Örebro Universitet
Akademin för Juridik, Psykologi och Socialt arbete
Juristprogrammet
Examensarbetet
2011-03-10

Aktiv dödshjälp

- en studie de lege lata och de lege ferenda

Namn: Payam Hatami
Handledare : Jan Melander

Sammanfattning

Modern teknik och nya medicinska rön inom den högspecialiserade vård vi har idag har möjliggjort att människor numera kan leva längre trots svåra sjukdomar och diagnoser. Någonting som med rätta, många gånger, hälsats med glädje. Tryggheten ska alltid ha en plats i vården. Som patient ska man alltid kunna vara förvissad om att man får all den hjälp som står till buds, men även den mest förfinade teknik och medicin har sina begränsningar och kan upplevas som otillräckliga för den som befinner sig i en mycket utsatt situation.

Det är förståeligt att det finns de som inte vill fortsätta leva utan ser döden som en befriare, om man befinner sig vid vägs ände och ställs inför fullbordat faktum. Frågan om rätten att få dö, aktiv dödshjälp, blir synlig i debatten med jämna mellanrum. Under våren 2010 aktualiserades frågan på nytt i Sverige. Att själv på egen hand avsluta sitt liv betraktas av många som kontroversiellt och åsikterna för och emot är starka från båda sidor. Synen på dödshjälp har förändrats genom tidens gång. Åsikterna har ofta sitt ursprung i religion eller kultur. Historien visar på olika förhållningssätt till synen på självmord eller dödshjälp. I Sverige fanns en mera tillåtande inställning till dödshjälp och självmord men med kristendomens inträde kom skam och skuld att förknippas med begreppen och totalförbud blev följden. Fortfarande utgör religiösa värderingar ofta grunden för våra ställningstaganden men inte i samma utsträckning som tidigare. Idag ser det annorlunda ut, suicid och medhjälp till suicid är tillåtet. Men den som berövar annan livet döms för mord eller dråp enligt 3:1 & 2 BrB. Detta eftersom vår rättsordning inte fullt ut accepterar den enskildes rätt att bestämma över sin kropp.

Självbestämmanderätten har dock fått större betydelse än tidigare i så motto att den enskildes uppfattning om sin situation och sina behov ska ha avgörande betydelse. I grundlagen ges patienten skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp och den framhåller också vikten av respekt för människors rätt att bestämma över sin person och sin kropp. Den offentliga rätten ska utövas med respekt för den enskilda människans frihet och värdighet. Likt många med mig har jag reagerat på det i mitt tycke inhumana att tvinga lidande människor att utstå smärta till den grad att de tvingas till ett liv de inte vill leva. Det finns av naturliga skäl en motsättning i ambitionen att skydda och bevara människoliv och samtidigt visa respekt för den enskildes rätt att bestämma över sin kropp och sitt privatliv. Det avspeglas också inom vården där den huvudsakliga uppgiften är att återställa hälsa och rädda liv, men också att lindra lidande och efterkomma patientens önskemål. Som helhet är frågorna om aktiv dödshjälp komplexa och svaren inte alltid självklara eller entydiga. För att undersöka om det finns en möjlighet till aktiv dödshjälp i Sverige krävs det att se över vad som står till buds i gällande rätt. Därför är det av vikt att analysera grundlagen, Europakonventionen, hälso- och sjukvårdslagstiftningen, brottsbalken och den komparativa rätten. Skulle det visa sig att det inte är möjligt enligt gällande rätt, är det av intresse att kontrollera vilka förändringar som måste till för en legalisering. Om inställningen till aktiv dödshjälp i olika former kommer att förändras och vilken form debatten tar får framtiden utvisa. Jag har i min uppsats försökt ge uttryck för de tankar och åsikter som bär mig i denna komplicerade fråga.

Innehållsförteckning

Sammanfattning **2**

Innehållsförteckning **3**

Förkortningar **5**

1. Inledning **6**
1.1 Introduktion 6
1.2 Syfte 7
1.3 Frågeställning 7
1.4 Metod och material 8
1.5 Avgränsning 9

2. Aktiv dödshjälp **10**
2.1 Inledning 10
2.2 Historia – hur har synen på dödshjälp förändrats? 10
2.2.1 Förkristen tid 10
2.2.2 Kristen tid 11
2.2.3 Sekularisering, liberalisering och industrialisering 11

3. Skillnaden mellan aktiv och passiv dödshjälp **13**
3.1 Aktiv och passiv dödshjälp 13

4. Grundlagen **17**

5. Gällande rätt enligt Europakonventionen. **20**

6. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen. **25**

7. Hur påverkar aktiv dödshjälp ansvarsfrihetsgrunderna? **33**
7.1 Vad gäller enligt gällande rätt? 33
7.2 Vad gäller enligt de objektiva rekvisiten? 33
7.3 vad gäller enligt de subjektiva rekvisiten? 34
7.4 Vad gäller enligt rekvisiten försök och förberedelse? 35
7.5 Vad gäller enligt rekvisitet ansvarsfrågan? 36
7.6 Vad gäller enligt rekvisitet ansvarsfrihet? 38
7.7 Vad gäller enligt samtycke som grund för ansvarsfrihet? 39
7.8 Vad gäller enligt rekvisitet straffnedsättning 42

8. Den komparativa rätten **45**
8.1 Vilka åtgärder tillåts? 46
8.2 Hur ser verklighetsbilden ut? 47
8.3 Hur ser utvecklingen ut? 49

9. Förslag – De lege ferenda **52**
9.1 Inledning 52
9.2 Positiva argument 54

9.3 Mitt förslag på aktiv dödshjälp 55

Källförteckning 63

Förkortningar

BrB	Brottsbalken (1962:700)
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
dir.	Direktiv
EKMR	Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
EU	Europeiska unionen
EU-domstolen	Europeiska unionens domstol (tidigare europeiska gemenskapens domstol).
HD	Högsta domstolen
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
LYHS	Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv, avdelning I
Prop.	Regeringens proposition
RF	Regeringsformen (1974:152)
SOL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOU	Statens Offentliga Utredningar
SvJT	Svensk Juristtidning

1. Inledning

1.1 Introduktion

Min uppsats handlar om aktiv dödshjälp. Mitt intresse för ämnet väcktes i och med den debatt som förekommit i olika media. Intensiteten i diskussionerna avslöjade att det fanns olika aktörer, flera med skilda åsikter och tänkesätt, var och en förfäktande sina argument. Med hjälp av examensarbetet vill jag därför fördjupa mig i ämnet då jag framförallt vill se var juridiken står i frågan. Finns det en möjlighet till legalisering av aktiv dödshjälp eller är det bortom gällande rätt. Jag hämtar inspiration i första hand från de traditionella rättskällorna och för att få ytterligare en dimension på mitt arbete ska jag kontakta två läkare för att få synpunkter sedda ur ett medicinskt perspektiv. Jag hämtar även material från olika media. Där aktualiseras de senaste förändringarna, bland annat visar undersökningar att svenska folket har en positiv attityd till aktiv dödshjälp. Det finns en förståelse för, som det uppfattas, det inhumana att människor mot sin vilja tvingas leva vidare och även då behöva utstå smärta och lidande. Jag är av samma uppfattning och i uppsatsen vill jag ge uttryck för mina synpunkter i ämnet och visa på en möjlig lagförändring. Därför har jag tagit fram ett förslag och hoppas att det ska bidra till ett nytänkande.

Frågeställningen kommer att vara baserad på det så kallade Hedebyfallet (NJA 1979 s. 802). Det handlar om en man, Sven-Erik H, nästan helt förlamad på grund av sjukdomen multipel skleros. Hans rörelseförmåga var så begränsad att han var tvungen att matas. Tillståndet var ändå inte så allvarligt att livsuppehållande behandling hade påbörjats. Han vände sig till en Berit Hedeby för att få hjälp att begå självmord då han inte ville komma i det stadiet att han skulle tvingas till långtidsvård på sjukhus. Hedeby gav honom höga doser barbitursyra och insulin. För detta dömdes hon till dråp. (Se mer om fallet på sida 41). Efter diskussioner med två läkare, vilka nämns i metod och material, har jag fått förklarat för mig att en viss kategori av människor är speciellt utsatta. Det gäller framförallt personer i en liknande situation som Sven-Erik H i Hedebyfallet, det vill säga personer som är förlamade men som inte har andningsproblem och inte är kopplade till respirator. Därför kommer frågeställningen att ha sin grund i dessa människors situation.

Det finns i nuläget människor i Sverige som av särskilda orsaker önskar avsluta sina liv, men i den situation de befinner sig i behöver de hjälp med utförandet. Det vill säga få aktiv dödshjälp. Det finns också de som är beredda att ge den hjälpen, men aktiv dödshjälp är inte tillåtet i vårt land. Förklaringen till förbudet har troligen sin grund i att döden i sig ses som ett svårt och känsligt ämne. Att ta ställning i vad som kan anses rätt eller fel är naturligtvis komplicerat och det kan vara en förklaring till att det saknas riktlinjer i frågan. Politiker, jurister och läkare deltar inte med självklarhet i debatten utan har valt den till synes enklaste vägen att inte uttrycka sig i klara verba.

Det ska bli intressant att redovisa det här ämnet. Jag har mötts av många som

är intresserade och gärna pratar länge i en diskussion om aktiv dödshjälp. Många är av den åsikten att om någon vill ha dödshjälp då ska den personen få den hjälp den behöver. Med tanke på självbestämmanderätten borde patienten kunna vända sig till en läkare för att få hjälp. Tillsammans borde de kunna komma på en bra lösning, i vissa fall kan det finnas möjlighet till andra alternativ exempelvis psykologisk behandling. Ett argument som jag ofta möts av är att aktiv dödshjälp förmodligen för med sig konsekvenser, exempelvis kan patientens förtroende för läkare komma att påverkas och förhållandet dem emellan rubbas. Det kan också ha en inverkan på sjukvårdens resursanvändning. Aktiv dödshjälp skulle ur ett krasst ekonomiskt perspektiv kunna anses som ett billigare alternativ än äldreomsorgen och denna skulle då kunna få en annan utveckling. Av den anledningen ska det bli intressant att undersöka den komparativa rätten. Genom att analysera lagstiftningen i de länder där aktiv dödshjälp är tillåtet kommer en klarhet att nås i problematiken och de olika påståendena.

1.2 Syfte

Idag är det möjligt för patienten att neka till fortsatt eller påbörjad livsuppehållande behandling. Syftet med uppsatsen är att belysa detta men även att gå ett steg längre för att hjälpa de patienter som inte har en möjlighet att tacka nej till vård. Det finns exempelvis patienter som är totalförlamade, men inte beroende av livsuppehållande medel såsom respirator. Vidare handlar det om människor som fått beskedet att de har en begränsad tid kvar att leva, det kan handla om allt ifrån månader till år. Svårt cancersjuka eller personer i en liknande situation som Sven Erik H i Hedebyfallet kan ses som exempel på detta. Därför kommer frågeställningen framförallt vara baserad och ses utifrån deras situation. Syftet är även att belysa hur gällande rätt, de lege lata, ser ut och hur utvecklingen har förändrats med tiden. Att ämnet har uppmärksammats den senaste tiden är bevis på att det bör ske en utveckling, förbättring eller förändring. För att nå detta krävs värdefulla åsikter och en fortsatt debatt där alla, inte bara sakkunniga, ska vara med och tycka till. Avslutningsvis har jag till syfte att ge min syn på hur en framtida lagstiftning, de lege ferenda, av aktiv dödshjälp skulle kunna utföras och se ut.

1.3 Frågeställning

Som tidigare nämnts är min frågeställning baserad på det så kallade Hedebyfallet, men för att kunna nå uppsatsens syfte ska även följande beaktas. Synen och inställningen till dödshjälp har historiskt sett genomgått en utveckling och förändring. Olika omständigheter har påverkat människors sätt att tänka och förhålla sig till den problematik som ryms inom begreppet. Genom att synliggöra förhållningssättet som tagit sig olika uttryck genom tidens gång vill jag visa varför vi tänker som vi gör. Att vi söker förändringar har en historisk bakgrund. Med gällande (straff)rätts skarpa åtskillnad mellan passiv och aktiv dödshjälp, passiv dödshjälp är en tillåten handling, blir det självfallet en central fråga att närmare avgöra vad som ligger i begreppen aktiv och passiv dödshjälp. Som vi skall se är denna åtskillnad inte alltid enkel att göra. Med tanke på grundlagens hierarkiska ställning är det naturligt att börja

där för att se om den innehåller bestämmelser som möjliggör eller begränsar en legalisering. Eftersom Europakonventionen utgör en del av gällande rätt i svensk lag sedan 1995 är det av intresse att belysa vad som sägs där om aktiv dödshjälp. Efter att ha förklarat vad som gäller enligt Europakonventionen bör det klargöras hur hälso- och sjukvårdslagstiftningen förhåller sig till aktiv dödshjälp, då hälso- och sjukvårdslagstiftningen utgör lex specialis. Frågan är om patienten har rätt till aktiv dödshjälp och om så inte är fallet söker jag svar på vilka rättigheterna är. Genom att granska ansvarsfrihetsgrunderna får jag fram de straffrättsliga omständigheterna som är väsentliga i sammanhanget. Detta för att se hur ansvarsfrihetsgrunderna påverkas av aktiv dödshjälp och om det kan vara tillåtet under några som helst omständigheter eller om det saknar betydelse. För att få en så bred bild som möjligt vill jag även se hur inställningen till aktiv dödshjälp ter sig internationellt, det vill säga det som utgör komparativ rätt. Jag ska undersöka lagstiftningen i de länder där aktiv dödshjälp är tillåtet för att se om det påverkar svensk lagstiftning. Påverkas den svenska befolkningen av detta och i så fall hur? I sammanhanget är det av intresse att belysa om de olika rättsområdena är eniga eller om de betraktar ämnet på olika sätt. Avslutningsvis kommer jag att förklara min ståndpunkt och även ge ett förslag till förändring vad gäller aktiv dödshjälp.

1.4 Metod och material

Rättsdogmatisk metod kommer till viss del att ligga till grund för den här uppsatsen, vilket innebär att tolka och systematisera gällande rätt. Den rättsdogmatiska metoden har använts vid utredning, bearbetning och analyser av problematiken. Viss källa är hämtad från medicinsk vetenskap, där texten många gånger författats av jurister. Uppsatsen behandlar även rättshistoria och rättssociologiska arbetsmetoder. I uppsatsen har även en komparativ studie använts, där fokus har legat på länder med legaliserad aktiv dödshjälp. Dessa metoder ligger till grund för hur en de lege ferenda lagstiftning skulle kunna se ut.

I intervjuer av samtalskaraktär med Izis Seric allmänläkare Lindesbergs vårdcentral och Gunnar Bergentz klinikchef ortopedkliniken USÖ Örebro har jag tagit del av deras kunskap och erfarenhet i den problematik som aktiv dödshjälp innebär. Deras inställning till hur de bemöter och handlar i sin yrkesroll gav mig en inblick och en ökad förståelse i de svårigheter som förekommer men också en tilltro till att läkare alltid söker handla med syfte för patientens bästa. Samtalsmaterialen har inte använts i uppsatsen då dessa inte kan ge samma dignitet som traditionella rättskällor. Syftet med samtalen har istället varit till för att ge mig en djupare insikt i ämnet eftersom aktiv dödshjälp innebär mycket mer än bara juridik. Förutom mina juridiska kunskaper behövdes den medicinska kunskapen och insikten vid framtagningen av lagförslaget och frågeställningen.

Med tanke på hur aktuellt ämnet varit den senaste tiden har jag också använt mig av visst material från den debatt som förs i olika media. Även om detta inte kan ha samma dignitet som traditionella rättskällor speglar det ändå på sätt och vis hur historien förändras vilket jag ser som ett värde.

1.5 Disposition och avgränsning

Första delen av uppsatsen innehåller en kort historisk bakgrund med förklaringar på hur synen på dödshjälp har förändrats och vilka omständigheter som orsakat förändringen. I andra delen definieras begreppen aktiv och passiv dödshjälp, där även skillnaden dem emellan beskrivs. Dock kommer fokus att ligga på aktiv dödshjälp. Vidare påvisas det att passiv dödshjälp, till skillnad från aktiv dödshjälp, är tillåtet i Sverige. Den juridiska aspekten tar sin början redan i andra delen men tyngdpunkten finns i del tre och framöver. I den tredje delen förklaras hur grundlagen, de grundläggande fri och rättigheterna, förhåller sig till aktiv dödshjälp. Avsnittet tar även upp den offentliga maktens skyldigheter gentemot privatpersoner samt de bestämmelser som har betydelse för patientens självbestämmanderätt. I den fjärde delen är Europakonventionen i fokus. Framförallt beskrivs bestämmelserna enligt mänskliga rättigheter men även Socialstyrelsens senaste ändringar. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen återfinns i den femte delen. I avsnittet presenteras en helhetsbild där de relevanta bestämmelserna enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen presenteras. Bland annat beskrivs patienternas rättigheter, patientens rätt att tacka nej till vård och barnperspektivet. I sjätte delen behandlas de relevanta bestämmelserna enligt brottsbalken där vikten ligger i ansvarsfrihetsgrunderna samt bestämmelserna enligt försök, förberedelse, stämpling och medverkan till brott. Jag förklarar varje grund var för sig och klargör gällande rätt. För att ge en bredare och djupare studie av aktiv dödshjälp kommer den komparativa rätten att presenteras i sjunde delen. Här kommer jag att beskriva vilka länder som tillåter aktiv dödshjälp, vad som skiljer länderna åt, hur legaliseringen har påverkat samhället, vad det har haft för påverkan i Sverige. Den åttonde och avslutande delen består av egna kommentarer sedda ur ett kritiskt perspektiv angående argumenten mot aktiv dödshjälp. Jag förklarar även fördelarna med en legalisering av densamma och avslutar delen med ett eget förslag, på hur aktiv dödshjälp skulle kunna fungera i Sverige och ett de lege ferenda-resonemang.

I uppsatsen har jag begränsat mig till att inte behandla ämnet passiv dödshjälp, begreppet kommer endast att förklaras kort. Detta eftersom uppsatsens tyngdpunkt ligger på aktiv dödshjälp som innebär läkarassisterad dödshjälp, läkarassisterat suicid, eutanasi, livstestamente och medhjälp till självmord. Livstestamente kommer heller inte att behandlas, fokus kommer istället att ligga på läkarassisterad dödshjälp, läkarassisterat suicid, eutanasi och medhjälp till självmord. Olika religioners och kulturers synsätt på döden och dödshjälp har inte heller tagits i beaktande.

Patientsäkerhetslag (2010:659) har ersatt, 2011-01-01, Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Jag kommer att förhålla mig till LYHS, eftersom informationen kring patientsäkerhetslagen är begränsad. Däremot kommer jag att övergå till patientsäkerhetslagen då mitt förslag bygger vidare på gällande rätt.

2. Aktiv dödshjälp

2.1 Inledning

Det sägs ofta att döden är en del av livet och det är självklart sant. Vi lever i ett terapisamhälle där intresset för förhållningssätt, livsbetingelser och livsstilar skapat en lukrativ marknad för dessa ämnen. Att människan är livsbejakande och har fokus på livet är fullt förståeligt. Om vi i större utsträckning, än vad som nu är fallet, vågade oss på att se döden som det naturliga avslut på livet som den är skulle kanske också livet vi lever värderas högre på ett annat sätt.

I det gamla bondesamhället och långt in på 1900-talet levde generationerna tillsammans i stor utsträckning. Döden var då mera en naturlig del av livet, fruktad eller välkomnad, då människor för det mesta dog hemma bland de sina. Idag har vi ett avstånd till döendet och döden eftersom de flesta svårt sjuka eller döende vårdas och dör på sjukhus. Vi har inte möjlighet och kan eller vill inte av olika anledningar ta en lika aktiv del i vården och omsorgen av de sjuka som tidigare. Som anhörig eller på annat sätt närstående kan vi besöka eller vaka hos den döende men vi kan också lämna eller avstå från besök med vetskapen att de ändå får vård och omsorg. Den sjuke måste vara kvar i den utsatta situationen.[1]

2.2 Historia - hur har synen på dödshjälp förändrats?

2.2.1 Förkristen tid

Det viktigaste källmaterialet från förkristen tid i Norden är dels isländska dikter och sagor, men även arkeologiskt material såsom gravfynd. Suicid var inte förbjudet i det isländska samhället, i alla fall inte i strid.[2] Det var hedersamt att ta sitt liv om man förlorat i strid och därmed var utlämnad till segraren på nåd och onåd.[3] De stridande männen ville inte återvända hem som förlorare och kunde därför känna sig tvingade att ta sina liv. Avgörande för valet av suicid efter en förlorad strid var att den kunde ses som en ärofull död och därmed ge en plats i Valhall.[4] Suiciden förekom som en kollektiv assistans genom svärd och brand. Att hjälpa en frände eller vän var ett bevis på lojalitet och gruppsammanhållning.[5]

I svensk muntlig tradition nämns ännu i våra dagar berättelser om den så kallade ättestupan, där gamla människor kastade sig ut för ett stup. Detta har setts som en osjälvisk suicid när de inte längre kunde bidra till sitt uppehälle och inte ville ligga den yngre generationen till last.[6]

---

[1] Månsson, Ingmar & Dotevall, Leif. *Dödshjälp eller livshjälp*. SESG – Media Göteborg 1998. S. 17-25.
[2] Suicid betyder att genom en medveten handling ta sitt eget liv. Det mer vardagliga ordet är självmord. http://www.spes.nu/index.php/resurser-a-information/100-fakta-om-sjaelvmord-i-sverige.
[3] Månsson, Ingmar & Dotevall, Leif. *Dödshjälp eller livshjälp*. SESG – Media Göteborg 1998. S. 17-25.
[4] Nedkvitne, Arnved. *Mötet med döden i norrön medeltid*. Sv. Övers. Atlantis Stockholm 2004. S. 54-62.
[5] Österberg, Eva. Vänskap – hot eller skydd i medeltidens samhälle? En existentiell och etisk historia. *Historisk tidsskrift* 4:2003, S. 549-560.
[6] Odén, Birgitta. Ättestupan – myt eller verklighet? *Scandia* 62:2, 1996. S. 12-22.

2.2.2 Kristen tid

Kristendomen, den romerska katolska läran, spred sig i de nordiska länderna omkring år 1000.[7] Kristendomen innebar många nya förändringar för samhället där bland annat inställningen till suicid förändrades. Mord var redan förbjudet i Mose lag. Enligt den katolska kyrkan var självmord en större synd än ett mord. Den grundläggande uppfattningen var att suicid var ett brott mot Gud själv, han som givit en människa livet. Livet var heligt därför fick ingen förgripa sig på det. Genom detta synsätt införlivades förbudet mot suicid i mentaliteten.[8]

Det kyrkliga förbudet upprätthölls genom att den döde åtalades och dömdes till samma straff som en mördare, ”dödsstraff”, vilket innebar att personen brändes på bål och grävdes ned i skogen. Genom begravningsritualen avskildes den som tagit sitt liv från församlingens kyrkogårdsgemenskap i de *renas* avvaktan på kroppens uppståndelse och den yttersta domen.[9] Bara de från sina sinnens fulla bruk kunde benådas av domstolen och begravas på kyrkogård. På grund av den hårda rättstillämpningen var det aldrig tal om hjälp till suicid. Handlingen var otillåten, straffbelagd och ansågs vara djävulens verk. Därför bad människor aldrig om hjälp till suicid utan använde sig av metoder såsom hängning eller drunkning. Drunkning skapade stora problem för rätten genom att dödsfallen också kunde ha varit olyckor. Därför måste mörkertalet ha varit stort.[10]

Människor kunde även på medeltiden ha känt behov av att lämna livet av ekonomiska, existentiella och sociala skäl, men detta behov hölls tillbaka av straffet, främst förlusten av evigt liv. Ett flertal människor, främst kvinnor, var så ivriga att dö att de begick mord på små barn, bekände brottet, för att sedan dömas till döden.[11] Liknande suicidmord har även funnits i Danmark, de tysktalande länderna och även Nederländerna. Alltså i länder med den lutherska synen på bekännelse, ånger och absolution. Först genom införandet av en ny straffordning utan offentliga processioner upphörde suicidalmorden vid mitten av 1700-talet.[12]

2.2.3 Sekularisering, liberalisering och industrialisering

Under senare delen av 1700-talet och under 1800-talet förändrades synen på suicid. Förutsättningarna för industrialiseringen förändrade grundstrukturen i samhället. De gjorde det möjligt att öka rörligheten på arbetsmarknaden. Migrationen påverkades och det skapades förändringar i klasstrukturen. Religionens föreställningar och äldre sociala sammanhang fick en mindre betydelse, vilket ledde till att antalet suicid ökade

---

[7] http://www.to-life.se/kristendom.htm.
[8] http://www.to-life.se/kristendom.htm
[9] Jarrick, Arne. *Hamlets fråga*. En svensk självmordshistoria. Nordstedts Stockholm 2000. S. 45-52.
[10] Odén, Birgitta & Werner, Yvonne Marie. Självmord i det stora nordiska krigets skugga. I: Odén, Birgitta., Persson, B.E.B. & Werner, Yvonne Marie. *Den frivilliga döden. Samhällets hantering av självmord i historiskt perspektiv*. Cura AB Stockholm 1998. Persson, B.E.B. *Drunknad eller dränkt*. I: Odén, Birgitta., Persson, B.E.B. & Werner, Yvonne Marie., op.cit. 8), 1998. S. 101-111.
[11] Jansson, Arne. *From swords to sorrow. Homicide and suicide in early modern Stockholm*. Ekonomisk-historisk institutionen Stockholm 1998. S. 112-120.
s.[12] Jansson, Arne. *From swords to sorrow. Homicide and suicide in early modern Stockholm*. Ekonomisk-historisk institutionen Stockholm 1998. S. 112-120.

eftersom suicid var någonting religionen förbjöd. Kriminaliseringen av suicid avskaffades genom 1864 års nya strafflag och 1908 upphävdes också kyrkans förbud mot kristen begravning av suicidoffer.[13]

Vid sekulariseringen förlorade kyrkan gudstjänstbesökare och nattvardsgäster. Frikyrklig samlingsbildning blev vanligt. Den ortodoxa kyrkan gynnade en självvald livsstil. Föreställningen om djävulens ingripande i människornas liv försvann.[14] Likaså uttunnades tron på helvetet som det eviga straff som hotade den som inte följde Guds bud.[15]

Industrialiseringen ökade människornas känsla av att vilja ha rätten att bestämma över det egna livet. Vuxna barn släppte sitt ansvar för gamla föräldrar. Gamla människors benägenhet till suicid ökade, dock har det inte varit möjligt att fastställa om hjälp till dödshjälp ökade.[16]

Fastän självmord avkriminaliserades kvarstod tabuiseringen. Tabuiseringen gäller till viss del även idag av hänsyn till de närmaste, skuldkänslor i släktkretsar utlöses lätt av suicid.[17] I detta källäge är det svårt att få grepp om utbredningen av medhjälp till suicid. Få skulle varken vilja erkänna medhjälp till suicid eller underlåtenhet att ingripa aktivt för att förhindra suicid.[18]

---

[13] Ekström, Anders. *Dödens exempel. Självmordstolkningar i svenskt 1800-tal genom berättelsen om Otto Landgren.* Stockholm 2000. S. 50 ff.
[14] Muchembled, Robert. *Djävulens historia*. Sv. Övers. Nordstedts Stockholm 2002. S. 73 ff.
[15] Ankarloo, Bengt. *Helvetet*. Historiska Media Lund 2003. S. 20 ff.
[16] Ekström, Anders. *Dödens exempel. Självmordstolkningar i svenskt 1800-tal genom berättelsen om Otto Landgren.* Stockholm 2000. S. 127 ff.
[17] Beskow, Jan. *Självmord och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick*. Lund 2000. S. 203-210.
[18] Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s. 145-160.

