong under all circumstances. Secondly, that it is an unjustifiable demand to ask a person to take another person's life. In relation to that argument, euthanasia is not in accordance with the basic principles of medicine and nursing as they have evolved over the years and could therefore easily disrupt the therapeutic relationship. Thirdly, as shown from Holland there is empirical evidence that euthanasia is not under good enough surveillance and therefore invites misuse. Fourthly, even though euthanasia might possibly be justifiable under certain circumstances, legalisation might well invite abuse because of the message and pressure that the option places on both patients and professionals in terminal care.

My answer to the euthanasia demand is palliative care, where dialogue between the patient and doctor is central. But the dialogue cannot be effective, unless both partners are willing and able to engage in sincere and frank conversations.

Keywords: euthanasia, autonomy, palliative care, dialogue.

Correspondence: Ólafur Árni Sveinsson,
olafursv@landspitali.is

andvígur.¹ Í ljósi lítillar umræðu kemur það nokkuð á óvart hve hlynttir Íslendingar eru líknardrápi samkvæmt þessari könnun. Það er athyglisvert að fólk er hlyntara líknardrápi því fjarlægara sem það er dauðanum. Kannanir sem gerðar hafa verið á Vesturlöndum á viðhorfi til líknardráps, sýna að afstaðan til líknardráps breytist eftir því skemmra sem það á ólifað. Með öðrum orðum, því nær sem einstaklingurinn er dauðanum því fleiri daga vill hann eiga. Eftirfarandi segir Sigurður Árnason

¹ Tekið var slembiúrtak 1.200 Íslendinga um allt land á aldrinum 18-75 ára og var nettósvaerhlutfall 67,5%. Karlar voru frekar fylgjandi líknardrápi en konur, en mestur var skoðanamunur milli aldurshópa. Rúmlega 57% fólks á aldrinum 18-25 ára sögðust fylgjandi líknardrápi en innan við þriðjungur fólks á aldrinum 50-75 ára voru því fylgjandi. Þá voru íbúar á landsbyggðinni síður fylgjandi líknardrápi og tekjulágir voru síður fylgjandi en þeir tekjuhærri. (1).

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Ólafur Árni Sveinsson
Geðdeild Landspítala -
háskólasjúkrahúss
D-12 að Kleppi

olafursv@landspitali.is

Lykilorð: líknardráp, sjálfsvíg,
líknarmedferð, samræða.

krabbameinislæknir um krabbameinssjúka einstaklinga: „*Það er algengara að sjúklingar með stöðuga verki fangi sér en sjúklingar með langt gengið krabbamein. Skýringin á þessu er ef til vill sú, að lífið verður því dýrmætara sem það er styttra. Svo dýrmætt að einstaklingurinn lærir að lifa upp á nýtt ef svo má segja. Deyjandi unglings fullorðnast á nokkrum dögum og fer stundum langt fram úr foreldrunum, sem koma í humátt á eftir.*“ (2).

Almennt eru íslenskir læknar á móti líknardrápi eins og rétt verður síðar (3). Sjálfur er ég ekki hlynntur lögleiðingu líknardráps og mun ég rökstyðja þá afstöðu í þessari grein.

En ef umræðan um líknardráp á að vera markviss verður skilgreiningin að vera nokkuð skýr. Ég vil skilgreina líknardráp aðeins sem slíkt ef sjúklingur biður um að líf hans sé stytta, þ.e. samkvæmt vilja hans og beiðni. Sjúklingurinn verður að *biðja* um að honum sé stytta lífið. Hollendingar skilgreina líknardráp einnig á þennan veg. Að stytta líf einhvers sem ekki hefur beiðni um það (án vilja) eða þá að halda að sér höndum þegar hjálpa mætti sjúklingi (aðgerðarleysi) tel ég ekki vera líknardráp, heldur meira í ætt við dráp.

Í greininni eru fyrst og fremst rædd rök gegn líknardrápi en rökin með líknardrápi koma einnig fyrir. Þau hringa sig í kringum réttinn til að deyjja og að enginn munur sé á líknardrápi og líknarmedferð. Í fyrri hluta greinarinnar er fjallað um læknisfræðileg og siðferðileg rök gegn líknardrápi. Síðari hlutinn fjallar um líknarmedferð og mikilvægi samræðunnar sem svar við beiðni sjúklings um líknardráp.

I. hluti. Læknisfræðileg og siðferðileg rök gegn líknardrápi

Það er rangt að drepa

Þessi rök eru sannfæring margra. Þau kveða á um að það sé rangt að drepa eða taka líf í hvaða skilningi sem er (4) og að lífið sé heilagt óháð aldri eða fötlun. Þessi sannfæring hefur sterka skírskotun til flestra trúarbragða heimsins en einnig hafa margir þessa sannfæringu án tilvísunar í trúarrit eða á grunni trúarupplifunar. Ef líknardráp yrði lögleitt gengi það í berhöggi við sannfæringu fjölda fólks í heiminum, líklega meirihluta jarðarbúa.

Gagnkvæmisrök (skaðleysisrök)

Þetta eru að mínu mati mikilvægustu rökin. Ekki er siðferðilega réttmætt að fara fram á við eina manneskju að hún deyði aðra. Það er óréttmæt beiðni sem gæti haft slæm sálræn áhrif á þann sem beiðinn er. Afleiðing slíkrar beiðni eða gjörð-

ar gæti einnig truflað mjög samband læknis og sjúklings, væri þessi möguleiki fyrir hendi (4). Ein viðurkenndasta regla heimspeki Vesturlanda er *Frelsisregla* breska heimspekingsins Johns Stuarts Mill. Hún kveður á um að réttmætt sé að gera það sem maður vill svo lengi sem maður skaðar ekki aðra. Það að vera krafinn um og að taka aðra manneskju af lífi tel ég geta verið skaðlegt fyrir lækninn og hans sálarheill. Einhver gæti sagt: „*þú segir bara nei*“. Ef líknardráp yrði lögleitt gæti orðið mjög erfitt fyrir lækni að synja sjúklingnum bónarinnar. Læknir vill allt fyrir sjúkling sinn gera og erfitt er að láta ekki undan þrýstingi.