3. Skillnaden mellan aktiv och passiv dödshjälp

3.1 Aktiv och passiv dödshjälp

I den västerländska världen förekommer att patienter tillåts att dö. Döden kan påskyndas beroende på vilka val av behandlingsmetoder som används. Så sker även i Sverige. Att aktivt eller passivt påskynda döden utgör två olika alternativformer av begreppet dödshjälp. Skillnaden består i att avsiktligt påskynda döden eller låta det ske med val av handlingens effekt. Den passiva dödshjälpen är tillåten i Sverige – men var dras gränsen mellan vad som är brottsligt och det lagligt tillåtna?[19]

Aktiv dödshjälp har flera betydelser. *Eutanasi,* det grekiska ordet för dödshjälp, innefattar både aktiv och passiv dödshjälp, vilka förklaras mer ingående senare. Att på medicinsk väg orsaka eller bidra till en annan människas död, på dennes eller nära anhörigs begäran, gör att begreppet eutanasi ses som en kontroversiell fråga världen över. I fortsättningen kommer jag endast att använda mig av begreppet dödshjälp. Att hjälpa någon att begå självmord, *medhjälp till självmord,* är tillåtet i Sverige. Skiljelinjen mellan dråp och medhjälp till självmord dras enligt svensk praxis på följande sätt, så länge den sista avgörande handlingen utförs av individen, som söker döden, är det fråga om tillåten medhjälp till självmord. Detta oavsett hur mycket hjälp personen fått att utföra sin handling.[20] Att läkare på en patients begäran förskriver eller tillhandahåller läkemedel för att denne själv ska kunna avsluta sitt liv är *läkarassisterad suicid.* När läkare med ett läkemedel avslutar en patients liv genom ett aktivt och avsiktligt agerande används begreppet *läkarassisterad dödshjälp.* Att ge en patient en spruta med en dödlig dos läkemedel är ett exempel på *aktiv dödshjälp*, man sätter igång ett kausalförlopp. [21]

Ett exempel som kan illustrera dessa begrepp är att någon ger en patient en spruta med en dödlig dos av läkemedel. Detta medför att patienten dör, då personen aktivt påskyndat patientens död. Om någon låter bli att lägga en patient med andningssvårigheter i respirator, vars liv skulle ha räddats åtminstone för stunden genom denna behandling, och patienten sedan dör, har denne förhållit sig passiv till hennes död.[22]

Det är viktigt att skilja mellan fall då någon sätter igång ett kausalförlopp (aktiv handling) och i de fall någon kapitulerar inför ett naturalförlopp (passiv handling).[23] I det första fallet kan som exempel ges då någon injicerar ett läkemedel som dödar patienten. Om någon däremot underlåter att ge henne ett läkemedel, till exempel ett motgift mot något gift patienten råkat svälja, trots att denne kunnat ge motgiftet, kan det ses som passiv dödshjälp. Det vill säga personen låter henne dö snarare än dödar henne.[24]

---

[19] Tännsjö, Torbjörn. *Döden är förhandlingsbar*. Första upplagan. Liber AB Stockholm 2009 S. 30 ff. & Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. S.15 ff.
[20] Se Hedeby-fallet sida 41.
[21] NJA 1979 s. 802. Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. S.15 ff.
[22] Tännsjö, Torbjörn. *Döden är förhandlingsbar*. Första upplagan. Liber AB Stockholm 2009 S. 30 ff.
[23] Tännsjö, Torbjörn. *Döden är förhandlingsbar*. Första upplagan. Liber AB Stockholm 2009 S. 31 ff.
[24] Ett bra exempel och fall är fallet med 83-åringen se sida 37 och 42 för en förklaring.

Vilken inställning ska man ha vid svårare fall, exempelvis då en patients död påskyndas genom att någon stänger av respirator?

Det så kallade Kirunafallet i början av 60-talet var ett typexempel i det sammanhanget. Socialstyrelsen konstaterade i sin bedömning tio år senare att inget fel begåtts, om avbruten behandling endast innebär en kortvarig fördröjning av dödsögonblicket. Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik delade den uppfattningen i ett liknande utlåtande. Visst bör det se ut som en aktiv handling då respiratorn stängs av för en patient i och med att det är en aktiv hantering av respiratorn, men med tanke på patientens död är man ändå passiv då man enligt kausalkedjan inte ingriper. Naturen får ha sin gång, det blir en kapitulation inför sjukdomsförloppet.[25]

I ett *livstestamente* kan man dokumentera sin vilja att avstå från verkningslös livsuppehållande behandling. Det ska visa anhöriga och personal att ens önskan är välgrundad och inte ett utslag av en tillfällig sinnesstämning. Testamentet ska vara rättsligt bindande även när patienten inte längre är beslutskompetent.[26]

Dessa exempel utgör en del av bakgrunden till hur svensk lag och de flesta västerländska länders lagar gör gränsdragningar mellan det tillåtna och det otillåtna. I vårt land finns fall av aktivt påskyndande av döden och palliativa (symptomlindrande) åtgärder som är tillåtna.

Det så kallade Astrid Lindgrenfallet har fått stor uppmärksamhet och debatterats på olika sätt i flera media. En läkare arresterades under uppseendeväckande former på Astrid Lindgren sjukhuset för att ha förorsakat ett barns död. "Flickan föddes mer än tre månader för tidigt och hade svåra hjärnskador. I september 2008 avled hon på Astrid Lindgrens barnsjukhus efter att hennes föräldrar och läkarna kommit överens om att avbryta den livsuppehållande behandlingen. Ett halvår senare greps barnläkaren på sin arbetsplats, misstänkt för att ha dödat flickan. Obduktionen visade att flickan hade höga halter av narkosmedlet tiopental i kroppen, vilket enligt åklagaren ska ha orsakat hennes död."[27] Enligt åtalet ska läkaren uppsåtligen berövat flickan livet genom förgiftning med en injektion av narkosmedlet tiopental. Åklagaren stöder sig bland annat på utlåtanden och vittnesmål av experter på rättsmedicin och ett antal läkare inom barnmedicin.[28] "Socialstyrelsens bedömning är att barnet fått vård och behandling i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet under de sista levnadsdygnen. Socialstyrelsen har inte kunnat finna några avvikelser i vårdförloppet fram till flickans död."[29]

En avgörande fråga är om Astrid Lindgrenfallet ska betraktas som aktiv eller passiv dödshjälp. Därför har mer eller mindre högljudda förespråkare för den ena eller den andra sidan gjort sig hörda i debatten. "Det är en intressant del av åtalet att åklagaren

---

[25] Ett fall av barmhärtighetsmord. Läkartidningen 1964; 61: 3619-21.Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan. Liber AB Stockholm 2009 S. 32 ff.
[26] se fotnot 21.
[27] DN publicerat 2010-02-01 - *Barnläkaren åtalad för dråp* - http://www.dn.se/sthlm/barnlakaren-atalad-for-drap-1.1037602.
[28] Åklagarmyndigheten Solna tingsrätt ärende AM-3504909.
[29] Läkartidningen nr 42 2009-10-06 - *Socialstyrelsen finner inga fel i Astrid Lindgren* -fallet http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=12926.

tror sig kunna bevisa att det inte rör sig om ett försök till smärtlindring där döden blev en sidoeffekt, eller att det rör sig om ett misstag. Det är viktigt att framhålla att det inte verkar röra sig om vanliga vårdrutiner utan att man misstänker tydligt uppsåt."[30] Den rättsliga hanteringen har ifrågasatts från försvarets sida, utredningen är inte klar och det finns uttalad kritik mot bevisningen.

"Även om det skulle vara fråga om en större dos än vad som varit nödvändigt för att säkra att barnet inte led - om nu detta skulle gå att fastställa - gör inte det att det förvandlas till ett uppsåtligt dödande. Uppsåtet har ju fortfarande enbart varit att säkra att barnet definitivt inte led."[31] Det finns en oro för vad en eventuellt fällande dom skulle betyda för arbetet inom vården. Det skulle kunna påverka läkare i deras yrkesutövning så att de får en mer restriktiv syn på användandet av smärtlindrande medel framförallt i den palliativa vården.[32]

Rättegången utlystes till den 30 maj 2010 men har skjutits upp. Åklagaren i målet har ställt ett antal frågor till Socialstyrelsens rättsliga råd. Rådet vet dock inte hur lång tid det kan ta för att kunna svara på frågorna. Rättsliga rådets egna experter och även många andra svenska läkare med rätt kompetens är att betraktas som förbrukade, enligt Robert Grundin, docent i rättsmedicin och föredragande i Socialstyrelsens rättsliga råd. Detta eftersom de redan haft olika slags beröring med fallet och dess utredning. Därför har rådet börjat söka sig utanför Sveriges gränser, framförallt efter sakkunniga från något nordiskt land. Enligt Margareta Lindblad, domstolssekreterare vid Stockholms tingsrätt, kommer rättegången troligtvis att skjutas upp till efter sommaren 2011.[33]

Det har riktats en hel del kritik mot fallet. Lena Holmqvist, universitetslektor i straffrätt, har bland annat kritiserat åklagaren eftersom han inte har formulerat någon alternativ gärningsbeskrivning. Inom straffrätt handlar det inte om vilken sida som väger tyngst. Försvaret behöver därför inte bevisa oskuld utan kan inrikta sig på de svagheter som finns i åklagarens framställan. Exempelvis hade denne kunnat hävda att läkaren uppträtt oansvarigt i hanteringen av ett farligt preparat och även yrkat på vållande till annans död enligt 3:7 BrB eller åsidosättande av tjänsteplikt enligt 20:1 och 20:5 BrB. ”Nu är domstolen helt bunden av åklagarens beskrivning av gärningen och kan inte pröva något alternativ.”[34] Försvaret har däremot en möjlighet att visa på olika alternativ. Holmqvist säger att det är åklagaren som bär på den svåra uppgiften att bevisa att det är ställt utom allt rimligt tvivel att läkaren för det första har injicerat tiopental i flickan, att det för det andra var den orimliga dosen som orsakade flickans död och att detta gjordes med uppsåt att döda. Läkaren nekar till brott. Vid en fällande dom är straffsatsen för dråp minst sex års fängelse och höst tio år. Det finns undantag om gärningen har föranletts av stark mänsklig medkänsla, det som kallas för

---

[30] Petter Asp professor i straffrätt vid Sthlms uni/ *Rättsexpert: Svårt att bevisa läkarens skuld.* SvD 2010-02-01. http://www.svd.se/nyheter/inrikes/rattsexpert-svart-att-bevisa-lakarens-skuld_4188175.svd.

[31] Madeleine Leijonhufvud professor i straffrätt - DN 2009-03-15. *Vad är ett värdigt liv?* http://www.dn.se/nyheter/sverige/vad-ar-ett-vardigt-liv-1.821718.

[32] http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=14117. *Vård på laga villkor.*

[33] https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/9/Barnlakaratalet-Troligtvis-ingen-rattegang-i-ar/. *Barnläkaråtalet: Troligtvis ingen rättegång i år.*

[34] Citat av Lena Holmqvist. http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=13694. Straffrättsjurist förvånad över åtalet. Sara Gunnarsdotter. 2010-02-02 nummer 6.

barmhärtighetsmord.[35]

Mikael Rolfs intensivvårdsläkare på Karolinska Universitetssjukhuset och ledamot i Läkarförbundets styrelse menar att läkare numera känner sig mer ifrågasatta av patienter och anhöriga. Incidenten på Astrid Lindgrens barnsjukhus har gett upphov till en oro bland sjukvårdspersonal runt om i landet. Trots att inga lagar eller regler har förändrats ser vardagen numera annorlunda ut. Inställningen och attityden till sjukvården har samtidigt förändrats i media, där den granskas mer kritiskt än tidigare. Det har uppstått en osäkerhet vilket har lett till att alla processer tar extra lång tid och energi. Enligt Rolfs finns en ökad förfrågan om att lägga patienter i hjärt-lungmaskiner. Senaste tidens händelser har skapat ett behov av ökad klarhet. Det håller Madeleine Leijonhufvud med om, däremot tycker hon att det är fel att enskilda människor ska schavottera i tre instanser för att bringa klarhet i frågan.[36] Hur utslaget av rättegången än blir kan det bli avgörande för hur svensk sjukvård kommer att se ut i framtiden.

[35] http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=13694. Straffrättsjurist förvånad över åtalet. Sara Gunnarsdotter.
[36] http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=13694. Straffrättsjurist förvånad över åtalet. Sara Gunnarsdotter.

4. Grundlagen

Jag kommer att förhålla mig till de grundläggande fri- och rättigheterna som direkt påverkar ämnet, det vill säga de som berör hälso- och sjukvårdslagstiftningen, samt de bestämmelser som har betydelse för patientens självbestämmanderätt. Detta för att se hur grundlagen ställer sig till aktiv dödshjälp och om en legalisering är möjlig eller om det skulle ge upphov till en konflikt.

I RF finns några bestämmelser som tar hänsyn till de grundläggande fri- och rättigheterna men även grundlagsskyddet för patientens självbestämmanderätt. 1:2 RF anses vara ett så kallat program- och målsättningsstadgande avseende den offentliga makten. Paragrafen anses inte rättsligt bindande utan fungerar mer som rekommendationer för den offentliga makten. Samtidigt ger den uttryck för vissa grundläggande värderingar och har främst till syfte ”att ålägga det allmänna att positivt verka för att den ifrågavarande rättigheten skyddas, främjas och i största möjliga utsträckning förverkligas.”[37] Fastän bestämmelsen inte ger några rättigheter till enskilda personer, kan det ändå vara intressant att notera några punkter av intresse för patienters självbestämmanderätt. I 1:2 RF betonas i första meningen att den offentliga makten ska utövas med *respekt för den enskilda människans frihet och värdighet*. För hälso- och sjukvården innebär detta att respektera människors rätt att bestämma över sin person och sin kropp. I paragrafens andra stycke uppmärksammas den enskildes personliga välfärd och sociala trygghet som grundläggande mål för den offentliga verksamheten. För hälso- och sjukvården innebär även detta att den enskildes egen uppfattning om sin situation och sina behov ska ha avgörande betydelse. Demokratins idéer ska vara vägledande samtidigt som den enskildes privatliv värnas. Med andra ord ger paragrafen uttryck för enskilda personers rätt att leva sina liv efter egna önskemål dock under förutsättning att det inte inkräktar på andra individers rättigheter eller väsentliga samhälleliga intressen.[38]

Några av dessa rättigheter återkommer även i 2 kap. RF. Sedan 1976 års grundlagsreform återfinns de grundläggande fri- och rättigheterna om det nationella grundlagsskyddet i 2 kap. RF. Det som skiljer dessa rättigheter från 1 kap RF är att dessa är rättsligt bindande garantier för den enskilde. Den enskilde ska skyddas mot att kränkas eller inskränkas från det allmännas sida. Med andra ord ger 2 kap. RF inte något direkt skydd mot kränkningar och inskränkningar som enskilda kan utsättas för av andra enskilda individer.[39] Det ska däremot poängteras att hälso- och sjukvårdslagstiftningen är tillämplig på både den offentliga och den privata vården.[40]

Av intresse för denna framställning är i första hand bestämmelsen avseende *skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp* 2:6 RF. När det gäller patientens självbestämmanderätt och integritetsskydd vid medicinsk verksamhet är det framförallt paragrafens första mening som har betydelse.

---

[37] SOU 1975:75 s. 184. Petrén & Ragnemalm, Sveriges grundlagar och tillhörande författningar med förklaringar.
[38] Rynning, E. Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie. Iustus förlag 1994. S. 96-100.
[39] Detta förhållande är intressant teoretisk eftersom en del av hälso- och sjukvården kan drivas i privat regi och då ska dessa bestämmelser respekteras.
[40] Rynning, E. Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie. Iustus förlag 1994 S. 96-100.

Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp även i annat fall än som avses i 4 och 5 §§.

Bestämmelsen tillförsäkrar den enskilde skydd mot *påtvingade kroppsliga ingrepp* från det allmännas sida.[41]

Vid definiering av begreppet *kroppsligt ingrepp* avses två olika typer av ingrepp. Det gäller dels ingrepp som genom någon form av våld mot kroppen påverkar den i sådan omfattning att den förändras, exempelvis kirurgiska ingrepp.[42] Vidare gäller det ingrepp som utgör besiktning av kroppen, exempelvis läkarundersökning. Det gäller även åtgärder som innefattar mindre omfattande våld mot kroppen. Begreppet kroppsligt ingrepp har väckt en del frågor. Det gäller framförallt huruvida stadgandet också ska omfatta psykiatrisk läkarundersökning med tanke på att det inte är en kroppslig undersökning. Här går förarbeten och praxis isär. Enligt förarbeten och kommentarer ska inte psykiatrisk läkarundersökning ses som ett kroppsligt ingrepp medan praxis anser att det är ett kroppsligt ingrepp. Slutligen måste det vara fråga om ett faktiskt handlande, underlåtenhet att vidta en viss handling kan inte ses som ett ingrepp.[43]

När det gäller begreppet *påtvingat* framgår det inte av RF:s förarbeten vad detta egentligen innebär. Däremot har olika författare i kommentarer till regeringsformen gett olika tolkningar. En åsikt som är återkommande hos de olika författarna är att ingreppet ska ha skett mot personens vilja oavsett om det har uttryckts skriftligen, muntligen eller genom åtbörder, uppträdande et cetera.[44]

För det andra är bestämmelserna i 2:20 RF av intresse i det här sammanhanget. Enligt paragrafen får bland annat de fri- och rättigheter som avses i 2:6 RF i viss utsträckning begränsas genom lag eller genom annan författning efter bemyndigande i lag. ”Kravet på att inskränkningarna måste ha formen av lag innebär alltså att man inte kan acceptera några sedvanerättsliga begränsningar av dessa grundläggande fri- och rättigheter.”[45] Enligt 2:21 får endast en sådan begränsning göras för att ”tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle”. Det ställs även krav på att ”begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.”

För det tredje ska det framhållas att regeringsformens bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna får tolkas *”frikostigt”*. Det innebär att det finns en möjlighet att göra inskränkningar i enskildas intressen då dessa intressen står emot allmänna intressen, men det ska i så fall ske med stor försiktighet.[46] ”Vid tveksamhet

---

[41] Rynning, E. Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie. Iustus förlag 1994. S. 96-110.
[42] Med kirurgiska ingrepp görs ingen skillnad på om ingreppet utförs i diagnostiskt, terapeutiskt, rent experimentellt eller i annat syfte.
[43] Se AD 1984:94. Se även SOU 1975:75, bilaga 11 s. 365 och prop. 1975/76:209 s. 147.
[44] Se SOU 1975:75, bilaga 11 s. 365 och prop. 1975/76:209 s. 147. & Rynning, E. Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie. Iustus förlag 1994. S. 96-110.
[45] Prop. 1983/84:111 s.25. & Rynning, E. s. 99.
[46] Prop. 1983/84:111 s.25.

huruvida ett visst handlande från det allmännas sida ska anses utgöra en kränkning av en skyddad rättighet eller ej, torde man alltså ha viss anledning att låta bedömningen utfalla till den enskildes förmån, innebärande att den enskildes frihet ska ges så stort utrymme som möjligt."[47]

De aktuella bestämmelserna i regeringsformen säger oss inte direkt vad som gäller för aktiv dödshjälp, utan bestämmelserna reglerar allmänt hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det som framkommer av bestämmelserna är att varje medborgare är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och att den offentliga makten ska utövas med respekt för den enskilda människans frihet och värdighet. Det ska tilläggas att det endast får ske under förutsättning att det inte inkräktar på andra individers rättigheter eller väsentliga samhälleliga intressen. Samtidigt framkommer det även att dessa rättigheter kan begränsas genom lag. Av den anledningen är det viktigt att undersöka om det finns lagar som begränsar dessa rättigheter och i så fall hur de begränsar. Jag kommer därför analysera vad som gäller enligt Europakonventionen för att därefter behandla vad som gäller enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen, BrB och den komparativa rätten.

[47] Rynning, E. Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie. Iustus förlag 1994. S. 99.

5 Gällande rätt enligt Europakonventionen

Det tyngst vägande regelverket inom området för mänskliga rättigheter i Europa är den Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna 1950 (EKMR). I Sverige är Europakonventionen inte bara folkrättsligt bindande, utan gäller sedan 1995 också som lag.

Rätten till liv är en av de mänskliga rättigheterna i Europakonventionen. De anslutna staterna åläggs enligt artikel 2 EKMR en skyldighet att genom lag skydda envars rätt till liv. Enligt artikel 3 EKMR föreligger ett förbud mot tortyr, men också mot andra former av omänsklig eller förnedrande behandling. Även artikel 8 EKMR, om rätt till skydd för privatlivet och artikel 14 EKMR, om förbud mot diskriminering är relevanta bestämmelser i sammanhanget. Frågan som alltså kan ställas är om rätten till dödshjälp eller assisterat suicid är en mänsklig rättighet. Denna frågeställning togs upp av Europadomstolen år 2002 i rättsfallet Dianne Pretty mot Storbritannien.[48]

Dianne Pretty, 43 år, led av sjukdomen ALS. En allvarlig sjukdom som inom kort skulle leda till döden genom förlust av andningsfunktionen, det vill säga genom kvävning. På grund av förlamningen var hon inte kapabel att ta sitt liv och ville därför att hennes make skulle få rätten att hjälpa henne utan att riskera straffrättsliga påföljder. I Storbritannien utgör inte självmord ett brott, men de brittiska domstolarna vägrade straffrihet för Diannes make. Detta eftersom det är kriminaliserat att uppmuntra, framkalla eller assistera vid någon annans självmord. Dianne accepterade inte beslutet och vände sig till Europadomstolen. Hon hävdade att Storbritannien kränkte hennes mänskliga rättigheter.[49]

Dianne menade att hon hade rätt att råda över sitt liv enligt artikel 2 EKMR. Vidare ansåg hon att artikel 8 EKMR gav henne rätt att själv bestämma när och hur hon ville dö. Hon ansåg även, enligt artikel 14 EKMR, att den rätten inte kunde nekas henne enbart därför att hon på grund av sjukdom saknade förmåga att själv ta sitt liv. Slutligen hävdade Dianne att hon genom Storbritanniens inställning skulle tvingas utstå sådan omänsklig och förnedrande behandling som förbjuds enligt artikel 3 EKMR.[50]

Europadomstolen fann att den tolkning Dianne gjorde gällande inte stämde med vad som egentligen gäller för artikel 2 EKMR. Domstolen poängterade att artikeln inte ger en person rätt till döden och därmed är det inte någon kränkning av artikel 2 EKMR. Domstolen ansåg inte heller att sjukdomen kunde betraktas som en omänsklig och förnedrande behandling, med tanke på den hälso- och sjukvård hon erbjöds. Enligt domstolen var det ingen skyldighet för Storbritannien att tillåta ett handlande som syftade till att avsluta ett människoliv. Någon sådan skyldighet går ej att utläsa ur artikel 3 EKMR, särskilt med beaktande av statens skyldigheter att skydda envars rätt till livet enligt artikel 2 EKMR. Däremot när det gäller tolkningen av artikel 8 EKMR

[48] Europadomstolens dom den 29 april 2002, mål nr 2346/02. Pretty v UK (Storbritannien).
[49] Freeman, M. Denying death its dominion: Thoughts on the Dianne Pretty case. Medical Law Review, 10, autumn 2002, s. 245-270. Strider mot Suicis Act 1961, section 2.
[50] Freeman, M. Denying death its dominion: Thoughts on the Dianne Pretty case. Medical Law Review, 10, autumn 2002, s. 245-270. Byk, C. Euthanasia and the right to life – The Pretty Case. Euthanasia volume I: Ethical and human aspects. Strasbourg: Council of Europé publishing 2003, s. 109 ff. & Pretty v UK (Storbritannien).

medgav domstolen att den enskildes självbestämmanderätt är en viktig grundläggande princip. Domstolen markerade att påtvingad medicinsk behandling, utan samtycke från en beslutskompetent vuxen patient, skulle kränka den enskildes fysiska integritet enligt artikel 8.1 EKMR. Men även den brittiska lagen hindrade Dianne från att utöva sin valfrihet för att dö. Därför kunde domstolen inte utesluta att detta faktiskt kunde utgöra en kränkning av hennes rättigheter enligt artikel 8.1 EKMR. Alltså krävdes en bedömning om en sådan kränkning inte kunde vara tillåten enligt undantagen i artikel 8.2 EKMR.[51]

Europadomstolen fann att brittisk rätt syftade till att bevara liv genom att skydda svaga och utsatta personer, särskilt de utan förmåga att utöva något självbestämmande. Eftersom Dianne inte tillhörde denna grupp försvårades situationen för rätten som istället fick göra en helhetsbedömning. Storbritannien i sin tur ansåg inte att det fanns skäl nog för att göra ändringar i det befintliga regelverket. Det skulle också kunnat få till följd att många andra i en liknande situation gjort anspråk på samma bedömning av deras fall. Europadomstolen fann att detta resonemang var korrekt och kunde alltså försvaras enligt artikel 8.2 EKMR. Domstolen ansåg inte att det utgjorde diskriminering, att inte möjliggöra för sjuka eller funktionshindrande att på samma sätt som andra medborgare få bestämma när och hur livet skulle avslutas. Även här fick domstolen göra en helhetsbedömning eftersom Dianne inte tillhörde de mest utsatta. Europadomstolen ansåg att Storbritannien hade godtagbara skäl för att inte medge några undantag från huvudregeln.[52]

Sammanfattningsvis är det alltså ingen mänsklig rättighet att få avsluta sitt liv genom handlande av en annan person, även om den sjuke befinner sig i ett plågsamt tillstånd. Framförallt gjorde domstolen den bedömningen att det är upp till varje enskilt land att lagstifta situationen efter eget önskemål, så länge det baseras på korrekt grund.[53] Europadomstolen uttalade även i fallet att en vuxen beslutskompetent patient bör ha rätt att välja döden genom att avböja en behandling som skulle kunna förlänga dennes liv.[54]

Ett svenskt fall som går att jämföra med Pretty v UK (Storbritannien) är det uppmärksammade ”Kimfallet” från våren 2010. Kim 32 år, var förlamad under större delen av sitt liv sedan en misslyckad operation vid sex års ålder. Kim var förlamad från huvudet och nedåt, med respiratorns hjälp hölls hon vid liv. Kim kunde bara nicka och prata, därför behövde hon alltid ha två assistenter vid sin sida. Hon hade ständiga smärtor och kände att hon inte orkade mer, varken fysiskt eller psykiskt. I ett brev vände sig därför Kim till Socialstyrelsen där hon bland annat skrev ”Så länge jag ännu har min kropp och min hjärna i behåll så vill jag avsluta mitt liv så länge det är

[51] Freeman, M. Denying death its dominion: Thoughts on the Dianne Pretty case. Medical Law Review, 10, autumn 2002, s. 245-270. Byk, C. Euthanasia and the right to life – The Pretty Case. Euthanasia volume I: Ethical and human aspects. Strasbourg: Council of Europé publishing 2003, s. 109-127.
[52] Freeman, M. Denying death its dominion: Thoughts on the Dianne Pretty case. Medical Law Review, 10, autumn 2002, s. 245-270.
[53] Mer om detta kan läsas under kapitel 8 – komparativ rätt.
[54] Freeman, M. Denying death its dominion: Thoughts on the Dianne Pretty case. Medical Law Review, 10, autumn 2002, s. 245-270.

värdigt. Vill varken lida eller ruttna bort (...) Därför är det min uttryckliga önskan att respiratorn stängs av efter att jag har sövts".[55]

Brevet utlöste en häftig debatt i Sverige tack vare uppmärksamheten i media. TV4 sände en dokumentär, "Candrah och döden" som gjorde det möjligt för alla intresserade att följa "Kims" resa. Enligt en Sifo-undersökning i Aftonbladet i mars 2010 var nästan nio av tio svenskar positiva till aktiv dödshjälp i svåra fall.[56]

Den 24 april 2010 kom Socialstyrelsens besked där de beviljade Kims önskan och samtidigt gav begreppet "god vård" en vidare definition.[57] Socialstyrelsen lade stor vikt vid patientens självbestämmanderätt av beslutet.

Anders Printz, chef för avdelningen för regler och tillstånd på Socialstyrelsen förklarade, *"Om exempelvis vård i respirator ska avbrytas ingår det i god palliativ vård att lindra patientens symptom, till exempel genom att erbjuda patienten sömnmedel eller morfin"*.[58] Efter Socialstyrelsens beslut kan inte läkaren, som tillsammans med patienten fattar beslutet, riskera att åtalas för dödshjälp.

Enligt Socialstyrelsen kan läget sammanfattas på följande sätt:

> "Vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Det framgår av hälso- och sjukvårdslagstiftningen som också betonar respekten för patientens självbestämmande och integritet.
>
> Huvudregeln är att en läkare inte får ge en behandling som patienten inte vill ha. Behandling mot patientens vilja får bara ske med stöd av lag.
>
> Om patienten inte vill att en livsuppehållande behandling ska sättas in eller fortsätta ska läkaren respektera patientens önskan. En förutsättning är att patienten är beslutskompetent, välinformerad och införstådd med konsekvenserna av olika behandlingsalternativ.
>
> Vården är skyldig att erbjuda en döende patient smärtlindrande och ångestdämpande behandling. Om exempelvis vård i respirator ska avbrytas ingår det i god behandling att lindra patientens symtom, till exempel genom att erbjuda sömnmedel eller morfin."[59]

Utgångspunkten är att det är patienten själv som bestämmer vilken behandling han eller hon tar emot och när den ska avbrytas, säger Anders Printz.[60]

Detta beslut har kommit efter förslag från Svenska Läkaresällskapets delegation för medicinsk etik 2007. Bakgrunden till förslaget var att på ett tydligare sätt än tidigare poängtera patientens rätt till självbestämmande, framförallt vid livets slutskede. Beslutet innebär att en läkare ska kunna söva patienten för att sedan stänga av

---

[55] http://www.aftonbladet.se/nyheter/candrahochdoden/article7173083.ab.
[56] http://www.aftonbladet.se/nyheter/article6811401.ab - I verkligheten hette hon Candrah Löfgren.
[57] För att se vad god vård innebär – se del 9.3. De lege ferenda på sida 61.
[58] http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1livsuppehallande & http://www.aftonbladet.se/nyheter/candrahochdoden/article7173083.ab.
[59] http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1livsuppehallande.
[60] http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1livsuppehallande.

respiratorn. Detta gäller även de patienter som inte är i livets slutskede men ingripandet skulle medicinskt sett gagna patienten. Orsaken till den här förändringen är att patienterna har fått en starkare lagstadgad rätt inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Arbetet föregicks av långa diskussioner mellan Läkarsällskapets sektioner, Läkarförbundet, Socialstyrelsen och andra relevanta myndigheter. Huvudbudskapet i Socialstyrelsens nya riktlinjer innebär att patienten ska vara beslutskompetent, välvillig och införstådd med konsekvenserna av olika behandlingsalternativ. I sådana fall ska läkaren respektera patientens önskan om att livsuppehållande behandling inte inleds eller att redan påbörjad behandling ska avslutas. ”Ingen patient ska behöva känna sig orolig för att beslut i dessa svåra frågor sker lättvindigt eller som ett sätt att förenkla för vården. Tvärtom handlar det om att förverkliga och stärka patientens delaktighet i vården och att patienten inte ska bli utlämnad till enskilda läkares värderingar.”[61]

Vid beslutsfattandet tog Socialstyrelsen hänsyn till bland annat regeringsformens förbud mot varje form av påtvingat kroppsligt ingrepp som inte är särskilt medgivet i lag. Undantag gäller i vissa fall vid allvarlig psykisk störning då tvångsvård kan bedrivas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård samt i vissa fall enligt smittskyddslagen. Vidare uppmärksammades hälso- och sjukvårdslagens krav på information och samråd. Hänsyn togs även till respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vilket innebär att det ska finnas samtycke från patienten till all vård och behandling. Slutligen togs Socialstyrelsens allmänna råd (1992:2 S.17) i beaktande, där det står att läkaren inte får ge en behandling som patienten inte vill ha, även om det innebär att livsuppehållande behandling ska avbrytas. Enligt Madeleine Leijonhuvud skulle det ses som tvångsvård och därmed straffbart om vården inte skulle tillmötesgå patientens önskemål. Slutligen påpekar Socialstyrelsen att ett avbrytande av en pågående behandling utifrån patientens önskemål inte görs i syfte att påskynda döden (aktiv dödshjälp). Syftet är att tillmötesgå patientens önskemål om ett naturligt sjukdomsförlopp. En stor anledning till Socialstyrelsens snabba agerande var det så kallade Astrid Lindgrenfallet. Inget avgörande har hittills kommit i fallet. Detta visar att det finns ett stort gap mellan juridik - medicin och juridik - etik. Det är inte så märkligt att det finns en sådan osäkerhet och okunskap hos läkarna när denna osäkerhet och okunskap även finns hos juristerna, menar Leijonhuvud. Hos juristerna finns en ovilja mot att inhämta sakkunskap från annat håll. De menar att de inte förhåller sig objektiva då de tar in kunskap utifrån, enligt Leijonhuvud.[62]

De slutsatser som kan göras gällande detta avsnitt är att Socialstyrelsens beslut stämmer överens med mänskliga rättigheter och Europadomstolens uttalande i Pretty v UK. Det vill säga att en vuxen beslutskompetent patient bör ha rätt att välja döden genom att avböja en behandling som skulle kunna förlänga dennes liv, vilket är exakt enligt Socialstyrelsens premisser. Däremot legaliserar inte Sverige aktiv dödshjälp fastän Europadomstolen ger den möjligheten till medlemsländerna. Om Storbritannien erbjudit Dianne Pretty en liknande möjlighet som erbjuds av den svenska Socialstyrelsen, hade hennes fall förmodligen inte varit aktuell för Europadomstolen.

---

[61] Niels Lynöe, professor i medicinsk etik på Karolinska institutet i Solna. &
http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1livsuppehallande.
http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=6489.
[62] http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=14117
http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1livsuppehallande.

Observera att Pretty v UK aktualiserades år 2002. Slutligen skulle jag vilja poängtera att Socialstyrelsen vid beslutsfattandet tog hänsyn till bland annat regeringsformens förbud mot varje form av påtvingat kroppsligt ingrepp som inte är särskilt medgivet i lag.

6 Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

De grundläggande bestämmelserna för hälso- och sjukvårdspersonalen regleras i Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), HSL, samt 2 kapitlet *Lag* (1998:531) om *yrkesverksamhet* på *hälso-* och *sjukvårdens område*, LYHS. Det finns även speciallagstiftning och myndighetsföreskrifter där Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet för vården. Hälso- och sjukvårdens regelverk skall visa på tillåtna eller påbjudna handlingar.[63]

Inom hälso- och sjukvården är det tillåtet att utföra vissa handlingar som inte är tillåtna i andra sammanhang. Det handlar om situationer där vården tillfogar människor smärtor, ger patienterna läkemedel med biverkningar, skär i deras kroppar eller amputerar deras kroppsdelar. I hälso- och sjukvårdslagstiftningen kommer det till uttryck genom *det goda syftet* (den s.k. sociala adekvansen) och *risk-nytta-avvägningen* jämte huvudregeln om *samtycke*.[64] I vissa fall ska dessa regler även kompletteras med nödbestämmelserna i 24:4 BrB. Detta innebär inte att allting är tillåtet inom hälso- och sjukvården. Rättssystemet kontrollerar lagens efterlevnad och därtill även möjligheterna till ingripande mot otillåtna handlingar. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen innehåller få straffbestämmelser, men brott mot de gällande reglerna kan medföra att straffrättsligt ansvar aktualiseras. De enda gångerna hälso- och sjukvårdens handlingar accepteras är om behandlingen är *i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet* enligt 2:1 LYHS.[65]

Det ska understrykas att även hälso- och sjukvårdspersonalen kan dömas till misshandel och mord eller dråp även om handlingarna har utförts i anslutning till arbetet. Många anser dock straffansvar inte ska aktualiseras för personalen vid systemfel där felaktiga bedömningar och otillåtna åtgärder har lett till allvarliga konsekvenser för patienten. Detta motiverar de genom att påpeka att personalen i regel gör sitt bästa i ett krävande och ansvarsfyllt arbete. Enligt 6:19 och 7:19 LYHS är Socialstyrelsen och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd skyldiga att anmäla till åtal, vid skälig misstanke om brott som kan leda till fängelsestraff.
Innan anmälan görs ska vårdgivarna och Socialstyrelsen utreda situationen enligt 28, 31 §§ HSL, 6:3-4 LYHS. Detta för att stärka Socialstyrelsens tillsyn och patientsäkerheten.[66]

Vid misstanke om brott ska vårdgivarnas och Socialstyrelsens utlåtanden och kompetens utnyttjas. Detta för att underlätta för en åklagare vid en förundersökning. ”Här aktualiseras nämligen bevisfrågor som kräver medicinska bedömningar avseende sakförhållanden, orsakssamband samt vetenskap och beprövad erfarenhet:
* Orsakades patientens död av den bakomliggande sjukdomen eller av någon medicinsk intervention?
* Vilket syfte kan denna intervention i så fall rimligen antas ha haft?

---

[63]http://juridik.thomsonreuters.se/app/document?srguid=ia744dc1e0000012d032281ff13b6eda1&docguid=i7E62EB96FD312857E040DF0A17655DDD.
[64] Går in under 24:7 BrB.
[65]http://juridik.thomsonreuters.se/app/document?srguid=ia744dc1e0000012d0329232c13b6eec8&docguid=i7E62EB96FD5D2857E040DF0A17655DDD.
[66]http://juridik.thomsonreuters.se/app/document?docguid=i7E62EB96FD5D2857E040DF0A17655DDD&startChunk=2&endChunk=2&token=I97D268C498385FB0E04400144F977A70. Och Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 86-100.

* Kan den ha uppfattats som förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet?
* Kan ett misstag i detta avseende anses försvarligt?”[67]

För att kunna svara på dessa frågor krävs hjälp av medicinsk sakkunskap, genom utlåtanden från rättsmedicinare och annan relevant specialistkompetens. Skulle inte den misstänktes skuld kunna styrkas med hjälp av dessa frågor blir det inte heller någon fällande dom.[68]

En grundläggande princip i hälso- och sjukvården är enligt 2 § HSL kravet på respekt för den enskilda människans värdighet samt för patientens integritet och autonomi. Enligt 2 a § HSL och 2:1 LYHS kommer principen till uttryck genom bland annat bestämmelser om krav på samråd och respekt för patientens självbestämmande. Vidare ska personalens informationsplikt beaktas enligt 2 b § HSL och 2:2 LYHS. Skyldigheten att i vissa situationer låta patienten välja mellan olika behandlingsmetoder respektive få tillgång till förnyad medicinsk bedömning framgår enligt 3 b § HSL och 2:2 a § LYHS. Något som krävs för all vård och behandling är ett så kallat informerat samtycke det vill säga kraven på information, samråd och respekt. I enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet har hälso- och sjukvårdspersonalen en skyldighet att ge omsorgsfull och sakkunnig vård. Detta innebär dock inte att patienten har rätt att kräva viss typ av behandling. Enligt Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död ska dessa krav följas av hälso- och sjukvårdspersonalen oavsett i vilken ålder eller vilket tillstånd patienten befinner sig i.[69]

Som jag tidigare nämnt krävs det någon form av aktiv handling när det gäller ansvar för en annan människas död enligt 3:1-2 och 7 §§ BrB. Inom hälso- och sjukvården kan det även i vissa fall vara straffbart att underlåta att handla för att rädda livet på en patient. Det gäller även underlåtenhet att ge en potentiellt livräddande behandling. Detta eftersom personalen har en plikt att handla på grund av deras garantställning.[70] Läkare har i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet en skyldighet att ge sina patienter sakkunnig vård. Hälso- och sjukvårdspersonal förväntas att, i högre utsträckning än andra, ingripa för att rädda liv och hälsa i förhållandet till en patient.[71]

Begreppet *i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet* finns numera föreskrivet i 2:1 LYHS. Begreppet används för att ge ett kvalitetskrav på vården. Eftersom begreppet inte är ett juridiskt begrepp kan det ställa till problem vid en domstolsprövning. Jurister kan inte bedöma vilket vetenskapligt stöd behandlingsåtgärden anses ha eller hur väl den fungerar i praktiken. Av den

---

[67] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 92.
[68] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 92.
[69]http://juridik.thomsonreuters.se/app/document?srguid=ia744dc1e0000012d032281ff13b6eda1&docguid=i7E62EB96FD312857E040DF0A17655DDD. se tidigare avgöranden av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd 1984 10:105 /110/84:6/, 1984 10:107 /688/83:3/, 1985 2:17 /281/83:1/, 1985 9:104 /136/84:3/, 1985 9:111 /107/83:7/.och Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 86-100.
[70] En person i garantställning är skyldig att hjälpa en nödställd, t.ex. från att drunkna. Det gäller bland annat läkare, poliser och badvakter.
[71] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 86-100.

anledningen måste istället den samlade läkarvetenskapens syn på behandlingens fördelar och nackdelar vid en given tidpunkt ligga till grund för bedömningen. Enda gången avsteg från kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet kan accepteras är i akuta nödsituationer där handlandet istället bedöms utifrån 24:4 BrB.[72]

Grundprincipen i hälso- och sjukvårdslagen säger att vårdbehovet ska styra de åtgärder som föreslås. Enligt huvudregeln i 2 § HSL ska den patient med störst vårdbehov prioriteras. Exempelvis anses patienter med livshotande sjukdomar ha större behov än andra under förutsättning att de behandlingsmetoder som står till förfogande kan göra någon nytta. De resurser vården förfogar över ska inte användas i sådana fall där de helt saknar verkan. Däremot sägs inte vilka riktlinjer som ska ligga till grund för bedömning i fall där behandlingen kan vara till gagn. Eventuellt kan problem då uppstå när patienten blir föremål för läkarens godtycke och handlingsvilja. Läkaren i sin tur kan känna osäkerhet i vad som förväntas av denne.[73]

Vid livsförlängande behandling ställs alltid frågan om hur mycket livet måste förlängas och vilken kvalitet det kommer att ha. Detta för att insatsen ska prioriteras framför andra patienters hälsoproblem vilka vållar lidande utan att direkt vara livshotande. Klart är att samhällets kostnader för vården inte ska ha någon betydelse, eftersom det skulle strida mot principen om alla människors lika rätt till vård.[74] Om en svårt sjuk patients liv kan förlängas med några månader ska synpunkter som ovan ligga till grund för om en behandling inte ska ges. Kostnaden för en kanske dyrbar behandling ska inte ha någon betydelse. Det ska påpekas att principen om alla människors rätt till vård även begränsar möjligheterna till att beakta andra intressen. Principen bortser från det eventuella intresse patientens familj och andra närstående kan ha om behandlingen genomförs eller inte. Det är inte förenligt med gällande rätt att antingen genomföra eller avstå från att genomföra en behandling baserad på familjens eller närståendes åsikt.[75]

Vidare ska inte patientens ålder, gammal eller ung, ha betydelse för vilka insatser som ska sättas in eller inte. Patientens ålder kan ändå påverka vilka metoder som används eftersom avgörandet för behandlingen är baserad på varje patients behov och förutsättningar. Även sett ur hälsoekonomisk synvinkel finns ett annat intresse än principen om alla människors lika rätt till vård. Enligt denna ska den som antas ha fler år kvar att leva prioriteras, eftersom den patienten anses ha större nytta av en livräddande behandling. Ett liknande resonemang förs även om det så kallade begreppet qualys (quality adjusted life years, *kvalitetsjusterande levnadsår*), men sådana åsikter strider mot principen om alla människors lika rätt till vård.[76]

---

[72]http://juridik.thomsonreuters.se/app/document?docguid=i7E62EB96FD5D2857E040DF0A17655DDD&startChunk=1&endChunk=1&et=1%C2%A0%C2%A7&element=SFS1998-0531_K2_P1&sumtid=std-se-summarization-elementrel&productkey=KPGFORFONL&family-guid=i7EC1DAFFE1AA992CE040DF0A17654392&src=doc&formatCode=sct&. Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24: 41-51.

[73] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 86-100. Se även prop. 1981/82:97 s. 113 och prop 1996/97:60 här redovisas vissa allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Se del 7.6 sida 39 för mer information.

[74] Se HSL 2 §.

[75] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 86-100.

[76] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 86-100.

Det är en förutsättning att patienten är villig att ta emot behandling för att livräddande åtgärder ska kunna användas. Är patienten beslutskompetent har han eller hon rätt att tacka nej till behandlingen. Däremot finns det lagstöd för undantagssituationer där patienten inte har samma val möjlighet.[77] Det som är vanligt förekommande vid situationer där livräddande eller livsuppehållande insatser aktualiseras är att patientens tillstånd gör det omöjligt att inhämta någon giltig viljeyttring. Vid sådana situationer uppkommer frågan om vilken betydelse som ska tillmätas eventuella tidigare viljeyttringar. Vidare kan man även diskutera i vilken utsträckning någon annan kan vara behörig att besluta i patientens ställe. Ska exempelvis patientens make få bestämma eller ska vårdnadshavare få bestämma när patienten är ett barn?[78]

Patienten har rätt att tacka nej till vård, detta garanteras i grundlagen 2:6 RF. Enskilda garanteras ett skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp från det allmännas sida. Undantag från detta skydd kan endast ske med stöd i lagen, när det gäller kirurgiska ingrepp, medicinering och läkarundersökning. Denna rättighet har även enskilda enligt Europadomstolen, där frågan aktualiserades i fallet Dianne Pretty mot Storbritannien.[79] Europadomstolen uttalade att en vuxen beslutskapabel patient har rätt att välja döden genom att avböja en behandling som skulle kunna förlänga livet.[80]

Tvång som åtgärd existerar varken i hälso- och sjukvårdslagen eller i lagen om yrkesverksamhet. Vården är tvärtom en frivillig förmån som patienten kan välja att avstå ifrån. Enligt 2:1 LYHS ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras *i samråd med patienten*, samtidigt som de visas *omtanke* och *respekt*. Vidare kräver lagen samtycke till alla planerade vårdåtgärder. Ingen får påtvingas behandling mot sin vilja eller utsättas för tvång i vården utan stöd av lag. ”Trots lagtextens ganska vaga formuleringar om samråd och respekt kan det alltså inte råda någon tvekan om att den beslutskompetente, vuxna patienten formellt har full frihet att acceptera eller avböja en erbjuden behandling, samt att ett givet samtycke när som helst kan återkallas utan särskilda krav på hur detta ska ske.”[81] Vid nödsituation enligt 24:4 BrB och i de fall då Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård kan tillgripas kan tvång användas, men endast då.[82]

Skulle patienten vilja avbryta en livsuppehållande behandling är det personalens skyldighet att förvissa sig om att patienten kunnat tillgodogöra sig informationen samt att patienten förstår konsekvenserna av sitt beslut enligt 2:2 a LYHS. Om medicinska åtgärder kan utgöra en risk för patienten eller om de är avgörande för en framtida livskvalitet ska en alternativ medicinsk bedömning presenteras för denne. Det åligger

[77] Det gäller exempelvis patienter som faller in under Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
[78] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 86-100.
[79] Pretty v UK (Storbritannien) se del 5 sida 21.
[80] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 98-110.
[81] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 99.
[82] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 99-110.

personalen att ge sådan information då vetenskap och beprövad erfarenhet inte är tillfyllest.[83]

Patienten har även rätt att tacka nej till en pågående behandling. Processen behöver inte vara dramatisk. Det kan ske genom att hälso- och sjukvårdspersonalen underlåter att exempelvis ge någon ytterligare läkemedelsdos eller dialys. Dramatiskt kan det bli när avbrytandet kräver en aktiv handling från personalens sida, i synnerhet om döden inträder som en omedelbar följd av åtgärden. Oavsett om patienten tackar nej till livsuppehållande behandling eller till en pågående behandling ska patienten ges en god vård. I det här sammanhanget innebär god vård att patienten ska erbjudas god omvårdnad och palliativa insatser i form av bland annat tillfredställande smärtlindring.[84]

Detta kan jämföras med läkarassisterat självmord, framförallt i de situationer där patienten tackar nej till vård och behandlingen underlättas genom palliativa insatser. Enligt Socialstyrelsen är det dock en avgörande skillnad eftersom det är *patientens bakomliggande tillstånd som orsakar döden*, då patienten avstår från fortstatt behandling.[85]

Det finns inga klara och tydliga regler som anger vilka kriterier man som patient ska uppfylla för att ha inflytande över den egna vården. Detta trots att hälso- och sjukvården kräver samtycke vid behandling. Det enda som förklaras är begreppet beslutskompetent person. En beslutskompetent person har förmågan att tillgodogöra sig tillräcklig information och överblicka konsekvenser av sitt beslut. Det är den behandlande läkaren som gör bedömningen ifall personen i fråga är beslutskompetent eller inte.[86]

Det saknas även riklinjer inom svensk rätt när det gäller vem som ska bestämma i stället för en vuxen patient, när patienten själv bedöms sakna tillräcklig beslutsförmåga. Enligt 2 b § HSL och 2:2 LYHS ska informationen lämnas till en av patientens närstående när patienten själv inte kan informeras. Om patient saknar kompetens att ta egna beslut i hälso- och sjukvårdsfrågor äger närstående ingen rätt att göra det åt dem. Något uttalat krav på att närstående ska medverka i samråd finns inte heller. Detta gäller även en god man eller förvaltare som utsetts av domstol för att tillvarata patientens intresse.[87]

---

[83] Angående innehållet i informationsskyldigheten se prop. 1998/99:4 s. 49. Se prop. 2008/09:74 angående vårdvalssystemet. Se prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten, vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning, s. 81. Paragrafen utgör en motsvarighet till 2 b § hälso- och sjukvårdslagen.