Hvert er viðhorf íslensks læknis, Vilhelmínu Haraldsdóttur, sérfræðings í blóðsjúkdómum, sem lærði í Hollandi?: „*Ég held að það leggist mjög þungt á hollenska lækna að þurfa að hjálpa fólki að deyja á þennan hátt. Það stendur í hollensku lögnum og það megi ekki þvinga lækna til að fremja líknardráp og að þeir hafi ótvíræðan rétt til að neita. Á móti kemur að lækni getur liðið illa ef honum finnst hann vera að bregðast sjúklingi sínum og hann virði ekki ósk hans....Ég hefði aldrei getað tekið þetta hlutverk að mér en ég fylgdist með því hvernig slík ósk var borin fram og hvernig henni var framfylgt. Sú reynsla sannfærði mig ennfrekar um að þarna væru Hollendingar á rangri leið.*“ (2).

Höfuðröksemd þeirra sem vilja lögleiða líknardráp hringar sig um sjálfræði einstaklingsins og rétt hans til að deyjja. Gallinn við þessa röksemd er, eins og áður hefur komið fram, sú staðreynd að líknardráp tekur ekki bara til sjúklingsins sjálfs, sjúklingurinn þarf hjálp eða aðstoð til að deyjja. Eins og Vilhjálmur Árnason segir: „*Sjálfræði hinna deyjandi hlýtur einnig að takmarkast við þá valkosti sem heilbrigðisstarfsfólk getur varið með faglegum rökum....en það er reginhaf á milli réttar sjúklings til að hafna meðferð og réttar sjúklings til að panta meðferð.*“ (5). Ennfremur segir Vilhjálmur: „*Frelsið til að deyjja verður því að skilja neikvæðum skilningi, þannig að sjúklingur sé laus undan óréttmætum afskiptum heilbrigðisstétta, sem valda honum einungis böli og varna honum að deyjja, en ekki þannig að hann eigi tilkall til þess að vera sviptur lífi.*“ (6). Það er krafa um gæðarétt sjúklings að honum sé veitt þessi umdeilanlega þjónusta. Gæðarétturinn myndi leggja öðrum á herðar samsvarandi verknaðarskyldu, það er að deyða sjúklinginn. Að mínu mati er ekki hægt að leggja slíka verknaðarskyldu á nokkurn mann: „*það er rangt og villandi að rökraða réttmæti verknaðar af þessu tagi án þess að taka fullt tillit til beggja aðila. Rétt sjúklinga til að deyjja verður að vera hægt að tengja við skyldur lækna og hjúkrunarfólks og samrýma hann grundvallarábyrgð þeirra.*“ (7).

Forvígismenn líknardráps setja málið oft fram á þeim forsendum að geti sjúklingurinn ekki beðið um líknardráp þá fái hann engu um sinn dauða ráðið. En það gleymist að sjúklingar fá heilmiklu ráðið um það hvenær þeir deyja. Þeir geta hafnað meðferð þegar þeir vilja, hafnað næringu eða beðið um aukin verkjalyf og þar með hugsanlega flýtt dauða sínum innan þess kerfis sem nú er við lýði án þess að gera kröfur á aðra að deyða sig.

Siða- og starfsreglur lækna og hjúkrunarfræðinga

Líknardráp samræmist heldur ekki grundvallar siðferðis- og faglegum skyldum lækna. Þar er höfuðskylda að vernda lífið og virða það. Eftirfarandi segir Vilhjálmur Árnason um mögulega líknardrápslöggjöf. „*Mér virðist að slík löggjöf setji heilbrigðisstarfsfólk í óþolandi stöðu með því að ætla þeim að grípa til aðgerða sem hafa dauða sjúklinga gagnert að markmiði. Slíkt athæfi gengur gegn grundvallarlögmálum læknislistar og hjúkrunar eins og þau hafa mótast í langri sögu þessara starfsgreina.*“ (8). Líknardrápslöggjöf gæti því hæglega grafið undan trausti því sem borið er til starfstéttanna. Auk þess er það mikilvægt að starfsreglur séu tiltölulega einfaldar og reglur skýrar. Störfin eru alveg flókin fyrir og óæskilegt er ef of mörg vafaatriði eru í hverjum aðstæðum fyrir sig. Þetta segir Valgerður Sigurðardóttir, yfirlæknir á líknardeild Landspítalans, um líknardráp: „*Ég er alfarið á móti líknardrápi. Það er andstætt mínum hugmyndum um læknishlutverkið að ég eigi að deyða fólk. Ég lít ekki svo á að það eigi að vera raunverulegur kostur. Það hljóta að gilda sömu lög fyrir mig og alla aðra í þjóðfélaginu að það er saknæmt að taka líf.*“ (2). Hér er lýst skoðun læknis sem fæst einna mest við meðferð við lok lífs á Íslandi. En hver er vilji heilbrigðisstarfsfólks? Umræður í íslensku þjóðfélagi um líknardráp hafa verið af skornum skammti og aðeins ein íslensk könnun er til þar sem heilbrigðisstéttir eru spurðar um viðhorf sín þar að lútandi. Árið 1995 gerði Elsa B. Valsdóttir, þáverandi læknanemi, athugun þar sem spurt var um ýmis siðfræðileg álitamál er varða takmörkun meðferðar við lífslok og birtust niðurstöður í Læknablaðinu árið 1997. Í könnuninni var meðal annars spurt hvort viðkomandi teldi líknardráp réttlætanlegt undir einhverjum kringumstæðum. Sendur var spurningalisti til 184 lækna og 239 hjúkrunarfræðinga af Landspítala og Borgarspítala. Svör bárust frá 234 eða 55% þeirra sem voru spurðir. Þegar spurt var hvort líknardráp væri að þeirra mati réttlætanlegt undir einhverjum kringumstæðum svöruðu 5% lækna því játandi og 9% hjúkrunarfræðinga en einungis 2% svarenda

gátu hugsað sér að verða við slíkri ósk (3). Er þetta nokkuð afgerandi viðhorf gegn líknardrápi. Þó að rannsóknin sé ekki alveg ný af nálinni, má gera ráð fyrir því að viðhorf lækna séu enn í dag nokkuð svipuð.