[84] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 98-110.

[85] Se Socialstyrelsens beslut på sida 23.

[86] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 98-110.

[87] http://juridik.thomsonreuters.se/app/document?docguid=i7E62EB96FD5D2857E040DF0A17655DDD&startChunk=1&endChunk=1&et=2%C2%A0%C2%A7&element=SFS1998-0531_K2_P2&sumtid=std-se-summarization-elementrel&productkey=KPGFORFONL&family-guid=i7EC1DAFFE1AA992CE040DF0A17654392&src=doc&formatCode=sct&. Och Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 98-110.

De minimistandardregler som finns för skydd av mänskliga rättigheter inom hälso- och sjukvården återfinns i Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin. I dags dato uppfyller inte Sverige de krav som där ställs, men ett arbete pågår. För att en anslutning ska kunna ske måste förslaget anpassas till svensk rätt. Ett förslag om nya bestämmelser rörande ställföreträdare i vården förelåg som ett betänkande för sex år sedan, Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112). Det har ännu inte lett till någon lagstiftning.[88]

När det gäller nödregeln 24:4 BrB, ger den normalt inte något utrymme för tvång i vården. ”Den enskildes rätt att själv bestämma över sitt liv och sin kropp anses normalt väga tyngre än intresset av att skydda liv och hälsa.”[89] I den här situationen får patientens beslutskompetens åter betydelse. För patienter som inte har förmåga att tillvarata sina egna intressen det vill säga patienter med nedsatt autonomi, kan det däremot finnas utrymme för att vidta angelägna behandlingsmöjligheter mot patientens vilja.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningens allmänna bestämmelser om information, samråd och respekt gäller även vid vård av barn och ungdomar. Enligt art. 1 Barnkonventionen avses med barn varje människa under 18 år. Oavsett ålder eller mognad har barn rätt att bli behandlade med respekt för sin person, men det finns vissa undantag. Hälso- och sjukvårdens åligganden kan inte alltid fullgöras gentemot barnet själv, just på grund av deras bristande ålder och mognad, utan måste ibland involvera dennes ställföreträdare. Enligt 6:11 föräldrabalken framgår det att barnets vårdnadshavare har både rätt och skyldighet att besluta i frågor som rör barnets personliga angelägenheter, såsom bland annat frågor inom hälso- och sjukvården. Vidare framkommer det av bestämmelsen att vårdnadshavaren i takt med barnets stigande ålder och utveckling ska ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. I praktiken kan det se annorlunda ut. En underårig patient som har tillräcklig mognad för att tillgodogöra sig relevant information och bilda sig en uppfattning om konsekvenserna har rätt att bestämma själv i den aktuella situationen.

Vilken grad av mognad som kan komma ifråga avgörs av de beslut som befinns vara nödvändiga i det enskilda fallet. Enligt ett utlåtande från Socialstyrelsen år 1989 ansågs 15-årsgränsen tjäna som ett riktmärke vid livsavgörande beslut såsom att avstå från blodtransfusion.[90]

Enligt huvudregeln 6:13 föräldrabalken ska båda vårdnadshavarna bestämma tillsammans i de fall då barnet har två vårdnadshavare. Den här bestämmelsen tvingar dock inte hälso- och sjukvården att tillkalla båda föräldrarna i situationer då olägenheten inte kan uppskjutas. Är det inte möjligt för den ena vårdnadshavaren att delta, får den andra istället bestämma. Det kan exempelvis röra sig om en fråga som har stor betydelse för barnets framtid, där situationen är så akut att barnets bästa uppenbarligen kräver ett omedelbart ställningstagande. Är situationen inte akut, då

[88] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 101.
[89] Holmquist, L m.fl. Brottsbalken – en kommentar, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24: 41-51. Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 103.
[90] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 104.

måste personalen invänta den andra vårdnadshavarens medverkan. Om båda finns på plats måste de vara eniga om vilka åtgärder som ska vidtas. Vården får inte genomföras enbart med bara den enes samtycke.[91]

En statlig utredning tillsattes av förre justitieministern Thomas Bodström för att se över hur barns rätt till vård och sociala insatser kunde stärkas. 2007 förelåg ett förslag som innebär att domstol ska kunna besluta att en av vårdnadshavarna ensam kunde fatta sådana beslut. Den nuvarande regeringen anser att socialnämnden är bättre lämpad än domstol i sådana ärenden och underkänner förslaget.[92]

”Vårdnadshavarnas rätt och skyldighet att fatta beslut som rör barnet är en viktig grundprincip som bygger på övertygelsen att ett barns föräldrar är de som är bäst lämpade att ta hand om barnet och se till barnets bästa. När ett barn har två vårdnadshavare, ska dessa utöva sina rättigheter och skyldigheter i förhållande till barnet tillsammans. Oftast kommer föräldrarna överens om beslut som är viktiga för barnen. Barnrättsorganisationer och vårdgivare har dock påtalat att barn i vissa fall inte får tillgång till hälso- och sjukvård och vissa sociala insatser som barnet har behov av på grund av att vårdnadshavarna inte är ense. Anledningen till oenigheten kan vara att det finns misstankar om våld i familjen eller en svår konflikt mellan föräldrarna efter en separation. I sådana situationer är det viktigt att samhället ger familjen stöd och ser till att barnet snabbt får den hjälp som han eller hon behöver. I promemorian föreslås det därför att psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling samt vissa insatser enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade ska få ges till barnet om det krävs med hänsyn till barnets bästa trots att endast en av vårdnadshavarna har samtyckt till det. Det handlar om fall där en vårdnadshavare och personal inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten bedömer att barnet behöver hjälp, till exempel genom behandling på barn- och ungdomspsykiatrin, BUP, men där den andra vårdnadshavaren säger nej. Det föreslås att socialnämnden ges befogenhet att pröva om insatsen krävs med hänsyn till barnets bästa. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2012.”[93]

Det ska poängteras att bara för att båda vårdnadshavarna har rätt och skyldighet att bestämma om barnets personliga angelägenheter innebär det inte att de har rätt att tacka nej till behandling å barnets vägnar. Enligt 6:1-2 föräldrabalken har vårdnadshavarna en skyldighet att tillvarata barnets intressen samtidigt som de tillgodoser barnets behov av omvårdnad, inklusive skydd för liv och hälsa. En grundläggande princip som både hälso- och sjukvården och vårdnadshavarna måste beakta är *principen om barnets bästa*.[94] Skulle en vårdnadshavares åsikt eller vilja strida mot principen om barnets bästa, exempelvis genom att vägra att gå med på en angelägen behandling kan det utgöra en grund för ett ingripande enligt *Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga* (LVU). Även *Socialtjänstlag*

---

[91]http://juridik.thomsonreuters.se/app/document?docguid=i7E62EB96EE292857E040DF0A17655DDD&startChunk=2&endChunk=2&et=13%C2%A0%C2%A7&element=SFS1949-0381_K6_P13&sumtid=std-se-summarization-elementrel&productkey=KPGFORFONL&family-guid=i7EB363DAC1A99A6BE040DF0A17654670&src=doc&formatCode=sct& och Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 98-110.

[92] Beslutanderätt vid gemensam vårdnad med mera (SoU 2007:52) & Barns rätt till vård och sociala insatser stärks (DS 2011:5).

[93] Beslutanderätt vid gemensam vårdnad med mera (SoU 2007:52) & Barns rätt till vård och sociala insatser stärks (DS 2011:5).

[94] Principen om barnets bästa – Barnkonventionen artikel 3.

(2001:453) (SOL) kan vara tillämplig i sådana situationer. Enligt 14:1 socialtjänstlagen har hälso- och sjukvårdspersonalen en anmälningsplikt i de situationer de misstänker att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd.[95]

Anser socialnämnden att det föreligger en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas, har nämnden rätt att överta bestämmanderätten över barnet. Enligt huvudregeln 4 § LVU krävs domstolsbeslut. Enligt 6 § LVU kan däremot interimistiska beslut fattas i akuta situationer av socialnämnden eller av nämndens ordförande ensam. Hälso- och sjukvårdspersonalen har enligt nödreglerna (24:4 BrB) rätt och skyldighet att i särskilt brådskande situationer ge barn livräddande behandling. Vårdnadshavare får inte avböja en potentiell livräddande behandling för sitt barn, enda gången det är möjligt är om vårdinsatsen inte kan anses vara förenlig med principen om barnets bästa, det vill säga då vårdåtgärden inte kan anses meningsfull.[96]

Enligt 2:2 LYHS ska så långt det är möjligt alltid samråd ske med patienten. Hälso- och sjukvårdspersonalen har en skyldighet att ge patienten individuell anpassad information om patientens hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns. I de situationer då patienten är ovetande ska hälso- och sjukvårdspersonalen påminna patienten om hennes/hans rätt att själv bestämma vilka erbjudanden hon/han vill acceptera. Omfattningen och utformningen av informationens innehåll ska anpassas efter patientens individuella behov. Detta ställer krav på hälso- och sjukvårdspersonalens inlevelseförmåga och hänsynsfullhet.[97]

---

[95] http://juridik.thomsonreuters.se/app/document?docguid=i7E62EB96EE292857E040DF0A17655DDD&startChunk=2&endChunk=2&et=2%C2%A0%C2%A7&element=SFS1949-0381_K6_P2&sumtid=std-se-summarization-elementrel&productkey=KPGFORFONL&family-guid=i7EB363DAC1A99A6BE040DF0A17654670&src=doc&formatCode=sct&.

[96] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 98-110.

[97] Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009. S. 98-110.

7 Hur påverkar aktiv dödshjälp ansvarsfrihetsgrunderna?

Fram till början av 1900-talet hade Sverige ett mycket högt straffvärde för alla former av dödande.[98] Idag ser det däremot annorlunda ut, självmord och medhjälp till självmord utgör inte ett brott. Den som berövar annan livet döms för mord eller dråp enligt 3:1 & 2 BrB. Förmildrande omständigheter kan föreligga om dödandet har skett av djup medkänsla enligt 29:3 p. 4 BrB eller med samtycke av den enligt 24:7 BrB som vill befrias från svårt lidande.[99] Detta, eftersom den enskildes rätt att bestämma över sitt liv inte accepteras av vår rättsordning. Därför finns det ett intresse att utreda legaliteten av dödshjälp med utgångspunkt för ansvarsfrihetsgrunderna.[100]

7.1 Vad gäller enligt gällande rätt?

Rättssystemet i Sverige har till uppgift att skydda enskilda medborgare mot skador till liv och lem. Döden är någonting som berör oss alla mycket starkt, och därför är det vanligt att det förekommer starka åsiktsyttringar vid förmodat intrång i den egna integriteten. Integritetsskyddet regleras bland annat i BrB:s tredje kapitel om brott mot liv och hälsa. Våld och dödande strider mot samhällsetiken och den föreställningen är starkt befäst hos människan. Detta påvisar sig bland annat genom att mord har tilldelats det högsta straffvärdet i vårt land, lägst tio och högst arton år, eller på livstid enligt 3:1 BrB. Till skillnad från många andra länder i världen, respekterar Sverige den enskildes rätt att själv bestämma över sitt liv, med en begränsning, beslutet får inte kränka ett annat väsentligt intresse.[101] Därför kan inte de som begår självmord eller försök därtill dömas till ansvar.[102]

Hur ställer sig svensk rätt till aktiv dödshjälp i livets slutskede? Framförallt handlar det om åtgärder som har till syfte att avkorta livet för en dödssjuk men ännu inte döende, på ett snabbt och smärtfritt sätt. När dödandet sker med samtycke från den döende kan det kallas för barmhärtighetsmord då handlingen utförs av medlidande för att befria personen från ett obotligt lidande och ett ovärdigt slut.[103] Den straffrättsliga frågan som då uppkommer är om gärningen utgör ett brott eller om den ska medföra ansvarsfrihet. Om det finns anledning att misstänka att ett brott begåtts uppstår frågan om det föreligger grund för att helt eller delvis fria gärningsmannen från straff.[104]

7.2 Vad gäller enligt de objektiva rekvisiten?

Enligt 3:1 och 2 BrB ska den som berövar annan livet dömas för mord eller dråp. Detta gäller alla former av angrepp med dödlig utgång. Enligt kommentarer till lagrummen ger uttrycket ”beröva annan livet”, på grund av sin ordalydelse, tolkningen att det endast krävs ett aktivt handlande för att brott ska föreligga.[105] Dock

---

[98] Det var då dödsstraffet avskaffades.
[99] Se del 7.7 sida 40 om samtycke.
[100] Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s.159 ff.
[101] Se del 4. om grundlagen för ytterligare information.
[102] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 1, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 3:1 ff.. Och Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s.160 ff.
[103] Astrid Lindgrenfallet är ett exempel där ordet barmhärtighetsmord används flitigt se sida 15.
[104] Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s.159 ff.
[105] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 1, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 3:1 ff.

inkluderar uttrycket även underlåtenhet att handla för att rädda annan till livet. Detta anses strida mot legalitetsprincipen, ingen får dömas för ett brott som ej har stöd i lag, enligt 1:1 RF. För att någon objektivt sett ska bli ansvarig för underlåtenhet förutsätts att denne befinner sig i en garantställning. Med garantställning menas en skyldighet att aktivt handla för att hindra att någon dör. Garantställningen gäller bland annat läkare, som kan bli ansvariga för sin underlåtenhet om de låter bli att ingripa och patienten dör. Underlåtenheten ska dock vara oförsvarlig sett ur medicinsk synpunkt.[106]

7.3 Vad gäller enligt de subjektiva rekvisiten?

Uppsåtligt dödande utgör mord eller dråp.[107] I vissa lägen är skillnaden dem emellan svår att avgöra. Rätten har framförallt att ta ställning till brottets karaktär och om motivet kan anses utgöra direkt eller indirekt uppsåt. Likgiltighetsuppsåt kan även förekomma. Straffsatsen för mord är fängelse i lägst 10 år och högst 18 år, eller på livstid.[108] För dråp gäller fängelse i lägst sex och högst tio år.[109] Sker dödandet av oaktsamhet utgör brottet istället vållande till annans död enligt 3:7 BrB.[110] Jag kommer i fortsättningen att förhålla mig till uppsåtligt dödande och kommer därför inte att fördjupa mig mer i begreppet vållande till annans död.

Uppsåt innebär att gärningen företas ”med vett och vilja”, det vill säga är avsiktlig och planerad.[111] Med det menas att gärningsmannen äger full insikt om de konsekvenser som dennes handlande kommer att innebära och också är helt införstådd med vad han eller hon gör. Uppsåtet är med andra ord *direkt.*[112] När någon ger en annan person gift, avbryter näringstillförseln eller stänger av respiratorn för att förkorta dennes liv, är det en medveten, kontrollerad gärning.[113]

Uppsåtet kan även vara *indirekt*. Handlandet för gärningsmannen är nödvändigt men behöver i sin tur inte vara eftersträvat. En person kan blanda gift i ett glas mjölk, men är samtidigt medveten om att mjölken också är tillgänglig för andra. Indirekt uppsåt föreligger om andra skulle dricka mjölken och dö.[114]

Inom straffrätten finns även *likgiltighetsuppsåt,* som har ersatt eventuellt uppsåt. När gärningsmannen fullföljer sitt agerande trots misstankar om följden föreligger likgiltighetsuppsåt. Likgiltighetsuppsåtet är uppsåtets undre gräns, det vill säga gränsen till eller innan oaktsamhet. Personen har till exempel gett den sjuke en

---

[106] Jareborg, Nils. *Straffrättens ansvarslära*. Justus Förlag, Uppsala 1994. S. 50 ff. & Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s.161 ff.
[107] Enligt 3:1 & 2 BrB
[108] Enligt 3:1 BrB.
[109] Enligt 3:2 BrB.
[110] Holmquist, L m.fl. Brottsbalken – en kommentar, del 1, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 3:1 ff.
[111] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 1, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 3:1 ff.
[112] Jareborg, Nils. *Straffrättens ansvarslära*. Justus Förlag, Uppsala 1994. S. 50 ff.
[113] Se Kimfallet sida 22, att stänga av respiratorn. Även fallet med 83-åringen är relevant sida 37 och 42 eftersom det var en medveten handling. Ett fall som är svårare att definiera om uppsåt föreligger är Astrid Lindgrenfallet sida 15. Se även del 3 där aktiv och passiv dödshjälp definieras.
[114] Leijonhufvud, Madeleine & Wennber, Suzanne. *Straffansvar*, åttonde upplagan, Nordstedts. S. 55 ff.

överdos av en medicin och misstänker att den kan vara dödlig men skulle ändå ha handlat på samma sätt även om han vetat att överdosen hade dödlig verkan.[115]

7.4 Vad gäller enligt försök och förberedelse?

Gärningsmannen kan misslyckas i sitt uppsåt och inte nå den effekt han avsett med sitt agerande. Det betyder inte att gärningsmannen är fri från ansvar. Uppfyller handlingen de krav som ställs för försök eller förberedelse är gärningen straffbar och gärningsmannen går ej fri från ansvar. Om gärningsmannen haft för avsikt att beröva någon livet men istället orsakat kroppsskada kan gärningen bedömas antingen som misshandel men också som försök till mord eller dråp.[116]

Enligt 23:1 BrB föreligger *försök*, då någon påbörjat utförandet av ett brott utan att det fullbordats. Vidare ska fara föreligga för att handlingen ska leda till brottets fullbordan eller så ska sådan fara varit utesluten endast på grund av tillfälliga omständigheter.[117] Exempelvis har gärningsmannen haft uppsåt att döda genom förgiftning men inte kunnat förverkliga uppsåtet eftersom den sjuke fått kväljningar och andnöd och därför avbrutit handlingen.[118]

För att brottet ska anses vara påbörjat, ställs det krav på att brottet också skulle kunnat ha fullbordats. De typiska skolexemplen är att den som försöker ta livet av en person genom förgiftning inte kan dömas för försök till mord eller dråp, om inte giftet varit dödande. Likadant ses situationen om någon ger en dödlig dos åt en person, som han eller hon tror är döende men i själva verket redan är död. Detta eftersom brottet inte anses ha påbörjat. [119]

Att bestämma tidpunkten när försöket påbörjats är av avgörande betydelse. För att brottet ska anses vara påbörjat måste sådana åtgärder ha gjorts att en fullbordan är nära och möjlig. Klart är att den avgörande tidpunkten för försöket uppnåtts, när alla förberedelser gjorts för att kunna fullfölja brottet men att något föranleder ett avbrott.[120] Får någon till exempel ett glas med dödligt gift men råkar hälla ut drycken före förtäring, stannar brottet vid försök.

Förutom att brottet ska vara påbörjat krävs även att det förelegat fara för brottets fullbordan eller att sådan fara varit utesluten av en tillfällighet. Vid mord eller dråp anses fara föreligga redan när någon påbörjar brottet.[121] När den som ska utföra gärningen blir avbruten genom att någon kommer till platsen, föreligger visserligen inte längre någon fara för att brottet ska fullbordas men faran har uteslutits av en ren

---

[115] Leijonhufvud, Madeleine & Wennberg, Suzanne. *Straffansvar*, åttonde upplagan, Nordstedts. S. 55 ff.
[116] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 23:1 ff. Jareborg, Nils. *Straffrättens ansvarslära*. Justus Förlag, Uppsala 1994. S. 50 ff.
[117] Leijonhufvud, Madeleine & Wennberg, Suzanne. *Straffansvar*, åttonde upplagan, Nordstedts. S. 116 ff.
[118] Se sida 37 och 42 om fallet med 83- åringen.
[119] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 23:1 ff.
[120] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 23:1 ff.
[121] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 23:1 ff.

tillfällighet.[122]

Ett fall som behandlade just försöksfrågan är ett fall om en 83-årig man som med hjälp av en blandning av sprit och tabletter försökte ta livet av sin hustru. Kvinnan fick kväljningar och andnöd av handlingen, vilket ledde till att 83-åringen avbröt matningen och lät henne ligga kvar i sängen. Han tog inte heller livet av sig själv, vilket var planerat. 83-åringen berättade för en sjuksköterska vad han hade gjort och hustruns liv räddades. Händelsen var välplanerad. Ett avskedsbrev var skrivet och tabletterna hade mannen fått utskrivna flera månader tidigare. De hade många gånger talat om att dö tillsammans eftersom de inte ville ligga anhöriga och vården till last. Hustrun var sjuk och mådde psykiskt dåligt. Hon har troligtvis en demenssjukdom och kunde därför inte förhöras. Tingsrätten dömde 83-åringen till villkorlig dom och 150 dagsböter för dråpförsök. Tingsrätten ansåg att 83-åringen verkligen försökte döda sin hustru. Det var bara tillfälligheter som gjorde att han inte lyckades. Kvinnan hade svårt att svälja den dödliga blandning han gav henne och hon kräktes sedan upp den. Om inte detta hade inträffat skulle 83-åringen ha fortsatt att mata henne. Kvinnan hade i så fall dött, skriver tingsrätten i domen.[123]

Bilden kan vara en annan, ett mord eller dråp kan vara planerat och förberett utan att utförandet påbörjats. I så fall utgör förfarandet *förberedelse* till brott enligt 23:2 BrB. Vid förberedelse förutsätts att någon med uppsåt att utföra eller främja brottet tar befattning med olika föremål eller hjälpmedel såsom gift, sprängämnen eller vapen. Ekonomisk vinning i någon form kan också finnas med i bilden.[124]

Vidare bör *stämpling* till brott enligt 23:2 st. 2 BrB nämnas. Stämpling innebär att någon i samråd med annan beslutar att utföra gärningen, söker anstifta annan, åtager eller erbjuder sig att utföra brottet.[125]

7.5 Vad gäller enligt ansvarsfrågan?

Vid bedömning av det straffrättsliga ansvaret för dödshjälp i förhållande till mord eller dråp krävs vissa avgränsningar. Detta eftersom vissa medicinska åtgärder komplicerar ansvarsfrågan då de kan upplevas som dödshjälp när de i själva verket faller utanför området för dödshjälp.[126]

Vissa åtgärder kan i livets slutskede vara helt verkningslösa och fördröjer endast döden, vid sådana tillfällen har läkare rätt att avstå från behandling. Läkarens bedömning grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet, därför blir det ännu svårare att avgöra när behandlingen faller innanför eller utanför begreppet dödshjälp.[127] Läkaren kan i sådana situationer välja att avstå från medicinering eller

---

[122] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 23:1 ff.. Jareborg, Nils. *Straffrättens ansvarslära*. Justus Förlag, Uppsala 1994. S. 89 ff. Detta går att jämföra med 83- åring fallet. Se sida 18.
[123] Örebro tingsrätt. Mål nr B 829-10. 2010-04-30 meddelad i Örebro.
[124] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 23:1 ff. Jareborg, Nils. *Straffrättens ansvarslära*. Justus Förlag, Uppsala 1994. S. 89 ff.
[125] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 23:1 ff.
[126] Biörck, Gunnar. *Liv och död – medicinskt, juridiskt och etiskt.* SvJT 1965 s. 545 ff.
[127] 2 kap. 1 § Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

att inte tillgripa respirator eller andra tekniska hjälpmedel för att upprätthålla andning eller medvetande.[128]

För att patienten i livets slutskede i möjligaste mån ska hållas smärtfri kan en högre dos av morfin eller andra liknande medel vara motiverad, höga doser kan dock medföra att döden kommer tidigare. Åtgärden har som mål att ge den döende ett värdigt slut utan smärtor. I vissa situationer kan behandlingen innebära dödshjälp, om doseringen i sig leder till att livet avkortas för patienten. Användandet av smärtlindring i livets slutskede syftar inte till att döda därför är det orimligt att bedöma behandlingen som dödande. Även vid situationer då näringstillförsel avbryts i livets slutskede bör fallet undantas från begreppet dödshjälp. Detta förutsatt att beslutet fattats i samråd med de närstående. Läkaren har även i vissa situationer rätt att stanna respiratorn hos en patient, vars hjärtverksamhet upprätthålls på artificiell väg sedan den totala hjärninfarkten inträtt. När denna åtgärd vidtas är patienten redan död.[129]

Ett fall som tidigare har uppmärksammats är det så kallade Kirunafallet, där en läkare avbrutit pågående behandling av en patient efter samråd med anhöriga.[130] Domen är inte prejudicerande men får anses tolka rättsläget. Kvinnan ifråga hade varit medvetslös i två månader efter en hjärnblödning och bedömdes vara bortom all hjälp till förbättring. Efter att näringstillförseln genom dropp avbrutits avled hon en vecka senare. Åklagaren väckte åtal för åsidosättande av tjänsteplikt, enligt 20:1 och 20:5 BrB, och inte dråp, enligt 3:2 BrB, vilket kanske hade varit fallet idag. Läkaren erkände gärningen men bestred ansvar. Medicinalstyrelsens rättsmedicinska nämnd yttrade sig och menade att det hade varit fullt försvarligt och legitimt att avstå från att sätta in en behandling, speciellt eftersom droppbehandling satts in. Nämnden kom fram till att ett bibehållande av vätsketillförseln endast skulle ha inneburit ett meningslöst förlängande av livet.[131] Häradsrätten menade att patienten varit i sådant tillstånd att en fortsatt näringstillförsel inte haft någon medicinsk eller mänsklig uppgift att fylla. Med den motiveringen ogillades åtalet mot läkaren. Han ansågs inte ha förfarit på ett sätt som inte stod i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[132] Inte heller ansågs han ha brutit mot övriga regler av etiskt eller annat slag, som han hade att följa under utövning av sitt yrke.[133]

För att på ett enklare sätt skilja på om det föreligger dödshjälp eller inte, kan följande sägas. Dödshjälp föreligger, då någon med syfte att döda ingriper i skeendet hos en döende eller dödsjuk person för att av barmhärtighetsskäl avkorta dennes liv. Till skillnad från om handlandet är medicinskt motiverat. Straffrättsligt förutsätts det att de objektiva och subjektiva rekvisiten för dödandet uppfylls.[134] Sker dödshjälp utan att den döende gett sitt samtycke eller utan att ingripandet kan sägas ha skett med

---

[128] Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s.164 ff.
[129] Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s.164 ff. detta är någonting som har diskuterades i samband med Astrid Lindgrenfallet se sida 15. Även Socialstyrelsens beslut se sida 23.
[130] Jukkasjärvi och Karesuandos häradsrätt dom 5.2.1965.
[131] Jukkasjärvi och Karesuandos häradsrätt dom 5.2.1965.
[132] Leijonhufvud, Madeleine & Wennber, Suzanne. *Straffansvar*, åttonde upplagan, Nordstedts. S. 55 ff.
[133] Jukkasjärvi och Karesuandos häradsrätt dom 5.2.1965.
[134] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S.1:12 ff.

dennes vilja, inträder ansvar för dödandet, oavsett vilka motiv som ligger bakom åtgärden. Den dödes, eller dödssjukes önskan är avgörande för hur frågan om ansvarsfrihet ska bedömas. [135]

7.6 Vad gäller enligt ansvarsfrihet?

I 24 kap. BrB regleras de allmänna grunderna för ansvarsfrihet. Uppfyller gärningsmannen de förutsättningarna som ställs enligt ansvarsfrihetsgrunderna, ska gärningsmannen inte fällas till ansvar. Med andra ord betyder det att gärningen inte utgör något brott. Ansvarsfrihetsgrunderna leder till frikännande dom, även om gärningsmannen inte kände till att han handlade i ett sådant tillstånd.[136]

En gärning som sker i *nödvärn* enligt 24:1 BrB kan frita från ansvar om det kan bedömas som försvarligt. Med tanke på att nödvärn tar sikte på angrepp från någon som vill försvara sig eller sin egendom kan nödvärnsregleringen lämnas utanför dödshjälpsproblematiken [137]

Detta gäller även *nöd* enligt 24:4 BrB. Nöd kan åberopas i ett läge, då fara hotar liv eller hälsa eller egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse. Detta orsakar en konflikt mellan två motsatta intressen, där ett intrång i det ena legitimeras av att fara hotar det andra, om det inte kan anses oförsvarligt.[138] Låt oss tänka oss att en olycka med flera fordon inträffar. Av en händelse kommer en läkare till platsen i samma ögonblick. Han konstaterar ganska omgående att flera inblandade är svårt skadade och utifrån detta gör han en prioritering över vilka som måste behandlas först. Han tvingas inse att en omedelbar insats skulle kunna rädda någon till livet men i samma stund innebära en annans död. I samma exempel sitter en svårt skadad person fastklämd och hindrar på så sätt andra från att kunna ta sig ut. Eftersom faran är överhängande för att fordonet ska fatta eld kan det finnas fog för ett angrepp på denne för att rädda andras liv, enligt 24:4 BrB. Beslutet kan ses i skenet av den nödsituation som råder. I fall där läkare tvingas stänga av respirator för en patient i livets slutskede för att kunna rädda annans liv föreligger också en nödsituation. För att det ska finnas grund för ansvarsfrihet får agerandet inte vara oförsvarligt.[139]

Enligt svensk rätt kan ett giltigt *samtycke* enligt 24:7 BrB i vissa fall ha ansvarsfriande verkan. Det förutsätts att personen som utsätts för ett angrepp förstår innebörden av ett samtycke. Samtycket måste ha lämnats före angreppet och angetts frivilligt. Det ska också ha lämnats med full insikt om de relevanta förhållandena. Slutligen måste samtycket vara allvarligt menat.[140]

Vid angrepp på person blir det skadans art eller syftet med gärningen som avgör om samtycket ska utesluta att brott föreligger. Enligt praxis ska den som orsakar ringa

---

[135] Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s.166 ff.
[136] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24:1 ff. Och Jareborg, Nils. *Straffrättens ansvarslära*. Justus Förlag, Uppsala 1994. S. 150 ff.
[137] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24:1 ff.
[138] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24:1 ff.
[139] Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005. s.167 ff.
[140] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24:1 ff.

kroppsskada nästan alltid frias från ansvar, om det föreligger giltigt samtycke.[141] Det gäller också i vissa fall något allvarligare skador. Samtycke till svår kroppsskada leder aldrig till ansvarsbefrielse, oavsett syftet med gärningen.[142] Sentensen ”volenti non fit injuria” brukar användas för att påvisa tanken bakom begreppet samtycke som ansvarsgrund. Med det menas att den samtyckande sker ingen orätt. Denna straffrättsliga tes pekar på att varje person inom vissa gränser själv kan bestämma över sina förehavanden. Staten behöver inte vara ansvarig och uppträda som skydd åt den som själv väljer att avstå från ett intresse. Här rör det sig också om att acceptera någons agerande.[143] Frågan är nu vilken betydelse ett samtycke till uppsåtligt dödande kan ha, när det rör sig om dödshjälp.

7.7 Vad gäller enligt samtycke som grund för ansvarsfrihet?

Lagkommentaren till mord och dråp enligt 3:1-2 BrB ger en begränsad vägledning om vilken betydelse det bör ha för domstolsprövningen att brottet begåtts av altruistiska skäl, något som skulle kunna tala för en mildare bedömning.[144] Enligt 29:1 st. 2 BrB har det ansetts fullt tillräckligt med hänsynstagande till gärningsmannens avsikter och motiv vid dödande med samtycke och den reducering av straffvärdet som enligt 29:3 p. 3 BrB blir följden av att en gärning föranletts av stark mänsklig medkänsla och att samtycke förelegat.[145]

Under förarbetena till 3 kap. BrB om mord, dråp och misshandel föreslog straffrättskommittén[146] att en paragraf om samtycke skulle tas in. ”Har samtycke till gärningen som i detta kapitel sägs, lämnats av den mot vilken gärningen riktade sig, må alltefter gärningens art, bevekelsegrunder och omständigheterna i övrigt, straffet nedsättas eller från straff frias”.[147]

Straffrättskommittén framhöll att det kunde anses stötande att inte fria eller ge straffnedsättning i de situationer då motivet varit medlidande och gärningen utförts

---

[141] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24:59-67. Proposition 1993/94:130. “I NJA 1993 s. 553 frikändes en skolpojke från ansvar för misshandel av en kamrat. Han hade tilldelat denne ett relativt kraftigt slag i ansiktet, vilket medfört smärta, svullnad och medvetslöshet. HD uttalade, när två ungdomar inlåter sig i bråk med varandra följer därav att båda är inställda på att ofreda den andre och i någon utsträckning tillfoga varandra smärta och ringare övergående skador. Så länge bråket eller slagsmålet hålls på den nivån, får det anses ligga i situationen som sådan att det inte kan bli fråga om ansvar för ofredande eller misshandel. Detta följde av allmänna rättsgrundsatser om samtyckes ansvarsbefriande verkan (före tillkomsten av 24:7 BrB). I NJA 2004 s. 176 åtalades en man för att han haft oskyddade samlag med en person, trots att han varit HIV-smittad. Målsäganden uppgav sig ha varit medveten om smittan. HD fann därför att samtycket hade ansvarsbefriande verkan och ogillade åtal för framkallande av fara för annan enligt 3:9 BrB.”

[142] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24:1 ff.

[143] Rynning, E. *Samtycke till medicinsk vård och behandling – En rättsvetenskaplig studie*. Iustus Förlag Uppsala 1994. S. 167.

[144] Altruistisk betyder bl.a. hjälpsam, osjälvisk, oegoistisk och uppoffrande. http://www.woxikon.se/svenska/altruistisk.php.

[145] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 1, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 3:13 ff.

[146] Straffrättskommitténs betänkande med förslag till brottsbalk, SOU 1953:14, s. 145 ff. & Proposition 1962:10 med förslag till brottsbalk, del C, s. 38 ff.

[147] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 1, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 3:1 ff.

endast av medkänsla för den döende. Den framhöll vidare att vid vissa särskilda undantagsfall skulle bestämmelsen ge straffrihet för en anhörig eller närstående som efterkommit en begäran från en döende eller svårt sjuk person.[148]

Lagstiftaren godtog inte förslaget, därför kom BrB att sakna en regel om verkan av samtycke. I och med detta hänvisade departementschefen domstolarna att tillämpa de allmänna bestämmelserna om nedsättning eller uteslutning av påföljd. I motiven framhölls det samtidigt att dessa bestämmelser skulle tillämpas bara ” i mycket exceptionella fall med beaktande av gärningens art och bevekelsegrunderna för gärningen, då annat skulle vara stötande för den allmänna rättskänslan”.[149] Vid dödande efter samtycke kunde sådana fall tänkas föreligga.[150]

Som jag tidigare nämnt är det så kallade Hedebyfallet välkänt, där frågan om ansvar för dödshjälp ansågs vara avgörande för utfallet. Fallet handlade om en man, som var förlamad på grund av sjukdomen multipel skleros. Han saknade rörelseförmåga i sådan omfattning att han behövde hjälp med att äta och dricka. Berit Hedeby matade honom med höga doser av barbitursyra och insulin i sådan mängd att dessa i sig var dödande. Hon åtalades för dråp då rätten ansåg att uppsåt förelåg. Själv menade hon att hon efterkommit mannens begäran om att få dö och att hennes handlande borde betraktas som medhjälp till självmord. Hon ansåg att hon borde frias från ansvar och bestred därmed åtalet.[151]

HovR tog ställning till om Hedebys gärning utgjorde medhjälp till självmord eller om hennes medverkan skulle bedömas som gärningsmannaskap. HovR gjorde följande bedömning att enligt gällande rätt utgör dödande med samtycke en brottslig gärning, medan medhjälp till självmord anses vara straffritt. För att lösa problemet, huruvida Hedebys åtgärder skulle betraktas som dödande med samtycke eller medhjälp till självmord, använde sig HovR av de allmänna principer som gäller gränsdragningen mellan gärningsmannaskap och medhjälp. HovR uppmärksammade straffrättskommitténs uttalanden (SOU 1953:14 s. 103). Kommittén fastlog att medverkan till självmord och dödande med samtycke ska ses lika. Att medverka till självmord genom att ge den andre gift och på hans begäran placera det på hans läppar ska enligt kommittén inte ha någon avgörande skillnad. Statsmakterna godkände inte kommitténs förslag och av den anledningen kunde HovR inte ta ställning till kommitténs utlåtande. Med tanke på den utformning BrB:s regler fått var därför HovR tvingad att pröva åtalet med beaktande av den berörda konflikten. Tyngden i avgörandet skulle därför ligga mot bakgrund av de starka hänsyn till människolivets okränkbarhet som bär upp BrB:s regler beträffande dödande. Mord och dråp tillhör de svåraste brotten i rättsordningen, det framkommer genom de stränga straffbestämmelser som gäller, därför ska inte samtycke till dödande fria från straff. Med hänsyn härtill och till den ömtåliga situation som regelmässigt föreligger, är det angeläget att medhjälpsbegreppet inte ges en alltför vidsträckt tolkning. Det föreligger gärningsmannaskap såvida den medverkande inte bara ställer dödande medel till den sjukes förfogande eller på annat sätt bereder denne möjlighet att själv vidtaga den åtgärd som medför döden. Att Hedeby hade anskaffat och erbjudit Sven-Erik H de dödande medlen utgjorde medhjälp, men Hedeby gick emellertid ännu längre. Det

[148] Straffrättskommitténs betänkande med förslag till brottsbalk, SOU 1953:14, s. 145 ff.
[149] Proposition 1962:10 med förslag till brottsbalk, del C, s. 38 ff.
[150] Proposition 1962:10 med förslag till brottsbalk, del C, s. 38 ff.
[151] NJA 1979 s. 802.

faktum att hon matade honom med tabletterna och injicerade insulinet i hans arm gjorde henne enligt bedömningen till gärningsman.[152]

HD gjorde samma bedömning som HovR men utvidgade bedömningen genom ett tillägg. HD konstaterade att Berit Hedeby hade vidtagit dessa åtgärder efter mannens begäran i syfte att han skulle somna in. Hennes handlande var planerat och förutbestämt och utfördes praktiskt taget utan avbrott. Därför betraktades handlingarna i ansvarshänseende som en enda gärning. Gärningsförloppet bestämdes till självständigt handlande och hennes medverkan bedömdes som gärningsmannaskap. Även om hon enligt egen utsago efterkommit mannens önskan och helt gjort honom till viljes, kunde det enligt HD inte frita henne från ansvar. Detta eftersom de båda preparaten, var för sig eller i förening, hade orsakat Sven-Erik H:s död och Hedeby bevisligen varit den som gett honom dem ansågs hon som gärningsman. Berit Hedeby dömdes därmed till dråp.[153]

Fängelsestraffkommittén[154] konstaterade att aktiv dödshjälp i princip var brottsligt, men lyfte ändå frågan om att införa en regel om samtycke som en grund för ansvarsfrihet. Kommittén ansåg att det borde finnas en möjlighet för domstolarna att i vissa situationer underlåta att straffa den som tagit annans liv då man haft dennes samtycke. Vidare påpekade fängelsestraffkommittén att omständigheter som hade samband med brottet, inte skulle leda till nedsättning eller eftergift av påföljd utan istället påverka gärningens straffvärde. I de situationer, då de var tungt vägande, borde de leda till frihet från ansvar. Alltså ville kommittén införa en ny regel i svensk rätt, där samtycke i vissa situationer skulle frita den som utfört uppsåtligt dödande. Framförallt skulle det handla om exceptionella fall där vissa förutsättningar skulle råda. Bland annat skulle det vara uppenbart stötande för den allmänna rättskänslan att döma till ansvar då det förelåg fullt giltigt samtycke. Dessutom måste det stå klart att personen i fråga ville dö och att denne saknade eller i varje fall hade ytterst begränsade möjligheter att själv åstadkomma denna effekt.[155]

Ett fall som redan har behandlats men som är viktigt att lyfta fram igen är fallet med 83-åringen.[156] Mannen hävdade att han och hustrun varit överens och att samtycke förelåg sen tidigare och ett brev fanns som bevis för det. I och med att hustruns sjukdom i hög grad förvärrades bestämde han sig för att fullfölja det de kommit överens om, att dö tillsammans. Han hade två månader tidigare införskaffat tabletter för detta ändamål. Vid utförandet fick kvinnan kväljningar och andnöd, detta ledde till att processen avbröts. Tingsrätten accepterade inte 83-åringens handlande och dömde mannen för dråpförsök.[157]

---

[152] NJA 1979 s. 802.
[153] NJA 1979 s. 802.
[154] Holmquist, L m.fl. *Brottsbalken – en kommentar*, del 2, Studentutgåva 6. Nordstedts juridik 2009. S. 24:60 ff & Fängelsestraffkommitténs betänkande ”Frihet från ansvar”, SOU 1988:7. & prop. 1993/94:130 om ansvarsfrihetsgrunder m.m. Observera att Fängelsestraffkommittén inte är samma kommitté som Straffrättskommittén.
[155] Fängelsestraffkommitténs betänkande ”Frihet från ansvar”, SOU 1988:7. Sida 99 ff. & prop. 1993/94:130 om ansvarsfrihetsgrunder m.m. Observera att det inte är samma kommitté som straffrättskommittén fotnot 146.
[156] Se mer om fallet på s.16 eller Örebro tingsrätt. Mål nr B 829-10. 2010-04-30 meddelad i Örebro.
[157] Örebro tingsrätt. Mål nr B 829-10. 2010-04-30 meddelad i Örebro. Se sida 37 och 42 för mer info.

Vidare diskuterade fängelsestraffkommittén om hypotetiskt samtycke skulle godtas som grund för ansvarsfrihet. Den visade på skäl som talade för det men hävdade att det fanns starka argument som bevisade motsatsen. Kommittén fann att det skulle skapa problem i rättsskipningen, då det var svårt i efterhand fastställa den samtyckandes verkliga inställning, om denne tillfrågats. En enkel invändning från gärningsmannen i processen skulle bli att han trott att han skulle ha fått samtycke, om han frågat.[158]

Genom proposition 1993/94:130 om ansvarsfrihetsgrunder med mera kom en ny lagstiftning till. 24:7 BrB infördes med följande lydelse: ” En gärning som någon begår med samtycke från den mot vilken den riktas utgör brott endast om gärningen, med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter, är oförsvarlig”. Fängelsestraffkommitténs förslag hade haft viss påverkan, men dödande utgjorde fortfarande ett brott även om gärningen skedde med samtycke. Respekten för människolivet ansågs väga tyngre än den enskildes intresse att med annans hjälp få avkorta livet. I och med detta ville man understryka förkastligheten av att beröva någon livet.[159]

7.8 Vad gäller enligt straffnedsättning?

Den som genom dödshjälp berövar annan livet med dennes vilja och samtycke, fritas inte från ansvar, men det betyder inte att samtycket saknar betydelse för den rättsliga bedömningen. Genom 29 kap. BrB om straffmätning och påföljdseftergift kan straffet sättas ned eller helt falla bort.[160] En viktig detalj som fängelsestraffkommittén uttalade är att det är en socialpedagogisk skillnad mellan att, å ena sidan slippa åtal för ett handlande på grund av att brott inte föreligger och å andra sidan erhålla påföljdseftergift eller straffnedsättning.[161] Med de två sistnämnda menas att domstolen slår fast att ett brott begåtts och att den dömde handlat klandervärt med alla konsekvenser det för med sig.[162]

I slutändan är det domstolens sak att bedöma om motivet för brottet ska påverka dess straffvärde och straffmätning. Enligt huvudregeln ska straffet bestämmas inom ramen för den tillämpliga straffskalan efter brottets straffvärde. Exempelvis är straffskalan för dråp lägst sex år och högst tio års fängelse och för mord fängelse lägst tio och högst arton år, eller på livstid.[163]

Enligt 29:3 BrB anges en rad förmildrande omständigheter. Dessa kan ha betydelse för bedömningen av straffvärdet och möjligen ge ett lindrigare straff än det som är föreskrivet.[164] En sådan omständighet enligt 29:3 p. 3 BrB är att brottet förövats av stark mänsklig medkänsla. Även andra viktiga omständigheter som påverkar straffmätningen är 29:5 p. 3, 6 och 8 BrB. Det vill säga att den tilltalade frivilligt har

---

[158] Fängelsestraffkommitténs betänkande ”Frihet från ansvar”, SOU 1988:7. S. 99 ff.
[159] proposition 1993/94:130 om ansvarsfrihetsgrunder m.m.
[160] Brottsbalkens 29:e kapitel infördes genom 1989 års brottsbalksreform. Proposition 1987/88:120 om straffmätning och påföljdsval m.m.
[161] Fängelsestraffkommitténs betänkande ”Frihet från ansvar”, SOU 1988:7. S. 99 ff. Proposition 1987/88:120 om straffmätning och påföljdsval m.m.
[162] Proposition 1987/88:120 om straffmätning och påföljdsval m.m.
[163] Enligt 3:1-2 BrB
[164] Jareborg, Nils & Zila, Josef. Straffrättens påföljdslära. Andra upplagan. Nordsteds Juridik AB 2007. S. 97 ff.

angett sig, eller till följd av hög ålder eller dålig hälsa skulle drabbas oskäligt hårt av ett straff, utmätt efter brottets straffvärde, eller på grund av någon annan omständighet dömes till ett lägre straff än brottets straffvärde motiverar.[165] Med andra ord är det möjligt att döma till lindrigare straff än det som gäller för brottet. Vidare sägs det enligt 29:6 BrB att om någon omständighet föreligger som gör det ”uppenbart oskäligt att döma till påföljd”, ska rätten meddela påföljdseftergift, det vill säga inte utdöma något straff.[166]

Hedeby hävdade inför rätten att hennes handlande hade ett humanitärt syfte och att det var ett uttryck för att tillmötesgå den sjukes bestämda vilja. Rätten tog det i beaktande men fastslog att gärningen innebar ett allvarligt avsteg från den rättsuppfattning som präglar BrB:s hithörande bestämmelser. Respekten för människolivet utgör grunden i dem, med utgångspunkt i att livets värde för en svårt sjuk kan synas oklart. Eftersom det saknades lagstiftning på området eller i varje fall vägledande riktlinjer med nödvändig förankring i samhället kunde det inte komma i fråga att bryta med hittillsvarande grundsatser och godta så kallade dödshjälp. Detta gav ändå rätten förutsättningar för att döma till lindrigare straff än vad som är föreskrivet för brottet dråp. Hovrätten bestämde påföljden till ett års fängelse och gick således under minimistraffet sex år. HD gjorde samma bedömning.[167] Man kan ställa frågan om utgången skulle blivit en annan idag, med tanke på att domen meddelades före 1989 års ändringar av BrB. Det var då de särskilda bestämmelserna om straffmätning och påföljdseftergift infördes.

Tingsrätten i Örebro gjorde nästan en likadan bedömning i fallet med 83-åringen, men i det här fallet dömdes mannen till villkorlig dom och 150 dagsböter för försök till dråp. Viktigt att påpeka är att i fallet med 83-åringen bedömdes det vara försök till dråp, domstolen tog även hänsyn till hans ålder enligt 29:5 p. 6.[168]

Även om samtycke och begäran lämnats av döende utgör det inte skäl nog för den enskilde att bestämma över sin död. Hedebyfallet är ett exempel på det. Gränsen mellan dödande och självmord kan i och för sig synas subtil, men svensk rättsordning rubricerar det inte som etiskt försvarbart. Att efter en persons önskan införskaffa och förse denne med dödande medel så att denne själv kan ta sitt liv är inget brott, man agerar som medhjälpare till självmord. I den händelse man för in medlet i den döendes mun och låter personen svälja det är man däremot att betraktas som gärningsman. Så blev utgången både i Hedebyfallet och fallet med 83-åringen.