Hvað segja Alþjóðasamtök lækna um líknardráp? Þau hafa svo sterklega verið á móti líknardrápi að það jaðrar við fordæmingu og hafa fulltrúar Hollands oft fengið það óþvegið á þingum samtakanna. Eftirfarandi tillaga var samþykkt á fundi Alþjóða-félags lækna í Divonne-les Bains, Frakklandi árið 2001:

„*Fram var borin tillaga frá norska læknafélaginu þar sem áréttað var álit Alþjóðafélags lækna í fyrri ályktunum að líknardráp væri undir engum kringumstæðum réttlætanlegt. Þessi ályktun var viðbragð samtakanna við nýsettum lögum í Hollandi sem leyfa líknardráp undir vissum, ströngum kringumstæðum og var hún samþykkt með öllum atkvæðum gegn atkvæði hollenska fulltrúans. Gagnrýnin sem fulltrúi Hollands fékk var svo ákveðin og hörð, að formaður stjórnarinnar sá ástæðu til að minna fulltrúa á að sýna hver öðrum kurteisi. Það er hins vegar staðreynd sem ekki er hægt að horfa framhá að hollenska læknafélagið var samþykkt setningu laganna og að umræða af þessu tagi á sér stað víðar í heiminum.*“ (9)

Sjaldgæf beiðni

Beiðni um líknardráp er sjaldgæf. Hví eiga óskir örfárra að hafa jafn mikil áhrif á alla hina? Að vissu leyti væri það minnihlutahópur sem kúgaði þá sem væru á annarri skoðun. Eftirfarandi segir Valgerður: „*Ég hef unnið við krabbameinlækningar í 15-20 ár. Ég hef meðal annars unnið með fólki í samtalsmeðferð sem á í miklum andlegum erfiðleikum vegna þess að það er komið með krabbamein. Stóran hluta af þeim tíma hef ég unnið með deyjandi sjúklingum og ég get samt talið þá sjúklinga á fingrum annarrar handar sem hafa sett fram þá ósk að þeim yrði hjálpað til að deyja.*“ (2). Hafa ber þó í huga að fjöldi beiðna til lækna um líknardráp ræðst að miklu leyti af því hvort það er löglegt eður ei og þeirri umræðu sem hefur farið fram í þjóðfélaginu hverju sinni.

Einstök tilfelli

Einstök tilfelli eru mikið notuð til að réttlæta líknardráp. Að mínu mati er vafasamt að álykta um of út frá þeim. Þessi tilfelli eru yfirleitt sérstök og „dramatísk“ þar sem mikil samúð skapast með sjúklingnum og aðstæðum hans. Auðvelt er að setja sig í spor sjúklingsins og hrífast með rökstuðningi hans. Þetta eru tilfelli þar sem líknardráp

á jafnvel rétt á sér. En með þeim er oft fundin almenn réttlætning á lögleiðingu þess. Hafa sumir höfundar haldið því fram að þau hafi leitt til þess að Hæstiréttur Bandaríkjanna heimilaði fylkjum landsins að ákveða hvort líknardráp yrði leyft í hverju ríki fyrir sig (4). Í kjölfar þessa var sjálfsvíg með aðstoð læknis (PAS) lögleitt í Oregon ríki (4). Að mínu mati er mjög varasamt að gera einstök tilfelli að stoð fyrir almennri reglugerð. En því miður er það leið lagakerfisins, að minnsta kosti í Bandaríkjunum. Einstök mál verða prófmál og almenn regla skapast út frá þeim. Þó að með laga-setningunni sé verið að vernda rétt sjúklingsins sem á í hlut getur reglugerðin sem af því skapast skert rétt mun fleiri aðila fyrir vikið.

Reynsla Hollendinga

Hvað með reynslu þeirra sem leyfa líknardráp? „*Pann 28. nóvember 2000 voru samþykkt á hollenska þinginu lög sem kveða á um refsileysi verði læknir við ósk sjúklings um að vera stytur aldur með skilyrðum um viðeigandi líkn (due care). Skilyrðin eru að læknirinn:*

- Sé sannfærður um að beiðni sjúklingsins sé sjálfviljug og ígrunduð,*
- sé sannfærður um að þjáning sjúklingsins sé viðvarandi og óbærileg,*
- hafi upplýst sjúklinginn um ástand sitt og horfur,*
- og sjúklingurinn séu sannfærðir um að engin önnur skynsamleg lausn er til á ástandi hans,*
- hafi ráðfært sig við að minnsta kosti einn annan, óháðan lækni sem hefur séð sjúklinginn og veitt skriflegt álit um skilyrði a.-d., og*
- stytta sjúklingnum aldur eða aðstoði hann við sjálfsvíg með viðeigandi líkn.“ (10).*

Gefnar hafa verið út tvær skýrslur í Hollandi árið 1991 og 1996 sem taka saman reynslu Hollendinga. Eftirfarandi kaflar er að stórum hluta byggður á þeim og tölur fengnar þaðan (11).

Aukning líknardráps og misbrestur tilkynninga

Í Hollandi hefur líknardráp aukist um nær helming á 5 árum frá 1990-1995 (12). Árið 1995 voru aðeins 41% líknardrápstilfella tilkynnt. Samráð við annan lækni var viðhaft í 99% tilkynnta tilfella en aðeins í 18% ótilkynnta tilfella. Af hverju var ekki haft samráð í þeim tilfellum sem ekki voru tilkynnt? Auðvelt er að álykta að eitthvað vafasamt eigi sér stað, a.m.k. er gefið tilefni til þess. Læknirinn sem framkvæmir líknardrápið er sá hinn sami og tilkynnir það til yfirvalda: því er hann einn til frásagnar. Því er ferlið ekki gegnsætt

og getur skapað það tortryggni. En líknardráp er ekki eingöngu einkamál læknis og sjúklings. Heldur ber lækninum að fylgja löggjöfinni og gæta að orðsþori fagstéttarinnar. Auk þessa voru þeir læknar í Hollandi, sem haft var samráð við, yfirleitt læknar sem störfuðu á sama stað og því má efast um hlutleysi þeirra. Í aðeins 7% tilfella voru þeir ósammála. Nánast aldrei var haft samband við sérfræðing í líknarmeðferð. Almennu eru menn sammála um að Hollendingar hafa verið seinir til að þróa líknar- og verkjameðferð. Þeir eru aðeins lítillaga farnir að tileinka sér hospice-hugmyndafræðina, en hún miðast að því að veita deyjandi sjúklingum læknismeðferð og aðhlyningu við hæfi og það getur ef til vill skýrt afstöðu þeirra til líknardráps. Í ljósi þessa má álykta að löggjöf þeirra stuðli ekki að frekari þróun líknarmeðferðar.

Erfitt mat. Hver ræður?

Helstu rökin fyrir líknardrápi byggja á rétti sjúklings til sjálfræðis. Samt er það læknir sem heimilar eða neitar. Því takmarkast sjálfræði sjúklingsins við sannfæringu læknisins. En ef sjálfræði sjúklings er talin höfuðröksemdin fyrir líknardrápi, getur læknirinn þá neitað sjúklingi um líknardráp? Hvað ræður afstöðu læknisins? Hollensk lög kveða á um að læknirinn meti hvort þjáningar sjúklings séu viðvarandi og óbærilegar. En erfitt getur verið að meta þjáningar annars einstaklings. Ein algengasta ástæðan fyrir höfnun á beiðni um líknardráp í Hollandi, er að lækni hafi ekki þótt þjáningar sjúklings vera nægjanlegar. Hver geta verið rök læknis fyrir því að þjáningarnar teldust ónógar, þegar þjáning sjúklings er fyrst og fremst huglæg tilfinning þess sem þjáist? Hvert verður áframhaldandi samband læknis og sjúklings, neiti læknirinn? Mun sjúklingurinn leita annað?

Fótfesturök

Í áður nefndum skýrslum kemur fram nokkuð sem virðist styðja hræðslu manna um að líknardráp sé ekki undir nógu góðri stjórn í Hollandi, að farið sé að beita líknardrápi á viðtækari forsendum en ætlað var í upphafi. eru þetta ein veigamestu rökin gegn líknardrápi og kallast fótfesturök (slippery slope) eða hin „hála braut“. Vísu þau til þess að menn hafi misst fótfestuna gagnvart upphaflegri áætlun og skilgreiningu á viðfangsefninu. Vitandi eða óafvitandi breytast viðmiðin. Þá fer að halla undan fæti og menn vakna síðar upp við vondan draum þegar þeir átta sig á ástandinu. Skýrum þetta nánar.

Í fyrsta lagi hefur ekki aðeins orðið mikil aukning á líknardrápi heldur í öðru lagi líknardrápi án beiðni sjúklings. Árið 1995 voru líf nú hundruð manna stytta án beiðni, þ.e. framkvæmt líknardráp án vilja (non-voluntary), sem er að mínu mati ekki líknardráp heldur dráp. Var hér yfirleitt um að ræða einstaklinga sem voru meðvitundarlausir. Það þýðir að einn af fimm sem líflátnir eru undir nafninu líknardráp hafa ekki beiðni um það. Í 40% þessara tilfella var ekki leitað álits annars læknis eins og lög gera ráð fyrir. Þetta eru sláandi niðurstöður.

Þó að aðeins fáir deyi með aðferðum líknardráps á hverju ári í Hollandi hefur löggjöfin víðari áhrif og svokölluðu gráu svæðin í kring verða stór. Er það nátengt föttesturökunum að ofan. Árið 1995 voru 3.200 tilfelli líknardráps en ef bætt er við tilvikum um aðstoðað sjálfsvíg, líknardrápi án vilja og aukinni verkjalyfjameðferð í þeim *tilgangi* að stytta líf þá tvöfaldast þessi tala í 6.500 manns. Ef bætt er við tilvikum þar sem meðferð er stöðvuð *vísitandi* eða ekki hafin *gagngert* til að stytta líf þá fer heildartalan upp í 24.500 tilfelli en líklega eru þau mun fleiri þar sem erfitt er að hafa yfirsýn yfir þessi mál. Ég held því ekki fram að öll þessi tilfelli séu líknardráp eða öll framkvæmd á vafsamömum forsendum. Þess í stað vil ég benda á að margt styður þá fullyrðingu að Hollendingar hafi misst föttestuna í þessum málum, a.m.k. að einhverju leyti. Þessi mikli fjöldi tilfella hlýtur að styðja þá skoðun að líknardráp sé ekki ávallt síðasta úrræðið eins og því er ætlað að vera, heldur sé oft gripið til þessa úrræðis of snemma eða jafnvel í tilvikum þar sem það á ekki við. Skýrslan sýnir því fram á að jafnvel þótt aðrir meðferðarmöguleikar séu fyrir hendi þá sé gripið til líknardráps. Þess má þó geta að samkvæmt nýjustu skýrslum virðist líknardráp vera undir betra eftirliti í Hollandi en áður.

Að þurfa að rökstyðja það að vilja lifa og skilaboðin sem felast í kostinum

Lögleiðing líknardráps getur haft í för með sér þá kröfu á sjúklinginn að hann þurfi að gera það upp við sig hvort hann vilji lifa, hann þurfi að réttlæta tilvist sína (13). Það að sjúklingur þurfi að rökstyðja löngun sína til að lifa er óréttmætt að mínu mati.

Valkosturinn um líknardráp getur einnig falið í sér skilaboð og þrýsting um að nýta sér möguleikann. Ef læknir sjúklings segir við sjúkling: „*hefur þú hugleitt líknardráp*“? Þá felur spurningin í sér hlaðin skilaboð, jafnvel þó að læknirinn hafi ekki ætlað að hvetja til líknardráps. Skilaboðin geta haft mjög truflandi áhrif á sjúkling sem annars

hefði kannski aldrei hugsað út í líknardráp. Líklega myndu fáir velja líknardráp, en með valkostinum þyrfti allur hinn stóri hópur deyjandi fólks að taka afstöðu með eða á móti lífinu. Jafnvel þó að sjúklingur ákveði að nýta sér ekki líknardráp getur hann þurft að fara í gegnum erfitt ákvarðanaferli vegna valkostsins sem er fyrir hendi.