Det finns ett tredje fall som påminner mycket om de två tidigare nämnda, men med en annan utgång.[169] Fallet handlar om en mor som blev frikänd från anklagelsen för dråp, sedan hon hjälpt sin dotter att ta sitt liv. Dottern led av sjukdomen Huntingtons Corea (”danssjuka”) som är en ärftlig form av hjärnförtvining. Sjukdomen är dödlig och det tar ungefär 10-15 år mellan diagnos och dödens inträde. Dottern ville dö och hade vid några tillfällen tidigare försökt ta sitt liv. Mamman matade sin svårt sjuka dotter med,

---

[165] Se sida 37 och 42, om fallet med 83-åringen - Örebro tingsrätt. Mål nr B 829-10. 2010-04-30 meddelad i Örebro.
[166] Jareborg, Nils & Zila, Josef. Straffrättens påföljdslära. Andra upplagan. Nordsteds Juridik AB 2007. S. 97 ff.
[167] NJA 1979 s. 802.
[168] Örebro tingsrätt. Mål nr B 829-10. 2010-04-30 meddelad i Örebro.
[169] RH 1996:69 – rättsfall från Falun.

en i sig dödlig dos av, Stesolid och Doloxene samt gav henne vin och vatten att dricka. Dottern dog i mammans åsyn. Flera faktorer blev avgörande för domstolens frikännande av mamman. Dottern var beslutskompetent, hon hade inte övertalats utan beslutet var hennes eget. Det faktum att hon varit kapabel att spotta ut läkemedlet snarare än att svälja det sågs som ett tydligt uttryck för att hon handlade medvetet och var införstådd med konsekvenserna. Obduktionen styrkte också mammans beskrivning av händelseförloppet och blev på så sätt avgörande för utslaget av domen.[170]

Som tidigare nämnts är min frågeställning relaterad till Hedebyfallet, därför är det av intresse att belysa hur situationen hade sett ut idag. Med tanke på utgången i Hedebyfallet är det inte möjligt för en som Sven-Erik H att få hjälp att ta sitt liv. Att han är förlamad och inte kapabel att själv göra det har ingen betydelse. Hedebys agerande hade fortfarande setts som en gärningsmans. Socialstyrelsens beslut hjälper inte heller en person i Sven-Erik Hs situation, eftersom han/hon inte är kopplad till en respirator och i så motto inte påbörjat en livsuppehållande behandling. Sven-Erik H kunde inte äta själv utan behövde få hjälp med matning. Om Hedeby avstått från att injicera insulinet hade kanske utgången blivit densamma som RH 1996:69 och då hade förmodligen Hedeby inte setts som en gärningsman och inte heller dömts till dråp. Detta eftersom Sven-Erik H uppfyller de krav som ställs enligt RH 1996:69, där det sägs att personen i fråga ska vara beslutskompetent och inte under påverkan av personer i omgivningen samt att han/hon ska frivilligt svälja tabletterna. Det som däremot med säkerhet skulle kunna hjälpa en person i samma situation som Sven-Erik H behandlas i nästa kapitel om komparativ rätt.

[170] RH 1996:69 – rättsfall från Falun.

8 Den komparativa rätten

Det finns alltid en pågående konflikt när det gäller att skydda och rädda mänskligt liv och den enskildes rätt att vara sin egen herre över kropp och själ. Detta avspeglar sig också med tydlighet i den internationella rätten. Inom vården synliggörs dessa sidor då den huvudsakliga uppgiften där är att återställa hälsa och rädda liv men också hjälpa den som lider och vara lyhörd för den enskilde patientens önskemål.[171] Premisserna inom lagstiftningen för dödshjälp, läkarassisterad suicid och beslut att inte ge livsuppehållande behandling, ser därför olika ut från land till land. Gällande rätt saknar ofta ett dokumenterat stöd hos större delen av befolkningen. När mänskliga rättigheter och grundläggande friheter står på spel söker vi gärna internationell samsyn. De europeiska regelverken uppvisar ändå en stor samstämmighet i synsätt på det aktuella området. Europarådets undersökning från 2003 visar på en markant samsyn beträffande förbudet mot dödshjälp. En något mera tolerant inställning syns föreligga vid barmhärtighetsmord eller dödande av någon med dennes samtycke, men anses ändå som en brottslig handling.[172]

Sedan år 2006 är dödshjälp tillåtet i Belgien och Nederländerna, där läkare i vissa fall inte ställs till ansvar vid dödshjälp. I övriga europeiska länder är dödshjälp förbjudet. Läkarassisterad suicid förekommer och är tillåten i Estland, Schweiz och de amerikanska staterna Oregon och Washington. I övriga europeiska stater är suicid alltid straffbart oavsett vem som än utför handlingen, ingen skillnad görs där på läkare eller civila i sådana fall. I Sverige och Tyskland är rättsordningen mer tillåtande i det avseendet om assisterad suicid utförs av läkare.[173]

I undersökningen från 2003 framgår ändå att majoriteten av de europeiska staterna inte tillåter dödshjälp eller läkarassisterad suicid. Patientinflytandet varierar från land till land, undersökningen ger dock bevis för att länderna inte kan neka den enskilde rätten att vägra ta emot vård. I vissa fall, när medicinska åtgärder anses vara meningslösa, förekommer det att patienten inte ens är delaktig i beslutet.[174] Danmark, Finland, Schweiz och Spanien är länder där så kallade livstestamenten är rättsligt bindande, i övriga länder har de inte samma relevans. Livstestamente innebär att man kan ge uttryck för en önskan att avstå från behandling. Liknande lagstiftningsarbete om förhandsdirektiv pågår bland annat i Sverige, Frankrike och Storbritannien. I Nederländerna och Belgien finns möjligheten att i förväg utfärda liknande direktiv när det gäller läkarassisterad dödshjälp.[175]

---

[171] Se del 2 Historia – hur synen på dödshjälp har förändrats sida 11. Och Kimfallet sida 22.

[172] Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan, Liber AB Stockholm 2009 s.16 ff. Och Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). Att få hjälp att dö. Studentlitteratur 2005. s.192 ff. Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia, Council of Europé Steering Committee on Bioethics (CDBI), 20 january 2003.

[173] Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia, Council of Europé Steering Committee on Bioethics (CDBI), 20 january 2003. Termination of life on request and assisted suicid (review procedures) act, antagen den 1 april 2001. Engelsk översättning tillgänglig i elektronisk version bl.a. på http://www.nvve.nl/english/info/euthlawenglish.pdf. Act concerning Euthanasia, antagen den 28 maj 2002. Engelsk översättning tillgänglig på http://kuleuven.ac.be/cbmer/viewpic.php?LAN=E&TABLE=DOCS&ID=23. Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan, Liber AB Stockholm 2009 s.16 ff. Och Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). Att få hjälp att dö. Studentlitteratur 2005. s.192 ff.

[174] Se föregående fotnot.

[175] Assistance to patients at end of life. Report of the Social, Health and Family affairs committee, parliamentary assembly, Council of Europe. Doc. 10455, 9 february 2005. Assistance to patients at end

USA och Kanada är de länder utanför Europa där patienter ges olika möjligheter att påverka vården i livets slutskede, även efter att patienten förlorat sin beslutsförmåga. Även här precis som i de olika europeiska länderna har de olika sätt att se på dödshjälp, läkarassisterad dödshjälp och livstestamenten. En stat som utmärker sig är Oregon, där den så kallade Death with Dignity Act uttryckligen tillåter läkarassisterat suicid under vissa angivna förutsättningar.[176]

8.1 Vilka åtgärder tillåts?

Det är få länder som öppet accepterar läkarassisterat suicid och ännu färre som tillåter dödshjälp.[177] Av den anledningen har regleringen i dessa länder fått betydande uppmärksamhet internationellt och därför har vissa påståenden satts på sin spets.[178] Samhällets strävan att erbjuda god palliativ vård förändras om dödshjälp blir ett alternativ.[179] Den faktiska förekomsten av dödshjälp förändras om aktiv dödshjälp inte längre är brottslig. Allmänhetens förtroende för vården påverkas. Olika åtgärder blir tillåtna.[180]

Mest liberala är Belgien och Nederländerna där rättsordningen tillåter både läkarassisterat suicid liksom läkarassisterad dödshjälp. Läkare tillhandahåller och medverkar då patienten får en dödande injektion. Det är viktigt att läkaren medverkar eftersom det annars betraktas som en brottslig handling, ett krav som också ställs vid assisterad suicid i Nederländerna.[181] I Belgien finns kravet på att personen ifråga ska vara myndig, det vill säga 18 år. I Nederländerna är åldersgränsen satt till 12 år för dödshjälp då med vårdnadshavares tillstånd, annars är åldersgränsen 16 år. Båda länderna är samstämda i kravet att patienten har en mognad nog för att kunna förstå och handla i eget intresse. Vissa former av förhandsdirektiv accepteras när det gäller vuxna patienter som mist förmågan till ett eget ställningstagande. Om patienten inte

---

of life. Opinion of the committee on legal affairs and human rights, parliamentary assembly, Council of Europe. Doc. 10495, 8 april 2005. Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna (SOU 2004:112). Slutbetänkande av utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare.

[176] Oregon Revised Statute 127.800-127.995, http://leg.state.or.us/ors/127.html. Och Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). Att få hjälp att dö. Studentlitteratur 2005. s.193 ff.

[177] Det gäller Belgien, Nederländerna, Schweiz och de amerikanska staterna Oregon och Washington. Se under kapitel 5 mänskliga rättigeher och den internationella rätten.

[178] Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). Att få hjälp att dö. Studentlitteratur 2005. s.193 ff.

[179] Palliativ vård eller vård i livets slutskede. Palliativ betyder lindrande och målet med den typen av vård är att se till att den sista tiden i livet blir så bra och smärtfri som möjligt. Palliativ vård innebär alltså vård av patienter där ingen botande behandling längre finns att tillgå. Det behöver dock inte innebära att personen i fråga måste befinna sig i ett terminalt skede av livet. Terminalvård är när den sena palliativa fasen börjar och när den specifika behandlingen är avslutad. Tidsperspektivet i den sena fasen är oftast kort, veckor till någon månad. Målet är inte längre att förlänga livet utan att skapa förutsättningar för en god livskvalitet den sista tiden. Terminal sedering inför livets slut innebär att en patient sövs ner tills döden inträder. Dödshjälp genom djup sömn till livets slut. Terminal sedering inför livets slut inträffar när det endast rör sig om några få timmar kvar i livet. Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan, Liber AB Stockholm 2009 kap 3.

[180] Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). Att få hjälp att dö. Studentlitteratur 2005. s.193 ff.

[181] Termination of Life on request and assisted suicid (review procedures) act, antagen den 1 april 2001. Engelsk översättning tillgänglig i elektronisk version bl.a. på http://www.nvve.nl/english/info/euthlawenglish.pdf. Act concerning Euthanasia, antagen den 28 maj 2002. Engelsk översättning tillgänglig på http://kuleuven.ac.be/cbmer/viewpic.php?LAN=E&TABLE=DOCS&ID=23.

gett uttryck för en bestämd vilja är åtgärden att betrakta som brottslig om dödshjälp förekommer.[182]

I Schweiz och de amerikanska staterna Oregon och Washington accepteras läkarassisterad suicid men däremot inte dödshjälp. Patienten, här avses endast vuxna personer, måste själv kunna ta tabletter i en dos stor nog att vara dödlig. Läkaren får här inte vara behjälplig mer än att tillhandahålla läkemedlet ifråga. I Schweiz kan även andra än läkare utföra assisterad suicid men läkare har samma rättigheter som andra medborgare att utföra handlingen. I Oregon och Washington är läkarassisterad suicid det enda tillåtna. Där har också förhandsdirektiv en ringa betydelse eftersom det krävs att patienten själva kan agera vid tillfället. Det ställs krav på beslutskompetenta personer i de amerikanska staterna medan det schweiziska regelverket inte är lika tydligt på den punkten.[183]

8.2 Hur ser verklighetsbilden ut?

Regleringen bland de olika länderna skiljer sig åt. Schweizisk rätt har till större delen sin grund i sedvana och etiskt förhållningssätt medan de övriga länderna noggrant reglerat de tillåtna åtgärderna i en särskild lagstiftning.[184] Den så kallade Death with Dignity Act tillkom genom en omröstning redan 1994, därmed har Oregon den äldsta lagstiftningen av de aktuella länderna. Lagen antogs med röstsiffrorna 51% mot 49%.[185] Belgisk lag reglerar endast läkarassisterad dödshjälp, eftersom läkarassisterad suicid också är tillåtet kan det kanske synas anmärkningsvärt.[186]

Förutsättningen för att en person ska komma ifråga för läkarassisterad suicid i Oregon och Washington är att denne lider av en obotlig sjukdom som med sannolikhet leder till döden inom sex månader. Dessutom måste patienten framföra sin begäran såväl muntligt som skriftligt. Handlingen ska ha karaktären av ett fritt och välgrundat val som bevittnats av två personer. Patienten kan om denne så önskar ångra sitt beslut under en minst femton dagar lång betänketid, innan dess kan ingen förskrivning ske av det dödande läkemedlet. [187]

Förutsättningarna för hur läkarassisterad suicid ska genomföras i Schweiz finns i de etiska riktlinjerna i Swiss Academie of Medical Scienses (SAMS) eftersom rättslig reglering saknas. Läkares medverkan omges av särskilda föreskrifter för att det ska anses försvarligt. [188]

---

[182] Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). Att få hjälp att dö. Studentlitteratur 2005. s.195 ff.
[183] Assistance to patients at end of life. Report of the Social, Health and Family affairs committee, parliamentary assembly, Council of Europe. Doc. 10455, 9 february 2005. Oregon revised statute 127.800-127.995, http://leg.state.or.us/ors/127.html. Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan, Liber AB Stockholm 2009 s.16 ff. Och Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). Att få hjälp att dö. Studentlitteratur 2005. s.195 ff.
[184] Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan, Liber AB Stockholm 2009 s.16 ff. Och Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). Att få hjälp att dö. Studentlitteratur 2005. s.191 ff..
[185] Oregon revised statute 127.800-127.995, http://leg.state.or.us/ors/127.html.
[186] Läs mer under rubriken ”vilka åtgärder tillåts” kapitel 5.1 sida 22. Act concerning Euthanasia, antagen den 28 maj 2002. Engelsk översättning tillgänglig på http://kuleuven.ac.be/cbmer/viewpic.php?LAN=E&TABLE=DOCS&ID=23. & Oregon revised statute 127.800-127.995, http://leg.state.or.us/ors/127.html.
[187] Oregon revised statute 127.800-127.995, http://leg.state.or.us/ors/127.html.
[188] Bondolfi A. Switzerland – Defending assisted death. Euthanasia volume II: *National and European perspectives. Council of Europé publishing* 2004, s. 85 ff. Care of patients in the terminal phase of life.

Läkaren måste vara viss om att slutet är nära och att de alternativ som står till buds har diskuterats och prövats. Patienten i sin tur måste vara en beslutskompetent person som själv, utan yttre påtryckningar, står fast vid sin önskan. En tredje person ska tillse och kontrollera att samtliga förutsättningar vidtagits. Viktigt i sammanhanget är, att det är patienten själv som utför den handling som leder till döden. Det skulle betraktas som en brottslig gärning om läkaren agerade aktivt även om patienten uttryckt en önskan om det. [189]

Liknande krav finns också i Nederländerna där både läkarassisterad suicid och dödshjälp är reglerat i lagstiftning. Till skillnad från tidigare nämnda länders lagar finns där inte kravet på att patienten ska vara döende. Inte heller behöver sjukdomen ens på längre sikt leda till döden. Läkaren ska även här försäkra sig om att patienten vidhåller sin önskan och att denna är noga övervägd och frivillig. Patientens lidande ska däremot vara outhärdligt och tillståndet utan möjlighet till förbättring. Denne ska också vara välinformerad och införstådd med situationen och de möjligheter som står till buds. En oberoende läkare måste godkänna de åtgärder som lett fram till bedömningen. God vård och omvårdnad ska vara riktmärken för de åtgärder som slutligen leder fram till patientens död, respektive den assistans som behövs för patientens suicid. [190]

Mer utförlig och preciserad är den belgiska lagstiftningen i jämförelse med den nederländska, men båda liknar varandra till stor del. Belgien har en åldersgräns på 18 år, samt myndighets- och mognadskrav. Något strängare är också synen på förhandsdirektiv i Belgien, detta får inte vara mer än fem år gammalt.
Så länge det handlar om en sjukdom eller ett tillstånd som inte kan botas, kan dödshjälp ges även i de fall då patienten vägrar ta emot behandling som skulle kunna lindra lidandet. Den nederländska lagen har en motsatt uppfattning. Dödshjälp medges inte om det finns alternativ som skulle kunna lindra patientens lidande. [191]

8.3 Hur ser verkligheten ut?

Kritiker gav uttryck för att legaliseringen av läkarassisterad suicid i Oregon skulle ge upphov till en ökning av sådana åtgärder. Någon större ökning har emellertid inte skett. Under åren 1998 - 2004 har 208 personer avlidit till följd av läkarassisterat

---

Medical-ethical guidlines of the SAMS, http://www.samw.ch/content/richtlinien(e_RL_sterbehilfe.pdf. Medical-ethical guidlines for the medical care of dying persons and severely brain-damaged patients, Swiss Academie of Medical Sciences (SAMS) numera upphävda riktlinjer från 1995. Brottslig gärning enligt artikel 114 i strafflagen.

[189] Bondolfi A. Switzerland – Defending assisted death. Euthanasia volume II: *National and European perspectives. Council of Europé publishing* 2004, s. 85 ff. Care of patients in the terminal phase of life. Medical-ethical guidlines of the SAMS, http://www.samw.ch/content/richtlinien(e_RL_sterbehilfe.pdf. Medical-ethical guidlines for the medical care of dying persons and severely brain-damaged patients, Swiss Academie of Medical Sciences (SAMS) numera upphävda riktlinjer från 1995. Brottslig gärning enligt artikel 114 i strafflagen.

[190] Termination of life on request and assisted suicid (review procedures) act, antagen den 1 april 2001. Engelsk översättning tillgänglig i elektronisk version bl.a. på http://www.nvve.nl/english/info/euthlawenglish.pdf. Även artiklarna 293-294 I den nederländska strafflagen.

[191] Termination of life on request and assisted suicid (review procedures) act, antagen den 1 april 2001. Engelsk översättning tillgänglig i elektronisk version bl.a. på http://www.nvve.nl/english/info/euthlawenglish.pdf.

suicid. Iakttagelser som gjorts visar istället på en ökad insikt i ämnet och utökade satsningar på den palliativa vården i delstaten. [192]

Signifikativt för ett land som befinner sig på det sluttande planet är att det visar en tydlig ökning av personer som får aktiv dödshjälp. I Schweiz är oron för missbruk mera utbredd vid assisterad suicid och möjligen också mera uttalad, då det på senare tid har skett en betydande ökning av antalet personer som avlider genom assisterad suicid. Genom att jämföra siffrorna mellan år 1990 och år 2000 kan man se att dödshjälpsorganisationen EXIT Deutsche Schweiz hjälpte tre gånger så många att dö år 2000 än 1990. Samtidigt har även andelen personer som får aktiv dödshjälp utan att lida av en dödlig sjukdom ökat. Enligt en studie hämtad från EXIT 2008 har andelen icke-dödligt sjuka ökat från 22 procent av fallen under perioden 1990-2000 till 34 procent 2001-2004. Enligt organisationen är det en förutsebar utveckling som rör gamla människor med flera och svåra diagnoser samt kronisk smärta eller allmän svaghet. Det som däremot har uppmärksammats mest är hur personer från andra länder reser till Schweiz för att få hjälp med assisterat suicid som erbjuds av organisationen Dignitas. Organisationen har fått mest kritik för är att de även erbjuder psykiskt störda assisterat suicid. [193]

Ett svenskt fall som rönte stor uppmärksamhet handlade om Joakim Alpgård. Han blev totalförlamad i en bilolycka och ville inte leva längre men kunde inte på egen hand avsluta sitt liv. Fallet togs upp i en dokumentär som visades i SVT1."Jocke hette Sussies man" berörde många mycket starkt. I Sverige fanns inte den hjälp han önskade därför valde han att åka till Schweiz. Två år senare ändrades den svenska lagstiftningen så att alla fick rätt att neka att ta emot vård, inte bara den som var döende som tidigare var fallet. Med dagens regelverk hade Jocke fått hjälp i Sverige av läkare som varit villiga att utföra nödvändiga åtgärder. Juridiken är mycket tydlig på den punkten, man ska ha rätt att tacka nej till behandling annars blir det en påtvingad vård. Enligt 2:1 lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår att utformning och genomförande av vården ska så långt det låter sig göras ske i samförstånd med patienten. Rätten finns att neka till behandling annars blir denna påtvingad. [194]

Det skulle kunna vara ett alternativ för en person i liknande situation som Sven-Erik H i Hedebyfallet. Han/hon skulle precis som Joakim Alpgård kunna åka till Schweiz för att få hjälp att dö, eftersom denne också är oförmögen att ta sitt liv. Frågan är om det ska ses som det optimala att svenskar ska behöva åka utomlands för att få hjälp att befrias från lidande. Alla är inte kapabla att genomföra en sådan resa i det tillstånd de befinner sig, den ekonomiska kostnaden måste också tas i beaktande. En resa av detta slag för också med sig negativa konsekvenser av olika slag och innebär med stor sannolikhet en ökad stress i en redan svår situation. Man bör heller inte bortse från den hem och trygghetskänsla som det skulle inge om hjälpen fanns i Sverige. Känslor som är nog så viktiga i detta avseende. Personligen anser jag att den vården och

---

[192] Seventh annual report on Oregon´s Death with Dignity Act, office of disease prevention and epidemiology, March 10, 2005, Oregon department of human services, http:egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year7.pdf.

[193] Bosshard, G., Ulrich, E. & Bär, W. 748 cases of suicide assisted by a swiss right-to-die organization. Swiss medical weekly 2003;133:310-317, http://www.smw.ch/pdf200x/2003/21/smw-10212.PDF.

[194] http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1livsuppehallande.

behandlingen borde erbjudas i Sverige. Detta är delvis möjligt, om än inte för alla, med tanke på Socialstyrelsens beslut. De patienter som fått beskedet att de har en begränsad tid kvar att leva har inte den möjligheten eftersom de inte påbörjat en livsuppehållande behandling. Det gäller bland annat svårt cancersjuka och patienter i en liknande situation som Sven Erik H.

Situationen ter sig annorlunda i Belgien. Den nationella kontrollkommitténs första rapport visade på att antalet rapporterade fall av dödshjälp uppgick till 0,25 % av alla dödsfall under 2003. Samtliga personer var mellan 40 - 80 år. Förhandsdirektiv förekom endast i ett fall. Enligt rapporten rörde det sig om mycket svårt sjuka patienter vilket kommittén tolkade som att inget missbruk av lagen hade förekommit. En bland flera studier genomfördes 2001 i Nederländerna. Enligt denna bestod 2,6 % av dödsfallen genom dödshjälp och 0,2 % av läkarassisterat suicid. Tilltron till kontrollsystemets effektivitet skapar oro och minskar i hög grad då det står klart att föreskriven rapportering av dödsfall genom dödshjälp endast sker i hälften fallen.[195] Även i Belgien och Nederländerna ges möjlighet till dödshjälp för patienter från andra länder. I jämförelse framstår Schweiz som ett bättre och enklare alternativ. Beslutsfattandet är mer komplicerat i Belgien och Nederländerna och patienten måste ge upprepade viljeförklaringar. Relationen mellan läkare och patient är också mer omfattande där.[196]

En oro som finns i de länder där aktiv dödshjälp är tillåtet kommer till uttryck när kritiker ifrågasätter om läkare riskerar blir okänsliga eller avtrubbade och på så sätt ha lättare att ta en annan människas liv. I Nederländerna har man gjort en undersökning om läkarnas känslomässiga inställning till aktiv dödshjälp. Resultatet visar att aktiv dödshjälp ofta innebär starka men också motstridiga känslor. 75 % av läkarna upplever negativa känslor i form av en tung ansvarsbörda och en stark psykisk press. 52 % är tillfreds med sitt handlande och de kan även känna en lättnad efter ett taget beslut. Trots den svåra och tunga process som aktiv dödshjälp innebär för dem säger sig 19/20 läkare att de är beredda att göra det igen. Vidare har frågan ställts om det blir lättare att utföra aktiv dödshjälp för varje gång. Undersökningen visar att det är lika många som svarar jakande som nekande och detta beror på att läkare å ena sidan vill att patienten ska slippa lida samtidigt som det är läkarens plikt att bevara liv.[197]

Den senaste förändringen som har skett i Europa, har skett i samma riktning som Socialstyrelsens beslut. Förändringen innebär enligt en tysk dom att det inte utgör ett brott att stänga av en döende patients livsuppehållande utrustning så länge patienten själv har godkänt det. Den högsta tyska civilrättsliga domstolen, Bundesgerichtshof, friade den advokat som dömts till nio månaders fängelse för att ha gett en kvinna rådet att klippa av sladden till sonden som höll hennes mor vid liv. Modern hade legat i koma de senaste fem åren, men medan hon fortfarande var kontaktbar ska hon ha

---

[195] Commission Fédérale de controle et d`evaluation de l`uthanasia: Premier rapport aux chambres legislatives 22 septembre 2002 – 31 decembre 2003 (uthana den 22 juni 2004), www.health.fgov.be/AGP/uthanasia/F5764euthanasieFR.pdf.