Eru fleiri kostir nauðsynlega betri?

Stuðningsmenn líknardráps segja að líknardráp sé aðeins einn kostur eða valmöguleiki. Að mínu mati er það rangt að halda því fram að fleiri kostir séu ávallt betri. Vali fylgir ábyrgð og krefst það yfirvegunar sem getur reynst mjög erfið. Stundum getur verið verra að hafa fleiri kosti en færri. Krafa um sjálfræði og valmöguleika getur farið út í öfgar. Til þess að stunda fullkomið sjálfræði verður fólk að hafa getuna til að skilja kostina og geta yfirvegað þá. Hefur deyjandi fólk ávallt þessa getu? Er það ávallt í nógu góðu ástandi til þess? Svo er ekki að mínu mati.

Íþyngjandi upplifun

Hætt er við því að alvarlega veikt fólk upplifi sig sem byrði og vilji því léttu byrðinni af ættingjunum, jafnvel líti á dauða sinn sem gjöf (13). Sjúklingar geta sannarlega verið ættingjum sínum sálarlega eða fjárhagslega íþyngjandi. En þrýstingurinn að binda enda á lífið getur verið bæði ytri sem innri. Ytri þrýstingur frá öðru fólkum sem beinist að sjúklingnum og innri þrýstingur frá sjúklingnum sjálfum. Sigurður Árnason sérfræðingur í krabbameinlækningum segir: „*Ef krabbameinssjúklingnum finnst hann vera sínum nánustu mikil byrði þá er sú hugsun að farga sér hvorki óalgeng né óeðlileg. Spurningin er aðeins hvernig er unnið úr henni. Enginn þeirra sjúklinga, sem hafa rætt við mig um að stytta sér aldur, hefur haldið þeirri ósk til streitu eftir umræður. Segja má að þessi hugsun sé hluti af ferli sem mikið veikir einstaklingar ganga í gegnum en gengur langoftast yfir. Að grípa inn í þetta ferli og segja já við líknardrápi er eins og að fara út úr lest á ferð áður en komið er á áfangastað.*“ (2). Auk þessa getur sjúklingurinn viljað léttu byrðinni af lækningum. Heiðarlegar umræður við sjúklinginn eru því lykiltatriði og verður fjallað nánar um þær í síðari hluta ritgerðarinnar.

Röng greining

Þá er röng greining á atvikum einnig möguleg. Þesskonar atvik hljóta að grafa undan traustinu til lögleiðingar líknardráps. Þessi síðastnefndi

vandi kom glögglega í ljós í máli 67 ára gamallar hollenskrar konu árið 1981. Málavextir voru þeir að hún bað lækinn sinn að hjálpa sér að enda líf sitt vegna þess að læknisskoðun hafði leitt í ljós að hún var með krabbamein. Við krufningu kom hins vegar í ljós að þetta var ekki rétt. Læknir hennar hafði látið hjá líða að fá álit annars læknis á ástandi hennar eins og krafist er í hollensku reglunum um líknardráp. Hann framkvæmdi líknardráp á henni en var svo dæmdur í 6 mánaða fangelsi. (2). Að ofan kom í ljós hve stór hluti hollenskra lækna hafði ekki samráð við annan lækni þegar umræðan og ákvörðunin um líknardráp var tekin. Sérstaklega átti þetta við um ótilkynnt tilfelli sem gerir málið enn vafasamara.

Jafnræði til líknardráps

Hvað með jafnræði til líknardráps? Vissir læknar munu líklega ávallt verða viljugri en aðrir til að framkvæma líknardráp. Einnig er spurning hvort ákveðnir sjúklingahópar falli betur undir líknardrápshugmyndina? Á líknardráp betur við um krabbameinssjúklinga en taugasjúkling með taugavöðvahrörnun (MND) eða geðsjúkling með geðklofa? Tilteknir sjúkdómar gætu orðið útundan. Þetta sýnir enn frekar hve matið er erfitt ef líknardráp yrði lögleitt.

Forsendur líknardráps

Gott heilbrigðiskerfi er grundvallarforsenda líknardráps. Rökin fyrir líknardrápi reiða sig á það að heilbrigðiskerfið sé gott, þ.e. að líknardráp sé örþrifarád, síðasta úrræðið. Þetta er einnig skoðun fylgismanna lögleiðingar líknardráps. Líknardráp á aðeins að vera kostur þegar allt annað þrýtur, en því miður heyrir það frekar til undantekninga að gott heilbrigðiskerfi sé til staðar í heiminum. Margar þjóðir heims búa ekki yfir nógu góðri læknisþjónustu, heimahlynningu, geðþjónustu eða líknarmeðferð. Ef líknardráp yrði lögleitt, gæti skapast þrýstingur til að beita líknardrápi í fátækum löndum eða hverfum, á röngum forsendum. En góð líknarmeðferð kostar mikinn mannafla og fjármagn. Fæst lönd standa undir því. Í Bandaríkjunum einum eru yfir 37 milljónir íbúa án grunnheilbrigðisþjónustu. (4). Slæm læknisfræði og slæmt heilbrigðiskerfi geta því hæglega ýtt undir líknardráp. Í stað líknardráps ætti frekar að leggja áherslu á að bæta líknarmeðferð og heimahlynningu. Í raun og veru er líknardráp „lúxusvandamál“ því í flestum löndum heimsins er vöntun á grunnþjónustu það mikil að líknardráp er ekki til umræðu. Hafa sumir talað um „ofurmeðferð“ hinna deyjandi í þessu samhengi (14).

Samantekt

Að ofan hef ég tilgreint og útlistað fjölmörg rök gegn líknardrápi, en í grófum dráttum má flokka þau í fernt. Í fyrsta lagi er það trú margra að það sé rangt að taka líf undir öllum kringumstæðum. Í öðru lagi að það sé óréttmæt krafa að biðja aðra manneskju um að taka líf sitt; að þá kröfu sé ekki hægt að leggja á nokkurn mann. Þess utan samrýmist líknardráp alls ekki grundvallarstarfsreglum lækna og hjúkrunarfræðinga og gæti hæglega truflað meðferðarsambandið. Í þriðja lagi eru „empírísk rök“ þ.e. rök byggð á reynslu. Ég tel mig hafa sýnt fram á að líknardráp í Hollandi séu ekki undir nógu góðu eftirliti og bjóði heim misnotkun, sem líklega eigi sér þar stað. Í fjórða lagi eru rök sem eru skyld þeim þriðju: þó að líknardráp sé hugsanlega réttlætlanlegt í einstaka tilfellum, þá muni það leiða til misnotkunar vegna skilaboðanna og þrýstingsins sem kosturinn hefur í för með sér.

Svar mitt við kröfunni um líknardráp er líknarmeðferð, þar sem samræðan við sjúkling skiptir höfuðmáli. En svo að samræðan skili árangri verður hún að vera einlæg og opinská, sæmraðuvilji og samræðuhæfni umönnunaraðilans verður að vera fyrir hendi. Leiðir það okkur í síðara hluta greinarinnar.

II. hluti Líknarmeðferð og mikilvægi samræðunnar

Að mínu mati skiptir líknarmeðferð og aðgangur sjúklinga að henni höfuðatriði í umræðunni um líknardráp. Þetta er einnig álit flestra sérfræðinga sem um þessi mál fjalla (15). En aðeins lítill hluti deyjandi sjúklinga í Evrópu hefur aðgang að líknarmeðferð (14). Almenn nauðsyn er á því að bæta líknarmeðferð í heiminum.

Krafan um líknardráp tengist náið þeirri hugsun að ekki sé hægt að veita frekari meðferð. Þetta er röng hugsun. Jafnvel þótt ekki sé hægt að lækna sjúkdóminn er mikið hægt að gera fyrir sjúklinginn. Hin athafnasama læknisfræði nútímans er upptekin af lækningum. Tilhneiging er að áherslan á lækningu þáttinn beri þann líknandi ofurliði. Líknardráp er því e.t.v. að hluta svar við skefjalausti tæknihyggju nútímans. Ef tæknihyggjan lítur á dauðann nánast eins og sjúkdóm er sú hugsun vel skiljanleg. En það er vafasamt þegar tæknin snýst upp í skilyrðislaust boð um að framlangja mannlegt líf með öllum tiltækum ráðum. Við þessar kringumstæður „slítur raunvísindaleg og tæknisinnuð læknisfræði viðfangsefni sitt úr samhengi við þætti sem allt árangursríkt og réttlátt læknisstarf verður að taka mið af.“ (6).

Mikil framþróun hefur átt sér stað í líknarmeð-

ferð en hún er enn vannýtt og veldur því þekkingarleysi á henni sem meðferðarformi. Leggjá ber áherslu á það að líknarmedferð er mjög virk meðferð, en það vill kveða við, vegna þekkingarleysis, að fólk, jafnvel fagaðilar, halda að ekkert sérstakt sé að gert þegar líknarmedferð er viðhöfð. Notuð er öll læknisfræðileg og hjúkrunarfræðileg þekking til að bæta líðan einstaklingsins og til að hjálpa honum að lifa innihaldsríku lífi meðan hann lifir. Í líknarmedferð er megináhersla lögð á líðan sjúklingsins. Þar er horft heildstætt á sjúklinginn og reynt að taka tillit til þarfa hans í sem víðustum skilningi. Þar er sérstaklega reynt að sinna sálrænum og andlegum þörfum hans. Í líknarmedferð eru yfirleitt margir valkostir fyrir sjúklinginn og margt hægt að gera til þess að honum líði sem best. Þessi þjónusta krefst þó mikils tíma og orku.

Fylgismenn líknardráps segja gjarnan, að líknarmedferð sé nokkurskonar falið líknardráp. Því til stuðnings fullyrða þeir að morfín sé vísitandi gefið í þeim tilgangi að stytta lífið. En því er til að svara að í fyrsta lagi er það ekki gefið vísitandi til að stytta lífið. Í öðru lagi bendir fjöldi rannsókna til þess að morfín lengi líf frekar en hitt (16). Yfirleitt hafa lokastigssjúklingar verið lengi á morfíni og byggt upp töluvert þol gagnvart aukaverkunum lyfins. Auðvitað er hægt að flýta dauða ef óvarlega er farið. Reynsla margra lækna er þó sú að fólki líður mun betur á morfíni. Það slakar betur á, öndunin verður hagkvæmari, það eyðir minni orku í að erfða, en það verður auðvitað að nota lyfið rétt eins og öll önnur lyf. Ef óvarlega er farið getur morfín vissulega stýtt líf en óbærilegar líkamlegar þjáningar, sem eru ein helsta forsenda líknardráps, eru með aukinni þekkingu í verkjameðferð og líknarmedferð, mun sjaldgæfari en áður.

Munur á líknarmedferð og líknardrápi?

Forvígismenn líknardráps halda því gjarnan fram að ekki sé eðlismunur á líknarmedferð og líknardrápi (17). Með líknarmedferð sé aðeins verið að deyða fólk á hægari máta. Að mínu mati er þetta alröng hugsun. Í öðru tilfallinu er verið að líkna en í hinu er verið að deyða. Það er skýr munur á þeirri hugsun og þeim ásetningi sem að baki liggur. Þegar ásetningurinn er að deyða er væntanlega gefinn svo stór skammtur af viðkomandi lyfi að hann nægi til þess að dauðann beri fljótt að. Þegar ásetningurinn er að líkna er það aðalatriði meðferðarinnar. Það er því reginmunur á því hvort gripið er til aðgerða sem lina þjáningar með þeirri mögulegu afleiðingu að sjúklingurinn deyr eða hvort aðgerðin er vísitandi notuð til að deyða sjúklinginn. Ásetningurinn skiptir því höfuðmáli. Ef læknar gefa vísitandi skammta umfram það

sem þarf til að verkjastilla í þeim tilgangi að deyða, þá eru þeir að framkvæma líknardráp. Á hinn bóginn er ekki er rétt að halda því fram að það sé leynilega verið að drepa fólk með líknarmedferð þegar tilgangurinn er að lina þjáningar.