[196] Euthanasia. A pinion of the committee on legal affairs and human rights, council of Europé. Doc. 9923, 23 september 2003. Sheldon, T. Dutch reporting of euthanasia cases falls – despite legal reporting requirements. Brittish Medical Journal 2004:328:1336 (5 June), http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/328/7452/1336.

[197] http://www.fof.se/node/41520/lakarna-tvekar-om-dodshjalp. Läkarna tvekar om dödshjälp Av Michael Lövtrup ur F&F 8/2009.

sagt till sin dotter att hon inte ville hållas vid liv. Dottern hade friats tidigare eftersom domstolen ansåg att hon hade lurats av advokaten. Domstolen omdefinierade begreppet dödshjälp och menade att handlingen skulle ses som en naturlig död. Det ska påpekas att dödshjälp är en känslig fråga i Tyskland, sedan nazisterna under den täckmanteln massutrotade människor som inte ansågs lämpliga att leva vidare. Med andra ord följer Tyskland samma linje som Sverige.[198]

En undersökning av den komparativa rätten skulle visa att Sverige vid en legalisering av aktiv dödshjälp har tillgång till en omfattande information i ämnet. Det kan handla om positiva och negativa aspekter, exempelvis hur en eventuell legalisering kommer att påverka samhället. Vidare kan det även vara av intresse att undersöka vilka människor som ansöker om hjälp och om det är möjligt att förhindra den utvecklingen med hjälp av olika faktorer. Samtidigt kan det vid en eventuell legalisering vara av intresse att kopiera detaljer från de aktuella länderna. Intressant i sammanhanget är att diskussioner kring dödshjälp lyfts upp i allt fler länder, exempelvis Storbritannien, Sverige och Tyskland. Att dessa diskussioner har uppstått visar på missnöje och att det finns intresse till förändring. Som tidigare nämnts brukar länder vid komplicerade frågeställningar söka internationell samsyn. Frågan som då aktualiseras är vilka effekter det kommer att leda till.

[198] http://www.dn.se/nyheter/varlden/tysk-dom-omdefinierar-dodshjalp. Tysk dom omdefinierar dödshjälp. Publicerad 2010-06-25 12:43.

9. Förslag – De lege ferenda

9.1 Inledning

Innan jag började arbetet med denna uppsats tyckte jag mig ha ganska bestämda åsikter i denna fråga. Det var så självklart för mig att identifiera mig med tanken att varje människa ska kunna bestämma över sitt eget liv och sin egen död! Under resans gång har ämnet mognat inom mig och en rad av följdfrågor har gjort mig mer osäker och avvaktande. Jag har kommit till en punkt där argumenten för och emot aktiv dödshjälp väger lika tungt. Därmed har jag idag en förståelse för båda sidornas åsikter. Trots alla argument mot aktiv dödshjälp anser jag ändå att det ska vara tillåtet, under förutsättning att strikta regler och begränsningar byggs in i systemet. Innan jag mer noggrant förklarar min syn och ger konkreta förslag kring hur det skulle kunna gå till, tänkte jag ta upp de argument som förs fram mot aktiv dödshjälp samt försöka bemöta dessa. Därefter kommer jag att ta upp de argument som talar för aktiv dödshjälp, för att slutligen förklara mitt förslag.

Det är främst tre pragmatiska argument som används mot legalisering av aktiv dödshjälp.

> Kritiker anser att den ordinarie palliativa vården inte kommer att utvecklas vid legalisering av aktiv dödshjälp. De anser även att vi kommer att hamna på ett sluttande plan där vi till sist får ett godtyckligt dödande av människor. Slutligen menar de att det kan finnas en risk att svårt sjuka som egentligen vill leva vidare upplever sig mer eller mindre tvingade till aktiv dödshjälp. Detta för att inte känna att de ligger närstående eller samhället till last.[199] Aktiv dödshjälp skulle då kunna jämföras med en nutida form av ättestupa.

Argument som tar upp risken för att utvecklingen av den palliativa vården skulle avstanna genom att tillåta aktiv dödshjälp tar inte hänsyn till att den palliativa vården i praktiken innebär så mycket mer än att enbart förkorta lidandet för de fåtal terminala patienter som skulle kunna vara föremål för denna åtgärd. Palliativ vård betecknas ibland även som liv i dödens väntrum. Exemplet från Oregon visar på det motsatta. Där har debatten om läkarassisterad suicid fört med sig ökad medvetenhet och större satsningar på den palliativa vården i delstaten.

De som har en obotlig, dödlig sjukdom och befinner sig i livets slutskede har särskilda behov av vård. Denna vård brukar kallas palliativ vård eller vård i livets slutskede.[200] Palliativ betyder lindrande och målet med den typen av vård är att se till att den sista tiden i livet blir så bra och smärtfri som möjligt. Palliativ vård innebär alltså vård av patienter där ingen botande behandling längre finns att tillgå. Det behöver dock inte innebära att personen i fråga måste befinna sig i ett terminalt skede av livet.[201] Tack vare den moderna medicinen kan dessa patienter i många fall leva med en ganska adekvat livskvalitet under många år. Vård av dessa patienter innefattar lindring av en mångfald olika symptom kopplade till deras grundsjukdom och är högt prioriterad inom den svenska sjukvården. God palliativ vård är en stor utmaning för behandlande

---

[199] Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan. Liber AB Stockholm 2009. s. 129-135.
[200] Se fotnot 176 om palliativ vård.
[201] Terminalvård se fotnot 176.

läkare och framsteg görs och kommer även i fortsättningen att vara högt prioriterade. Patienter som kan komma att vara aktuella för aktiv dödshjälp befinner sig dock ofta i ett terminalt livsskede. Den förväntade livslängden är där oftast mycket kort och åtgärder för att förbättra livskvalitet inskränker sig oftast till att lindra smärta, ångest samt andningssvårigheter som kan tillkomma på slutet. Även för övrigt kan man konstatera att patienter aktuella för denna åtgärd utgör ett fåtal i proportion till den stora och ständigt växande grupp palliativa patienter. Det finns en nästan oändlig potential för utveckling även i framtiden oavsett om aktiv dödshjälp kommer att accepteras för några få patienter ur denna grupp.

Att kritisera dödshjälp med argumentet att samhället med denna åtgärd skulle utveckla en mera tillåtande inställning till att ta någon annans liv, sanktionerat dödande, känns som ett mycket överdrivet argument. Ett bevis som strider mot detta argument är att dödshjälp som är tillåtet i andra länder inte har förändrat dessa länders inställning till dödande. Legalisering av dödshjälp för mycket svårt sjuka betyder inte i sig att vi accepterar och legaliserar dödande som sådant. Som ett exempel kan nämnas att samhällets syn på döden inte har förändrats i och med legaliseringen av aborter, vilka i grunden också innebär att man avslutar ett liv, även om det handlar om livet i mycket tidigt utvecklingsskede. I och med legaliseringen av abort har dock inte samhällets syn på döden principiellt förändrats. Döden är något som berör oss alla mycket starkt. Ett eventuellt godkännande av aktiv dödshjälp skulle vara aktuellt för ett mycket begränsat antal svårt sjuka personer. Legalisering av dödshjälpen skulle självklart innebära hårda krav och att många förutsättningar skulle vara uppfyllda innan en sådan åtgärd kan godkännas för individen. Därmed skulle en människas död även i framtiden vara något som är starkt laddat och aktiv dödshjälp skulle inte vara en slentrianmässig åtgärd som används med lätthet.

Sannolikt kommer synen på döden att förändras med tiden, detta har ingenting med dödshjälp eller nya medicinska rön att göra. Det är snarare människors inställning som ständigt förändras. Vi har inte samma syn på döden som människorna för hundra år sedan då religionen hade stort inflytande över människors liv. Som jag tidigare nämnt i historiedelen av uppsatsen var synd och skuld starkt förenade då rädslan för ett straff efter döden predikades. Inställningen till dödsstraff har också förändrats med tiden. Forskningen har visat att dödsstraffet fungerar som det mest avskräckande straffet, men i ett civiliserat samhälle som vårt betraktas det som inhumant. Vi accepterar därför inte dödsstraff i Sverige.

Som ytterligare ett argument mot aktiv dödshjälp har kritiker visat en oro för att svårt sjuka skulle uttrycka en önskan om att få dö, istället för att av rädsla ligga anhöriga till last. Efter att ha diskuterat frågan med läkare verksamma inom vården av bland annat gamla har dessa låtit mig förstå att denna risk är liten. Anledning till detta är att överlevnadsinstinkten är en av människans grundläggande instinkter och att den normalt övervinner alla andra drivkrafter inom en person. Därför ses alltid ett suicidförsök som en sjuklig handling och tolkas av vården som ett resultat av en svår depression. Patientens tolkning av omvärlden blir då rubbad på grund av sjukdomen och därmed förlorar även den starka överlevnadsinstinkten sin dominerande kraft. Press eller upplevd press från omgivningen kan därmed aldrig vara den enskilda faktorn som leder en person till att vilja dö. Skulle en patient uttrycka dödsönskan som resultat av oro för belastning för sin omgivning, ska vårdgivaren i första hand alltid misstänka att det är patientens depression som talar. Eftersom mitt förslag, som

presenteras längre fram, alltid skulle innebära även en bedömning av patientens psykiska status, minimeras risken för att ett maskerat och botbart tillstånd som depression inte skulle avslöjas.

9.2 Positiva argument

Den moderna vården har de senaste decennierna utvecklats mycket snabbt och tack vare denna utveckling har det öppnats möjligheter för att många fler människor idag överlever sin potentiellt dödliga sjukdom och räddas till livet. Denna överlevnad är dock inte alltid komplikationsfri. Den resulterar många gånger i att patienten mer eller mindre hamnar i en oacceptabel invaliditetsnivå och en beroendeposition gentemot vården och omgivningen. Vårdens insatser resulterar ibland i att patienten överlever till ett liv den helt enkelt inte vill ha. Utvecklingen av sjukvården har gått mycket snabbt därför har etiska och juridiska frågor kopplade till konsekvenser av utvidgad vård inte hunnit bearbetas. Som resultat har vi idag genom vårdens åtgärder skapat livssituationer som varken samhället eller individen själv har rätt och riktig beredskap för.

Genom vårdens åtgärder bringas alltså människor ibland till en funktionsnivå som vissa individer inte kan tänkas acceptera. Möjlighet att åberopa aktiv dödshjälp skulle i sådana fall kunna vara jämställd med att vägra att bli räddad till ett oacceptabelt liv.

Ett annat närliggande perspektiv rörande samma fråga handlar om människor inom den så kallade palliativa vården. Genom den palliativa vården har vi skapat livsförlängning för människor som bara för några decennier sedan inte hade överlevt sin sjukdom. Vi har i många fall lyckats besegra döden tillfälligt vilket har bidragit till en onaturlig förlängning av livet. Perioden mellan att vara döende och död har med dagens medicinska utveckling kunnat förlängas allt längre. Frågan är då om livsförlängningen vi gett patienten innebär ett kvalitativt liv, eftersom vi egentligen går emot naturens förväntade gång och den naturliga sjukdomsutvecklingen. Vi får då en grupp människor som har en viss hälsa men som i grund och botten kan dö när som helst. Som patient borde man ha rätt att avgöra hur långt man vill vara med på denna resa.

Att tillåta aktiv dödshjälp handlar ytterst om respekt för individens självbestämmande om sitt liv och sin död. Överlevnadsinstinkten är den starkaste drivkraften i hela den psykologiska strukturen hos en individ. Självdestruktivitet som inte är resultat av depression är alltid resultat av ett stort kroppsligt eller mentalt lidande och ska alltid mötas med stor respekt. En fysiskt fungerande individ som befinner sig i sådan situation kan aktivt besluta om att avbryta sitt lidande genom en självdestruktiv handling. En förlamad person kan ha en lika stark önskan om att dö, baserad på samma grunder men på grund av sitt tillstånd inte kunna vara i stånd att fysiskt utöva den självdestruktiva akten. Därmed döms denna individ till ett liv den inte längre vill ha, helt enkelt på grund av att hon rent fysiskt inte kan utöva den önskade handlingen. Genom att ha obegränsad respekt för livet som sådant, tappar vi inte då respekt för individen som är innehavare av detta liv?

Den grupp som eventuellt är aktuell för aktiv dödshjälp är personer bortom all räddning. Det handlar om ytterst få människor drabbade av en obotlig sjukdom. Samhället är ständigt under förändring, av den anledningen är jag säker på att

dödshjälp kommer att bli tillåtet. Den historiska utvecklingen och andra länders införande av aktiv dödshjälp är också en bidragande faktor till att Sverige med stor sannolikhet kommer att genomgå en liknande utveckling. Den stora frågan är när vi känner oss tillräckligt mogna för att ta det steget.

9.3 Mitt förslag på aktiv dödshjälp

Döden är ett känsligt ämne för oss alla. Därför är aktiv dödshjälp någonting som engagerar och öppnar upp för en diskussion. Aktiv dödshjälp är en komplex fråga vilket jag har märkt ju mer jag tagit del av ämnet. Innan jag började forska om det var jag säker på min ställning till aktiv dödshjälp. Jag kunde lätt identifiera mig med tanken att varje människa skulle kunna bestämma över sitt eget liv och sin egen död. Jag insåg inte hur brett detta ämne är och hur svårt det är att avgöra vem eller vilka som ska ha rätt till dödshjälp. När en människa lider är det vår plikt att försöka hjälpa denna individ så gott det går. Ett människoliv är mycket värdefullt, men när allt hopp är ute så borde vi göra det möjligt att befria denna människa från fortsatt livslångt lidande, om hon så önskar det.

Min grundinställning har inte förändrats men jag har idag en djupare förståelse även för kritikerna. Jag har därför beaktat kritikernas motargument för aktiv dödshjälp i mitt förslag. Vid framtagande av förslaget har jag tagit hänsyn till många viktiga principer bland annat objektivitetsprincipen[202], humanitetsprincipen, integritetsprincipen och principen om respekt[203] och ekvivalensprincipen[204].

Mitt förslag är att människor, under vissa villkor, ska ges möjlighet till aktiv dödshjälp. För att ha rätt till det ska dessa fyra krav vara uppfyllda.

- Det ska vara ett *eget ställningstagande*. Inga andra personer ska ha påverkat personen till beslutet.
- Personen ska lida av en *obotlig sjukdom* där alla behandlingsmetoder har tömts ut, det ska vara den *sista utvägen*.
- Personen ska vara vid sina *sinnens fulla bruk.*
- Personen ska ha en *stark och tydligt uttalad vilja* att avsluta sitt liv.

En myndighet, klinik, specialdomstol, organisation eller ett råd, ska utses.[205] Den ska precis som alla andra myndigheter vara under statlig kontroll. Myndigheten ska vara utan vinstsyfte och inte ha andra intressen än att se till patientens bästa. Dess uppgift ska vara att göra en rättvis och välgrundad bedömning av ansökan från olika patienter. Myndigheten ska bevilja eller avslå patientens ansökan. Den ska stå under riksdagens jurisdiktion som ska garantera att missbruk inte är möjligt. Alla ansökningar ska

[202] Diskriminering i så mening att en frisk människa har möjlighet att begå självmord vilket är lagligt enligt svensk rätt medan till exempel när förlamade människor lider inte har möjlighet att avsluta sitt liv utan hjälp från omgivningen. Vid hjälp från omgivningen anses det vara aktiv dödshjälp och därför olaglig. När det finns en så stor vilja att dö ska inte olika fysiska förutsättningar vara avgörande.
[203] Att ha förbud för aktiv dödshjälp strider mot individens vilja. Det strider mot den personliga integriteten. Det är inte humant att behålla någon vid liv när personen lider och endast vill avsluta sitt liv.
[204] Mitt förslag är rättvist eftersom alla ges samma möjlighet till ansökan.
[205] Det kan vara Socialstyrelsen, om de anses vara den rätta myndigheten.

registreras och behandlings- och beslutsprocessen ska vara tidsbegränsad och noga dokumenterad.[206]

Myndigheten ska bestå av fyra olika avdelningar, med läkare, jurister, psykologer/psykiatriker och etiskt sakkunniga.[207] Gruppernas storlek och specialisering bör diskuteras av experter. Jag förordar ett udda antal ledamöter eftersom det underlättar vid en omröstning. Patienten ska först bedömas enskilt av respektive avdelning, innan juristerna gör en slutlig bedömning. Processen ska gå till enligt följande. Läkarna ska först göra en medicinsk bedömning av den sökandes tillstånd, genom att ta del av förda journaler och patientens anamnes. Behandlande läkare ska ge sin åsikt om patientens tillstånd och önskan utan för den skull kunna påverka beslutet. Om bedömningen blir att den sökande uppfyller ställda medicinska krav går ärendet vidare till psykologer/psykiatriker för bedömning. Dessa utgår ifrån patientens givna önskemål och argument, men även behandlande läkares åsikter ska ligga till grund för en bedömning. I vissa fall kan samtal med patienten bli aktuellt. Om dennes psykiska status är intakt avger de ett positivt bifall. I och med detta skickas ärendet vidare till etiskt sakkunniga som ger sin syn och bedömning av situationen. Anser de att ansökan behandlats etiskt väl och korrekt går fallet vidare till juristerna för en slutlig behandling och bedömning.

Detta system innebär att ärendet kan avslutas när som helst i processen. Utan ett godkännande från den befintliga avdelningen kan fallet aldrig gå vidare till nästa. Det innebär att avslag kan ges redan innan ärendet når juristerna.

Efter ett bifall ska en viss tid gå för att det ska finnas en möjlighet för patienten att ångra och avbryta förfarandet. Den sökande ska även när som helst under förloppet kunna avbryta processen. Från det att ansökan lämnats in ska den behandlas inom viss bestämd tidsgräns. Detta kan jämföras med de amerikanska staterna Oregon och Washington där de sökande får 15 dagars betänketid.[208] Om patienten ångrar sig under processen ska möjlighet finnas för en ny ansökan. Vid ett avslag ska nya komplikationer ha tillstött för att en ny ansökan ska kunna beviljas.

Läkarnas uppgift ska vara att bedöma patientens medicinska tillstånd. De ska bedöma om patienten i fråga lider av en obotlig sjukdom som är så svår att sjukdomen kraftigt har sänkt livskvaliteten och därmed släckt hans livslust. Detta kan jämföras med det schweiziska systemet där läkarna ska göra den bedömningen att alla tänkbara alternativ är uttömda.[209] Själva diagnosen ska inte vara avgörande vid bedömningen utan sjukdomens svårighetsgrad likaså det faktum att alla möjligheter till förbättring ska vara uttömda. Människan har en biologisk drivkraft att vilja leva och därmed är det ytterst otroligt att vem som helst med en obotlig sjukdom kommer att ansöka om aktiv dödshjälp.[210] Det handlar i stället om människor som mår så dåligt på grund av sitt medicinska tillstånd, att negativa, självdestruktiva krafter för gott har ersatt den annars självklara överlevnadsinstinkten. När en människa vill avsluta sitt liv, kan detta också ibland vara resultat av en depressionssjukdom, vilket i så fall måste

[206] För att förstå detta bättre läs del 4 speciellt förklaringen om 1:2 RF.
[207] Representanter från Socialstyrelsen kan också komma att behövas.
[208] Se vidare 8.2.
[209] Se 8.2 för vidare information.
[210] Med detta menar jag t.ex. astmatiker och diabetiker, eller andra som lider av liknande obotliga sjukdomar.

bedömas och behandlas klart innan fortsatt behandling av ansökningen kan ske. Ett exempel kan vara att en svårt cancersjuk person med depression ansöker om aktiv dödshjälp. Denne måste först behandlas klart från sin depression och om denne har samma dödsönskan då han har tillfrisknat från depressionen kan ärendet gå vidare.

Psykologernas/psykiatrikernas uppgift ska vara att bedöma patientens psykologiska tillstånd. De ska bedöma om patienten är kapabel att fatta ett sådant svårt beslut eller om andra personer har påverkat den sökande. Psykologerna/psykiatrikerna ska även ha gjort en bedömning om patienten i fråga fullständigt har förstått konsekvenserna av sitt beslut, att döden är utan återvändo och att den är slutresultatet av ansökningen. Djupt deprimerade människor kan ta beslut som de annars aldrig skulle göra. De ser världen ur ett hopplöst perspektiv. Därför ska psykologerna göra en bedömning om vad som ligger till grund för patientens ansökan. Om patienten bedöms som psykisk inkapabel att ta ett väl grundat beslut måste denne först tillfriskna. Precis som alla medicinska möjligheter ska även alla psykologiska möjligheter vara uttömda.

Etiskt sakkunniga ska bestå av representanter från Statens Medicinska Etiska Råd (SMER) och Socialstyrelsens etiska råd. De ska göra en helhetsbedömning utifrån givna etiska och moraliska grunder för att se om någon annan utväg kan väljas eller om processen kan ha sin gång.

Juristernas uppgift ska vara att kontrollera så att processen sker på ett juridisk korrekt sätt. De ska kontrollera så att beslutet inte strider mot gällande rätt. Juristerna ska ha klartecken från de tidigare instanserna så att samtliga krav är uppfyllda. Juristerna ska ta ställning utifrån de uppgifter de fått från de övriga avdelningarna.

I myndighetens bedömning ska fokus ligga på patientens vilja. I länder där dödshjälp är tillåtet finns vissa begränsningar. Den förmodade livslängden, antal vittnen och så vidare kommer inte att ligga till grund för beslutet i mitt förslag.[211] Tyngdpunkt ska ligga på personens vilja oavsett religion, sjukdom, etnicitet och tid kvar att leva och så vidare. Dock ska det finnas en åldersgräns på 15 år, då med vårdnadshavares tillstånd. Detta i likhet med hur det fungerar i Belgien och Nederländerna där det också ställs krav på en viss mognad och vårdnadshavarnas tillstånd.[212] Vid 15 års ålder har personen uppnått en viss mognad. Straffmyndighetsåldern är satt till 15 år, enligt 1:6 BrB, eftersom personen anses ha en tillräcklig mognad för att då kunna ta konsekvenserna för sina egna handlingar. När en person mår så dåligt av sin sjukdom att den förlorat all vilja att leva ska det vara vår plikt att hjälpa denna person så gott det går.

Vem som ska utföra den aktiva dödshjälpen är en mycket svår och komplicerad fråga. Eftersom människolivet är okränkbart innebär aktiv dödshjälp en konflikt med samvetet och de riktlinjer vi människor lever efter. Därför ska det finnas flera alternativ till hur den ska kunna utföras och ingen ska heller bli tvingad till att utföra den aktiva dödshjälpen. Att rädda liv är en grundläggande princip för läkare i deras yrkesutövning. Fastän samtycke ges av patienten kan det innebära beslutssvårigheter då det strider mot denna princip. Precis som när det gäller abortfrågan kommer läkare

[211] Hur länge man har kvar att leva ska inte ha betydelse då dagens tekniska utveckling kan ha betydelse för utgången. Med tanke på hur processen är utformad behövs det inga vittnen.
[212] Se del 8.1 för vidare förklaring. Se även del 6 om hälso- och sjukvårdslagstiftningen där barnperspektivet behandlas.

och sjuksköterskor ha en möjlighet att avstå från att hjälpa patienten. Exempelvis får gynekologer redan vid anställning ge besked om de vill utföra aborter eller inte. Om de inte känner sig bekväma med gärningen blir de heller aldrig tillfrågade. På samma sätt kommer det att fungera för läkare och sjuksköterskor när det gäller aktiv dödshjälp. Det ska vara en frivillig gärning. En läkare ska göra det goda, och ibland kan det även innebära att hjälpa någon från lidande genom att hjälpa denna att dö.

Det ska också finnas en möjlighet för anhöriga eller vänner att, om de så vill, kunna utföra den aktiva dödshjälpen efter patientens önskemål. Det handlar oftast om ingripanden så som att stänga av livsuppehållande utrustning eller med hjälp av injektion, alternativt tabletter, avsluta livet. Enda krav som ställs vid utförande av anhöriga är närvaron av en läkare. Denne ska hjälpa till med instruktioner, doseringar och finnas till hjälp vid eventuella komplikationer. Det ska finnas klara riktlinjer nerskrivna för hur processen ska gå till så att det inte uppstår oklarheter.