Mikilvægi samræðunnar

Samræður auðvelda sjúklingi að tjá vilja sinn og rækta sjálfræði sitt. En hverjar eru forsendur árangursríkra og siðferðilegra samræðna læknis og sjúklings? Það eru fyrst og fremst tveir mannlegir eiginleikar, annars vegar *samræðuvilji* og hins vegar *samræðuhæfni*. Vilhjálmur Árnason lýsir þessu þannig: „*Með samræðuvilja á ég við vilja til þess að taka þátt í samræðum og lúta lög- málum þeirra, að tjá sig og hlusta á aðra, og með samræðuhæfni á ég í þessu tilviki við getu til þess að geta gefið af sér, verið heiðarlegur og einlægur og geta sett sig í spor annarrar manneskju. Þetta eru hvort tveggja eiginleikar eða mannkostir sem allir hafa eða ættu að geta tileinkað sér og til þess er iðkun samræðna bezta leiðin. Þessum markmiðum verður þó ekki náð nema fólk gefi sér þann tíma sem eiginlegar samræður krefjast.*“ (6).

Almennt held ég að ekki hafi verið lögð nógu mikil áhersla á að komast að ástæðum þess að einhver kjósi að deyja. Beiðnin um að fá að deyja kallar á samræðu og er í raun ákall á samræðu. Ef ákallinu er svarað og sjúklingi hjálpað þá hverfur oftast löngunin. Algengast er að beiðnin sé vegna einhvers sem hægt er að lækna eða lina t.a.m. verkir eða þunglyndi. Könnun á ástæðum beiðninnar er því nauðsynleg. Læknar verða að gefa sér tíma í að kanna þessar ástæður þó það geti verið erfitt og tímafrekt. Best er að læknir sjúklings geri það, en ef hann telur sig ekki geta það verður að fá sérfróðan aðila, t.d. geðlækni eða sálfræðing í málið. Í samræðunni er mikilvægt að láta sjúklinginn ekki upplifa skömm vegna beiðni sinnar. Ekki gengur að hefja eða ljúka samræðum með valds- mannslegum tón og segja: „*veistu ekki að þetta er ólöglegt í þessu landi, þú getur ekki beðið mig um að drepa þig.*“

Hér verða heiðarleg samskipti að eiga sér stað. Innilegar samræður þar sem hlustað er vel á sjúklinginn og að hann látinn finna fyrir andlegum og tilfinningalegum stuðningi, þ.e. hluttekningu umönnunaraðilans. Taka verður tillit til óska sjúklingsins og þeirrar kröfu að hann sé virtur sem manneskja, því á þessu stigi upplifir sjúklingur sig oft varnarlausan, hjálparvana og finnst sjálfræði sínu ógnað. Hinn sjúki verður að upplifa stjórn að einhverju leyti, en ekki firringu. Að tapa stjórninni er afar óþægileg tilfinning. Aukin verkaskipting á sjúkraföndunum má ekki leiða til þess að heil-

brigðisstarfsfólk sýni ekki þessa nauðsynlegu hluttekningu vegna þess að „það er ekki innan þess verkahringis“.

Fólk vill hafa stjórn á lífi sínu. Við mikil veikindi hefur sjúklingur jafnvel tapað að miklu leyti stjórninni yfir lífi sínu. Þá er kannski það eina sem hann sér möguleika á að stjórna, þ.e. hvernær og hvernig hann deyr. Margir sjúklingar finna huggun í því að vita að þeir geti drepð sig þegar þeir vilja. Þekkt eru mörg dæmi þar sem sjúklingar sanka að sér lyfjum en nota þau aldrei. Eigi að síður upplifa þeir stjórn við þær aðstæður. Góð og merkingarbær samræða við lækni gæti komið sjúklingnum í skilning um að hann stjórnar fleiru en dauðanum. Hann stjórnar meðferðinni í samráði við lækinn.

Lokaorð

Þegar sjúklingur kemur fram með beiðni um að deyja á svarið ekki að vera einfalt já eða nei. Að svara beiðninni tafarlaust neitandi skilur hann eftir í órvæntingu sinni. Að svara fyrirvaralaust játandi, kannar ekki ástæðurnar. Líta ber á beiðnina sem möguleika fyrir djúpar og merkingarbærar samræður. Sjúklingurinn er í órvæntingu sinni að kalla á samræðu og hann gerir það á þennan máta. Ég leyfi mér að fullyrða að fáir biðja um að láta deyða sig nema í órvæntingu. Beiðnin um líknardráp kann að hljóma rökrétt í fyrstu en yfirleitt ekki þegar búið er að kanna hvað á bakvið hana liggur (18). Í raun og veru á hið lögfræðilega umhverfi ekki að hafa áhrif á samræðumöguleikann. Hvort sem líknardráp er löglegt eður ei, eiga merkingarbærar samræður að fara fram undir þessum kringumstæðum.

Þó að góð líknarmeðferð sé í raun svar mitt við beiðninni um líknardráp þá væri það óskhyggja að halda að hún gæti afmáð alla þjáningu. Með líknarmeðferð er leitast við að skapa sjúklingnum og fjölskyldu hans eins mikil lífsgæði og kostur er en þjáningin verður þó ávallt hluti af því að vera manneskja. Því verður ekki breytt. Í þessu samhengi vil ég að lokum vitna í Valgerði Sigurðardóttur lækni: „Ég hef stundum velt því fyrir mér hvort krafan um líknardráp sé ekki færð fram vegna þess að einstaklingurinn vilji má burtu erfiðleika, þjáningu og sorg sem fylgir því að vera manneskja. Þjáningin er hluti af lífinu og með því að upplifa hana höfum við möguleika á að þroskast. Nútímamaðurinn virðist stundum gleyma margbreytileika lífsins og hefur tilhneigingu til að vilja einfalda hlutina og telur sig geta haft mikla stjórn á lífi sínu og umhverfi. En er okkur ekki fremur ætlað að lifa með þjáningunni og finna leiðir til að vinna úr henni?“ (2).