Den aktiva dödshjälpen ska utföras på utvalda kliniker med hospiceanda. Patienten ska också kunna ha möjlighet att få hjälp med den aktiva dödshjälpen i sitt hem. Patienten ska om den så önskar kunna vara omgiven av anhöriga och vänner då denne somnar in. Precis som i Nederländerna ska den aktiva dödshjälpen genomföras på ett sätt som är förenligt med god vård och omvårdnad.[213]

För att det här förslaget ska kunna praktiseras behöver det ske vissa förändringar.[214] Det krävs definitionsförändringar och ny lagstiftning inom området. Följande detaljer ska sammanlänkas för att aktiv dödshjälp ska vara legaliserat. Det ska poängteras att nedanstående paragrafer inte är tänkta att vara komplett lagtext utan illustrerar egenskaper av en eventuellt kommande lagstiftning av aktiv dödshjälp inom straffrätt och hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

Samtycke – Genom proposition 1993/94:130 om ansvarsfrihetsgrunder med mera infördes samtyckes paragrafen 24:7 BrB.[215] Fängelsestraffkommitténs förslag på att dödande med samtycke skulle leda till ansvarsfrihet nekades. Motiveringen var att respekten för människolivet väger tyngre än den enskildes intresse att med hjälp av någon annan förkorta livet. Detta verkar inte gälla längre. De senaste förändringarna som Socialstyrelsen lagt fram motsäger detta.[216] Vid beslutet lade Socialstyrelsen stor vikt vid patientens självbestämmanderätt. Samtidigt konstaterade Socialstyrelsen att det handlar om en balans mellan patientens rätt att själv få bestämma över sin vård och läkarens ambition att alltid rädda liv och inte skada. I det här fallet väger patientens rätt att tacka nej till fortsatt behandling tyngst. Dessa två principer står i strid mot varandra. Socialstyrelsens beslut är den senaste förändringen, man får utgå ifrån att den gäller framför principen om att respekten för människolivet väger tyngre.

---

[213] Se 8.2 för vidare förklaring om Nederländerna.
[214] Det behövs ingen lagförändring i regeringsformen och Europakonventionen. Detta eftersom de grundläggande fri- och rättigheterna i regeringsformen kan begränsas enligt 2:20 RF. Det behövs ingen förändring enligt Europakonvetionen heller med tanke på att Europadomstolen ger medlemsländerna en möjlighet att legalisera i området efter egna önskemål - detta enligt Pretty v UK. Fokus kommer istället att läggas på de andra bestämmelserna.
[215] Se 7.7 om samtycke som grund för ansvarsfrihet.
[216] Förändringar efter Kimfallet sida 23.

Vid legaliseringen av aktiv dödshjälp behöver det inte ske några lagstadgade förändringar i samtyckes paragrafen 24:7 BrB. 24:7 säger: ”En gärning som någon begår med samtycke från den mot vilken den riktas utgör brott endast om gärningen, med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter, är oförsvarlig.” Den förändring som behöver ske är en vidare definition av hur långt ett samtycke ska sträcka sig och en definitionsförändring av rekvisitet *oförsvarlig*. Enligt förarbeten till bestämmelsen har inte någon särskild försvarlighetsbedömning gjorts, utan här sägs att individen själv måste få bestämma över sin person och egendom. Vidare pekas det på att rekvisitet har betydelse främst på det medicinska fältet samt inom området lek och sport, där en annorlunda gränsdragning måste göras. En vidare definition av försvarlighetsbedömningen skulle innebära att det är försvarligt med aktiv dödshjälp. Samtidigt ska det förklaras i definitionen att förutsättningarna för ett samtyckes rättsliga giltighet är att det har lämnats av någon som är behörig att förfoga över det aktuella intresset. Denne ska vara kapabel att förstå innebörden av det samma. En förutsättning är också att vederbörande ska ha haft full insikt om de relevanta omständigheter som råder. Samtycket ska ha lämnats frivilligt och vara allvarligt menat. Det ska vidare föreligga vid den tidpunkt gärningen företas. Slutligen ska det i definitionen förklaras att handlingen ska ske i enlighet med god vård. I enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och enligt patientsäkerhetslagen.

Statens Medicinsk-Etiska Råd (SMER) har efter en konferens 2008 i Göteborg skickat en begäran till regeringen där de önskar en utredning om möjligheten att mjuka upp det reella förbjudet mot läkarassisterat självmord. I SMER:s begäran till regeringen: ”Det tycks… finnas ett visst utrymme för staterna att själva bedöma vilka risker som skulle kunna uppkomma genom en uppmjukning av förbudet mot läkarassisterad suicid t.ex. genom att göra det möjligt för läkare som så önskar att under mycket speciella omständigheter tillmötesgå en patients begäran.” Rådet konstaterar att detta skulle kräva ändringar i det svenska regelverket. En majoritet i rådet anser att denna fråga bör utredas vidare liksom de närmare förutsättningarna och konsekvenserna av sådana ändringar.”[217] En förändring behöver inte vara svårare än att principen ser ut enligt följande. Vid en legalisering av aktiv dödshjälp efter SMER:s önskemål skulle exempelvis en förändring ske i principen om att respekten för människolivet väger tyngre än den enskildes intresse att med hjälp av någon annan förkorta livet. Detta i likhet med Socialstyrelsens beslut att patientens självbestämmanderätt väger tyngre än läkarens ambition att alltid rädda liv och inte skada.[218]

I överensstämmelse med vetenskaplig och beprövad erfarenhet - Kravet omfattar formellt alla yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Innebörden av begreppet anses svårdefinierat och har därför ofta varit föremål för prövning i hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Enligt specialmotiveringen till 2 § åliggandelagen uppges kravet innebära ”att personalen är skyldig att känna till och iaktta de föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen kan ha meddelat angående vården i egenskap av central tillsynsmyndighet. Det innebär även att personalen måste följa utvecklingen inom sina respektive områden så att de vid varje tillfälle kan ge den vård som är motiverad med hänsyn till vetenskap och beprövad erfarenhet.” Förarbetena till

[217] Skrivelse till regeringen i november 2008. & Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan. Liber AB Stockholm 2009 S. 125.
[218] Citat från Tännsjö, Torbjörn. Döden är förhandlingsbar. Första upplagan. Liber AB Stockholm 2009 S. 125.

LYHS hänvisar även till ett uttalande av Socialstyrelsen år 1976. ”Ur juridisk synvinkel innebär uttrycket att läkaren i sin yrkesmässiga utövning har att beakta såväl vetenskap som beprövad erfarenhet. Författningstexten innebär sålunda ett *både och* - inte ett *antingen eller*. När exempelvis en ny behandlingsmetod introduceras saknas självklart erfarenhet, det vetenskapliga underlaget får vara grunden för att metoden accepteras, eventuellt efter erfarenheter vunna vid försök på djur. I andra fall kan långvarig klinisk erfarenhet vara det dominerande underlaget för att en behandlingsmetod accepteras medan det teoretiska och/eller experimentella vetenskapliga bevisen för dess effektivitet kan vara begränsade.”[219]

Kraven på personal inom hälso- och sjukvård måste av naturliga skäl se olika ut. Varje enskilt fall måste ses och bedömas mot den enskilde yrkesutövarens förmåga och erfarenhet. Olika utbildningar och erfarenheter gör att de krav som ställs på enskilda yrkesutövare måste nyanseras. Sett ur det perspektivet ska arbetet utföras på ett sätt så att det motsvarar uppställda krav. I likhet med samtyckesparagrafen, behöver det inte ske några lagstadgade förändringar i begreppet i överensstämmelse med vetenskaplig och beprövad erfarenhet. Även här krävs ett definitionstillägg, där aktiv dödshjälp ska bevisas som en rätt handling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Exempelvis kan det bevisas att åtgärden överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet eftersom inga adekvata botemedel finns för patientens smärta och lidande, samt att det är patientens önskemål att förkorta livet för att slippa smärta eller lidande. Hälso- och sjukvården kan med hjälp av utländska siffror bevisa att det inte påverkar vården eller samhället negativt med legaliserad dödshjälp.[220]

God vård – Enligt 3 och 18 §§ HSL har landstinget och i viss mån kommunen en skyldighet att erbjuda god hälso- och sjukvård. God vård innebär enligt 3 § HSL att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vården skall vara lättillgänglig och förhållandet mellan patienten och hälso- och sjukvården skall kännetecknas av goda kontakter. Patientens självbestämmande och integritet skall stå i centrum och så långt det låter sig göras skall vård och behandling ske i samråd. Kontinuitet och säkerhet skall vara goda riktmärken.

Det behövs inte heller några större förändringar när det gäller bestämmelsen om god vård. Här handlar det också om att göra en vidare definition av vad god vård innebär. Som tidigare nämnts har redan Socialstyrelsen gett patientens självbestämmanderätt större betydelse.[221] Bland annat har Socialstyrelsen uttalat att vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. Det framgår av hälso- och sjukvårdslagstiftningen som också betonar respekten för patientens självbestämmande och integritet. Här krävs en utveckling eller en vidare definition av begreppet behandlingsmetod och integritet. Vid legalisering av aktiv dödshjälp ses även den åtgärden som en behandlingsmetod och kan därför vara ett alternativ för patienter som så önskar det. Begreppet integritet innebär bland annat att patienten ska vara skyddad mot ingrepp som denne inte samtycker till. En utveckling eller

[219] Rynning, E. samtycke till medicinsk vård och behandling. En rättsvetenskaplig studie. S. 128-133.
[220] Se 8.2 sida 48.
[221] Socialstyrelsens beslut sida 23.

förändring av begreppet ska även innebära att patienten har rätt att vända sig till hälso- och sjukvården för att få hjälp att förkorta livet.

Brottsbalken – Det finns olika idéer om hur lagstiftningen kring aktiv dödshjälp skulle kunna se ut. Ett av förslagen är att det ska stå i brottsbalken att det ska vara tillåtet att inom sjukvården vidta åtgärder som förkortar livet. Personligen anser jag inte att det räcker med bara en lagstiftning i brottsbalken. Aktiv dödshjälp är någonting som berör både juridiken och medicinen. I denna fråga är det därför nödvändigt att juridiken och medicinen förenas för att förverkliga det gemensamma målet, en legalisering av aktiv dödshjälp. Det som står i BrB ska även stå i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Enligt mitt förmenande bör det vara två skilda paragrafer, men med samma innebörd eller att de utgör ett komplement till varandra.

Ett förslag på hur en eventuell paragraf skulle kunna se ut är följande:

Den som inom hälso- och sjukvården förkortar annan livet med hänsyn till att det är nödvändigt för att lindra smärta eller lidande, dömes inte för brott om handlingen sker med samtycke från den mot vilken den riktas. Handlingen skall vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och förenlig med god vård.

Paragrafen ska placeras under 3 kap. BrB om brott mot liv och hälsa. Anledningen till att den inte ska vara bland de andra ansvarsfrihetsgrunderna är att den endast ska gälla vid aktiv dödshjälp. Medan det i 24 kap BrB finns allmänna bestämmelser som gäller i flera situationer, kan denna ansvarsfrihetsgrund endast komma ifråga vid aktiv dödshjälp. Därför anser jag att den kan placeras som 3:4 BrB, med tanke på att 3:4 har upphävts.

Patientsäkerhetslagen – Sett ur ett historiskt perspektiv har förhållandet mellan läkare och patient inte alltid sett ut som det gör idag. Förhållandet byggde förr på läkarens specifika kunnande och dennes vilja att bota. Patienten fick förlita sig på att det läkaren gjorde var det bästa för honom/henne. Vården kunde i och för sig inte ske mot patientens vilja men läkarens suveränitet var som regel oomtvistlig. Patienten ansågs inte ha den kunskap som krävdes för att kunna delta i beslutsprocessen. På 1950-talet började det ske förändringar. Patienten fick ta del av sin journal, trots att innehållet i denna många gånger var obegripligt. Beroendet av läkarens inställning till informationsfrågan var fortfarande viktig. Patienten hade en självbestämmanderätt, men behandlingens innehåll, genomförande, risker och alternativ, var mer eller mindre okända för patienten. Under de senaste decennierna har emellertid förutsättningarna förändrats. Framförallt beror detta på den ökade allmänbildningen rörande hälso- och sjukvårdens arbetssätt och möjligheter. Denna utveckling kan till största del ses i ljuset av den information vi får via massmedia. Mer eller mindre dagligen redogörs där för olika sjukdomar och nya behandlingsmetoder. Samtidigt informeras vi även om olika fel och misstag som sjukvårdspersonal har begått. Uppkomsten av nya etiska och rättsliga lagar, såsom förbättrade grundlagsskydd för grundläggande fri- och rättigheter och mänskliga rättigheter har satt sin prägel på lagstiftningen och framtvingat en förändring. Detta har medfört att de enskilda samhällsmedborgarnas inställning till auktoriteter av olika slag har förändrats och generellt blivit mera kritiskt ifrågasättande. Resultatet av denna utveckling utgörs av en kodifiering av patienters rätt till integritet, självbestämmande och information.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) trädde i kraft 2011-01-01. Den ersätter Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS), samtidigt som nya bestämmelser om patientens rättigheter aktualiseras. Enligt 1 § patientsäkerhetslagen syftar lagen till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I den nya lagen ska vårdgivare utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivare ska även ge patienter och närstående information och möjligheter att bidra till ett patientsäkerhetsarbete. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedöms utgöra fara för patientsäkerheten ska också rapporteras till Socialstyrelsen. Vidare ersätts disciplinpåföljderna, varning och erinran, av en utökad klagomålshantering hos Socialstyrelsen. Det har även bland annat gjorts förändringar kring prövotiden och återkallelse av legitimation.

Förutom BrB anser jag att mitt lagförslag även ska finnas med som en paragraf under patientsäkerhetslagen. Detta eftersom lagen tar upp patienters rättigheter samt Socialstyrelsens syn vid misstanke om brottslighet i samband med hälso- och sjukvård.

Förslaget kan se ut enligt följande:

Hälso- och sjukvården ska i enlighet med 6 kap. 1 §, 2 och 2 a §§ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) och (min paragraf Brottsbalk (1962:700)) erbjuda patienter en möjlighet till att förkorta livet. För att detta ska vara möjligt ska:
- det vara ett eget ställningstagande,
- patienten vara vid sina sinnens fulla bruk,
- patienten lida av en obotlig sjukdom,
- patienten ha en stark och tydlig uttalad vilja att avsluta sitt liv,
- patienten söka tillstånd från Socialstyrelsen (eller den myndighet i mitt förslag) och fått godkännande till behandlingen.

En god död är någonting vi önskar både för vår egen del och även för andra. Hur ofrånkomlig döden än är skulle den kunna vara, om än inte god, så i alla fall mindre skrämmande. Uppsatsen visar på hur viktig och betydelsefull utbildningen varit för mig. Om mitt arbete på något sätt kan vara till nytta i den fortsatta debatten och bidra till en förändring skulle jag känna stor tillfredsställelse.

"*Att dö är inte det värsta, att vilja dö och inte kunna är värre*."
Sofokles (497 f Kr - 406 f Kr)

Käll- och litteraturförteckning

Offentligt tryck

Propositioner

Proposition 1962:10 med förslag till brottsbalk, del C, s. 38.
Proposition 1975/76:209 om ändring i regeringsformen s. 147.
Proposition 1983/84:111med förslag till polislag m.m. s.25.
Proposition 1987/88:120 om ändring i brottsbalken (straffmätning och påföljdsval).
Proposition 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.)

Statens Offentliga Utredningar

SOU 1953:14, s. 145 ff. 24 kap. Om allmänna grunder för ansvarsfrihet
SOU 1975:75, bilaga 11 s. 365.
SOU 1988:7, s. 99 ff. 24 kap. Om allmänna grunder för ansvarsfrihet
SOU 2004:112, Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna.
SOU 2007:52 Beslutanderätt vid gemensam vårdnad m.m.

Departementsserien

DS 2011:5 Barns rätt till vård och sociala insatser stärks

Litteratur

Juridisk litteratur

Jareborg, Nils. *Straffrättens ansvarslära*. Justus Förlag, Uppsala 1994.

Rynning, E. Samtycke till medicinsk vård och behandling, En rättsvetenskaplig studie. Iustus förlag 1994.

Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore & (red.). *Att få hjälp att dö.* Studentlitteratur 2005.

Jareborg, Nils & Zila, Josef. *Straffrättens påföljdslära*. Andra upplagan. Nordsteds Juridik AB 2007.

Leijonhufvud, Madeleine & Wennberg, Suzanne. *Straffansvar*, åttonde upplagan, Nordstedts 2008.

Tännsjö, Torbjörn. *Döden är förhandlingsbar*. Första upplagan. Liber AB Stockholm 2009.

Homlqvist, Lena., Leijonhufvud, Madeleine., Träskman, Per Ole & Wennberg, Suzanne. *Brottsbalken – en kommentar*, del 1. Studentutgåva 6. Nordstedts Juridik 2009.

Rynning, E. Liv och Död – Livsuppehållande behandling från början till slut. Karolinska institutet 2009.

Övrig litteratur

Odén, Birgitta. *Ättestupan – myt eller verklighet? Scandia* 62:2, 1996.

Månsson, Ingmar & Dotevall, Leif. *Dödshjälp eller livshjälp*. SESG – Media Göteborg 1998.

Odén, Birgitta & Werner, Yvonne Marie. Självmord i det stora nordiska krigets skugga. I: Odén, Birgitta., Persson, B.E.B. & Werner, Yvonne Marie. *Den frivilliga döden. Samhällets hantering av självmord i historiskt perspektiv*. Cura AB Stockholm 1998. Persson, B.E.B. *Drunknad eller dränkt*. I: Odén, Birgitta., Persson, B.E.B. & Werner, Yvonne Marie., op.cit. 8), 1998.

Jansson, Arne. *From swords to sorrow. Homicide and suicide in early modern Stockholm*. Ekonomisk-historisk institutionen Stockholm 1998.

Ekström, Anders. *Dödens exempel. Självmordstolkningar i svenskt 1800-tal genom berättelsen om Otto Landgren.* Stockholm 2000.

Jarrick, Arne. *Hamlets fråga. En svensk självmordshistoria.* Nordstedts Stockholm 2000.

Beskow, Jan. *Självmord och självmordsprevention. Om livsavgörande ögonblick*. Lund 2000.

Muchembled, Robert. *Djävulens historia*. Sv. Övers. Nordstedts Stockholm 2002.

Freeman, M. *Denying death its dominion: Thoughts on the Dianne Pretty case.* Medical Law Review, 10, autumn 2002.
Ankarloo, Bengt. *Helvetet*. Historiska Media Lund 2003.

Österberg, Eva. *Vänskap – hot eller skydd i medeltidens samhälle? En existentiell och etisk historia. Historisk tidsskrift* 4:2003.

Nedkvitne, Arnved. *Mötet med döden i norrön medeltid*. Sv. Övers. Atlantis Stockholm 2004.

Rättsfall

Högsta domstolen

NJA 1979 s. 802
NJA 1993 s. 553
NJA 2004 s. 176

Hovrättsavgörande

RH 1996:69 – rättsfall från Falun.

Tingsrätten

Kiruna-fallet, *Läkartidningen* 1965; 62:500-4.

Jukkasjärvi och Karesuandos häradsrätts dom 5.2.1965.

Örebro tingsrätt. Mål nr B 829-10. 2010-04-30

EG-domstolen

Europadomstolens dom den 29 april 2002, mål nr 2346/02. Pretty V UK.

Tidskrifter

Biörck, Gunnar. *Liv och död – medicinskt, juridiskt och etiskt.* SvJT 1965 s. 545.

Övriga källor

http://www.fof.se/node/41520/lakarna-tvekar-om-dodshjalp. Läkarna tvekar om dödshjälp. Av Michael Lövtrup ur F&F 8/2009.

http://www.dn.se/nyheter/varlden/tysk-dom-omdefinierar-dodshjalp. Tysk dom omdefinierar dödshjälp. Publicerad 2010-11-25 12:43.

https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2010/9/Barnlakaratalet. Troligtvis-ingen-rattegang-i-ar/. *Barnläkaråtalet: Troligtvis ingen rättegång i år*.

http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=13694. Straffrättsjurist förvånad över åtalet. Sara Gunnarsdotter.

http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=14117. Vård på laga villkor.

Edblom, Kristina. Majoriteten för aktiv dödshjälp. Publicerad: 2010-03-20. Hämtad 2011-01-20 kl. 21:00. http://www.aftonbladet.se/nyheter/article6811401.ab.

Svenska Akademiens ordbok - http://g3.spraakdata.gu.se/saob/. Hämtad 2011-01-05 kl. 21:00

Dokument inifrån på SVT - Kan jag få dö nu? Publicerad: SVT2 2010-04-18 kl. 20.00. Hämtad SVT2 2011-01-18 kl. 20.00. http://svtplay.se/v/1960046/dokument_inifran/kan_jag_fa_do_nu_?cb,a1364145,1,f,-1/pb,a1364142,1,f,-1/pl,v,,1972235/sb,p103467,1,f,-1.

Printz, Anders. Avbrytande av livsuppehållande behandling. Publicerad: 2010-04-26. Hämtad 2011-01-26 kl. 21:00. http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/nyhetsarkiv/1livsuppehallande.

Lindberg, Staffan. “Jag är så lycklig”. Publicerad: 2010-04-27. Hämtad 2011-01-27 kl. 20:00. http://www.aftonbladet.se/nyheter/article7026613.ab.

Riksförbund för suicid prevention och efterlevnadsstöd. http://www.spes.nu. Hämtad 2011-01-02 kl. 20:00.

Läkartidningen 1974; 71:3473-6. Terminal vård. www.lakartidningen.se/old/content_0443/3349.html. . Hämtad 2011-01-02 kl. 20:00 – 21:00.

Läkartidningen 1974; 71:3650-1. Terminal vård. www.lakartidningen.se/old/content_0443/3349.html. . Hämtad 2011-01-02 kl. 20:00 – 21:00.

Vård på laga villkor – http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=14117. Hämtad 2011-01-02 kl. 20:00 – 21:00.

Beslutskapabel patient i respirator bör få läkarhjälp att avsluta sitt liv. Peter Örn. http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=6489. Hämtad 2011-02-02 kl. 20:00 – 21:00.

Commission Fédérale de controle et d`evaluation de l`euthanasie: Premier rapport aux chambres legislatives 22 septembre 2002 – 31 decembre 2003 (antagen den 22 juni 2004), www.health.fgov.be/AGP/euthanasie/F5764euthanasieFR.pdf. . Hämtad 2010-12-02 kl. 20:00 – 21:00.

Onwuteaka-Philipsen, J.A. & Rurup, M.L. et al. Euthanasia and other end-of.life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. The Lancet. Published online june 17, 2003 http://image.thelancet.com/extras703art3297web.pdf. . Hämtad 2010-12-02 kl. 20:00 – 21:00.

Euthanasia. Pinion of the committee on legal affiars and human rights, council of Europé. Doc. 9923, 23 september 2003. Sheldon, T. Dutch reporting of euthanasia cases falls – despite legal reporting reguirements. Brittish Medical journal 2004:328:1336 (5 June), http://bmj.bmjjournals.com/cgi/content/full/328/7452/1336. . Hämtad 2010-12-02 kl. 20:00 – 21:00.

Termination of life on request and assisted suicid (review procedures) act, antagen den 1 april 2001. Engelsk översättning tillgänglig i elektronisk version bl.a. på http://www.nvve.nl/english/info/euthlawenglish.pdf. . Hämtad 2010-12-02 kl. 20:00 – 21:00.

Act concerning Euthanasia, antagen den 28 maj 2002. Engelsk översättning tillgänglig på http://kuleuven.ac.be/cbmer/viewpic.php?LAN=E&TABLE=DOCS&ID=23. Hämtad 2010-12-02 kl. 20:00 – 21:00.

Oregon revised statute 127.800-127.995, http://leg.state.or.us/ors/127.html. Hämtad 2010-12-02 kl. 20:00 – 21:00.

Religionskunskap. http://www.to-life.se/kristendom.htm. Hämtad 2010-12-03 kl. 20:00

Bondolfi A. Switzerland – Defending assisted death. Euthanasia volume II: *National and European perspectives. Council of Europé publishing* 2004, s. 85-94. Care of patients in the terminal phase of life. Medical-ethical guidlines of the SAMS, http://www.samw.ch/content/richtlinien(e_RL_sterbehilfe.pdf. Medical-ethical guidlines for the medical care of dying persons and severely brain-damaged patients, Swiss Academie of Medical Sciences (SAMS) numera upphävda riktlinjer från 1995. Hämtad 2010-12-04 kl. 20:00 – 21:00.

Nys, H. A Presentation of the Belgian Act on Euthanasia volume II. National and European perspectives, Council of Europé publishing 2004: s. 13-24. Adams, M & Nys, H. Comparative reflections on the Belgian euthanasia act 2002. Medical law review, 11, autumn 2003. Hämtad 2010-12-04 kl. 20:00 – 21:00.

Seventh annual report on Oregon´s Death With Dignity Act, office of disease prevention and epidemiology, March 10, 2005, Oregon department of human services, http:egov.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year7.pdf. Hämtad 2010-12-04 kl. 20:00 – 21:00.

Bosshard, G., Ulrich, E. & Bär, W. 748 cases of suicide assisted by a swiss right-to-die organization. Swiss medical weekly 2003;133:310-317, http://www.smw.ch/pdf200x/2003/21/smw-10212.PDF. Hämtad 2010-12-04 kl. 20:00 – 21:00.

Replies to the questionnaire for member states relating to euthanasia, Council of Europé Steering Committee on Bioethics (CDBI), 20 january 2003.

Assistance to patients at end of life. Report of the social, Health and Family affairs committee, parliamentary assembly, Council of Europe. Doc. 10455, 9 february 2005.

Assistance to patients at end of life. Opinion of the committee on legal affairs and human rights, parliamentary assembly, Council of Europe. Doc. 10495, 8 april 2005.