Þakkir

Vill höfundur þakka kærlega annars vegar heimspekingunum Vilhjálmi Árnasyni og Salvöru Nordal og hins vegar læknum Valgerði Sigurðardóttur, Hauki Hjaltasyni, Kjartani Örvar, Gunnari Valtýssyni og Ögmundi Bjarnasyni fyrir gagnlegar ábendingar.

Heimildir

- Morgunblaðið 5. maí 2001.
- Einarsdóttir H. „Kemur dauðinn þegar hann vill?“ Morgunblaðið 4. febr. 2001, bls 10-16.
- Valsdóttir E.B, Jónsson P.V, Árnason V, Helgadóttir H. „Siðfræðilegir þættir við takmörkun meðferðar við lok lífs“ Læknablaðið 1997; 83: 92-101.
- Arras D. John. „Physician-Assisted Suicide: A Tragic View“, Beauchamp, Tom L. og Walters, LeRoy (ritstj.). Contemporary issues in Bioethics, 6th ed. Thomson publishing 2003. 3 kafli Life and Death, bls. 225-34.
- Árnason V. Siðfræði lífs og dauða Reykjavík: Rannsóknarstofnun í siðfræði. 2003, bls. 295.
- Árnason V. „Deyðu á réttum tíma. Siðfræði og sjálfræði í ljósi dauðans“, Skírnir 164 (haust 1990), 288-316.
- Árnason V. Siðfræði lífs og dauða Reykjavík: Rannsóknarstofnun í siðfræði. 2003, bls. 267-313.
- Sama rit 299.
- Snædal J, Sveinsson S, Zoega T. Læknablaðið 6.tbl. 87 árg. 2001.
- Árnason V. Siðfræði lífs og dauða Reykjavík: Rannsóknarstofnun í siðfræði. 2003, bls.297.
- Maas PJ van der et al. „Euthanasia and other medical decisions concernig the end of life.“ Amsterdam: Elsevier, 1992 og Wal G van der, Maas PJ van der. „Euthanasia and other medical decisions concernig the end of life. Practice and reporting procedure.“ Den Haag: SDU uitgevers, 1996.
- Jochemsens H and Keown J. „Voluntary Euthanasia under Control? Further Empirical Evidence from the Netherlands“, Beauchamp, Tom L. og Walters, LeRoy (ritstj.). Contemporary issues in Bioethics, 6th ed. (Thomson publishing 2003) 3. kafli Life and Death, 235-40.
- Velleman, J. David „Against the Right to Die“, Hugh LaFollette (ritstj.), Ethics in Practice (Blackwell 2002), 32-39.
- Callahan D. Setting limits: Medical Goals in an Aging Society with “a Response to my Critics”. 1995. Washington DC. Georgetown University Press.
- Henk ten Have, Clark D (ritstj.) The ethics og palliative care. European perspectives. Open University Press, Philadelphia, 2002.
- Sykes N, Thorns A. „The use of opioids and sedatives at the end of life“. The Lancet Oncology. Vol 4. May 2003: 312-17. 314.
- Orentlicher D. „The Supreme Court and Physician Assisted Suicide- Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia.“ N Engl J Med 1997; 337:1236-9.
- Battin MP. „Rational suicide: how can we respond to a request for help?“ JAMA. 1991;12:73-80 .

Aðrar heimildir

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994:326
- Badger LW, deGruy FV, Hartman J, et al. „Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians.“ Psychosom Med. 1994;56:128-135
- Beauchamp, Tom L. og Childress, James F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press. 5. útgáfa 2001. 4 kafli.
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison G. „Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation.“ Am J Psychiatry. 1985;142:559-563.
- Block SD, Billings JA. „Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness: the role of the psychiatrist.“ Psychosomatics. 1995;36:445-457
- Breitbart W. „Cancer pain and suicide.“ Adv Pain Res Ther. 1990;16:399-412.
- Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD. „Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients.“ Am J Psychiatry. 1996;153:238-242.

Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. „Desire for death in the terminally ill.” *Am J Psychiatry*. 1995;152:1185-1191.

Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. „‘Are you depressed?’ screening for depression in the terminally ill.” *Am J Psychiatry*. 1997;154:674-676.

Eisenberg L. „Treating depression and anxiety in primary care: closing the gap between knowledge and practice.” *N Engl J Med*. 1992;326:1080-1084.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. „Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences among oncology patients, oncologists, and the general public.” *Lancet*. 1996;347:1805-1810.

Ganzini L, Fenn DS, Lee MA, Heintz RT, Bloom JD. „Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide.” *Am J Psychiatry*. 1996;153:1469-1475.

Ganzini L, Lee MA, Heintz RT, et al. „The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy.” *Am J Psychiatry*. 1994;151:1631-1636.

Goldstein WN. „Clarification of projective identification.” *Am J Psychiatry*. 1991;148:153-161.

Lee MA, Nelson HD, Tilden VP, et al. „Legalizing assisted suicide: views of physicians in Oregon.” *N Engl J Med*. 1996;334:310-315.

Materstvedt L.J, Clark D, Ellershaw J, et al. „Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force.” *Palliative Medicine* 2003; 17: 97-101.

McKeogh M. „Physician-assisted suicide and patients with HIV disease.” *N Engl J Med*. 1997;337:56.

Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MWJ, et al. „Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study.” *Psychol Med*. 1990;20:909-923.

Roter DL, Hall JA. „Strategies for enhancing patient adherence to medical recommendations.” *JAMA*. 1994;271:80.

Schulberg HC, Saul M, McClelland M, et al. „Assessing depression in primary medical and psychiatric practices.” *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:1164-1170.

Sherbourne CD, Wells KB, Hays RD, et al. „Subthreshold depression and depressive disorder: clinical characteristics of general medical and mental health specialty outpatients.” *Am J Psychiatry*. 1994;151:1777-1784.