



**Handelshögskolan**

VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Juridiska institutionen

**Tillämpade studier**  
—  
**En komparation av regleringen kring eutanasi**

Läsåret 2005-2006  
Tillämpade studier, 20 p  
Jur. Kand. programmet  
Teresia Svensson

Handledare  
Lotta Vahle Westerhäll

# Innehåll

<b>FÖRKORTNINGSLISTA .....</b>	<b>1</b>
<b>1. INLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1. Bakgrund.....	1
1.2. Syfte .....	1
1.3. Avgränsningar .....	1
1.4. Metod.....	2
1.5. Disposition .....	2
<b>2. HISTORISK BAKGRUND .....</b>	<b>3</b>
<b>3. VÅRD I LIVETS SLUTSKEDE .....</b>	<b>5</b>
3.1. Historia.....	5
3.2. Allmänt.....	5
3.3. Palliativ vård.....	6
<b>4. EUTANASI .....</b>	<b>8</b>
4.1. Definition av begreppen.....	8
4.2. Hjälpa i livets slutskede .....	8
4.3. Assisterat självmord .....	9
4.4. Passiv eutanasi .....	9
4.5. Aktiv eutanasi .....	10
<b>5. DE VANLIGASTE ARGUMENTEN I EUTANASIDEBATTEN .....</b>	<b>12</b>
<b>5.1. Rätten till liv.....</b>	<b>12</b>
5.1.1. Europakonventionen.....	12
5.1.2. Livets helgd .....	13
5.1.3. Livskvalitet .....	14
<b>5.2. Autonomi.....</b>	<b>15</b>
5.2.1. Allmänt .....	15
5.2.2. Livstestamenten .....	16
5.2.3. Opinionsen .....	16

<b>5.3.</b>	<b>Sluttande planet eller kil-argumentet.....</b>	<b>17</b>
5.3.1.	Press att begära eutanasi.....	18
5.3.2.	Risken för överanvändning.....	18
5.3.3.	Osäkerheten i diagnos och prognos.....	19
5.3.4.	Missbruk.....	19
5.3.5.	Mindre motivation för forskning.....	20
<b>5.4.</b>	<b>Barmhärtighet.....</b>	<b>20</b>
<b>5.5.</b>	<b>Ekonomiska hänsyn.....</b>	<b>20</b>
<b>5.6.</b>	<b>Förtroendeskada i vårdrelationen.....</b>	<b>21</b>
<b>6.</b>	<b>REDOGÖRELSE FÖR DEN RÄTTSLIGA NORMERINGEN RÖRANDE EUTANASI.....</b>	<b>22</b>
<b>6.1.</b>	<b>Sverige.....</b>	<b>22</b>
6.1.1.	Rättslig normering.....	22
6.1.1.1.	Lagstiftning.....	22
6.1.1.2.	Praxis.....	25
6.1.1.2.1.	Allmänna domstolar.....	25
6.1.1.2.2.	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).....	27
6.1.1.3.	Socialstyrelsens rekommendationer.....	29
6.1.2.	Slutsats Sverige.....	30
6.1.2.1.	För privatpersoner.....	31
6.1.2.2.	På sjukvårdens område.....	31
<b>6.2.</b>	<b>Storbritannien.....</b>	<b>32</b>
6.2.1.	Eutanasidebatten.....	32
6.2.2.	Rättslig normering.....	33
6.2.2.1.	Lagstiftning.....	33
6.2.2.2.	Praxis.....	36
6.2.2.2.1.	Airedale N.H.S. Trust v. Bland.....	36
6.2.2.2.2.	In Re T.....	37
6.2.3.	Slutsats Storbritannien.....	38
<b>6.3.</b>	<b>Nederländerna.....</b>	<b>38</b>
6.3.1.	Eutanasidebatten.....	38
6.3.2.	Rättslig normering.....	41
6.3.2.1.	Lagstiftning.....	41
6.3.2.2.	Praxis.....	42
6.3.3.	Slutsats Nederländerna.....	45
<b>6.4.</b>	<b>USA.....</b>	<b>45</b>
6.4.1.	Eutanasidebatten.....	45
6.4.2.	Rättslig normering.....	49
6.4.2.1.	Lagstiftning.....	49
6.4.2.2.	Praxis.....	51
6.4.2.2.1.	Nancy Cruzan Case.....	51
6.4.2.2.2.	In the matter of Karen Quinlan.....	52
6.4.2.2.3.	People of the State of Michigan vs. Jack Kevorkian.....	53

6.4.2.2.4.	Dennis C. Vacco, Attorney General of New York, et al., Petitioners V. Timothy E. Quill et al. ....	55
6.4.2.2.5.	Washington v. Glucksberg .....	56
6.4.3.	Slutsatser USA .....	57
<b>6.5.</b>	<b>Australien .....</b>	<b>58</b>
6.5.1.	Eutanasidebatten .....	58
6.5.2.	Rättslig normering.....	61
6.5.2.1.	Lagstiftning .....	61
6.5.2.2.	Rights of the Terminally Ill Act .....	61
6.5.2.3.	Praxis .....	63
6.5.2.3.1.	R v Hood .....	63
6.5.3.	Slutsats Australien.....	65
<b>7.</b>	<b>KOMPARATION .....</b>	<b>66</b>
7.1.	Allmänt.....	66
7.2.	Aktiv eutanasi .....	67
7.3.	Passiv eutanasi .....	68
7.3.1.	Underlåtande och avbrytande av behandling.....	68
7.3.2.	Livstestamenten .....	69
7.3.3.	Slutsats.....	70
7.4.	Assisterat självmord .....	71
7.4.1.	Assistans av vanliga människor .....	71
7.4.2.	Läkarassisterat självmord .....	71
7.4.3.	Slutsats.....	72

## Förkortningslista

BrB	Brottsbalk (1962:700)
DHR	De handikappades riksförbund
FB	Föräldrabalk (1949:381)
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
LHYS	Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
NJA	Nytt Juridiskt Arkiv I
RF	Regeringsform (1974:152)
SOU	Statens Offentlig Utredningar

# 1. Inledning

## 1.1. Bakgrund

Debatten om eutanasi pågår ständigt, ibland mer intensivt ibland mer lågmält. Jag vill fördjupa mig i frågan för att se hur juridiken samspelar med verkligheten, i Sverige och övriga delar av världen.

Eutanasidebatten och regleringen har sett och ser olika ut runt om i världen. I vissa länder har en legalisering skett, medan andra länder överväger en legalisering och åter andra anser, på grund av till exempel religiös uppfattning, inte att eutanasi går ihop med till exempel tanken om livets helgd.

I övergripande konventioner om mänskliga rättigheter fastslås en rätt till liv. Vissa har gjort tolkningen att rätten till liv även innebär rätt till livets slut, de menar att det är andra sidan av samma mynt.

## 1.2. Syfte

Syftet med denna uppsats är att utreda de frågor som uppkommer kring eutanasi och utifrån svaren på dessa frågor göra en komparation av olika länders reglering av området.

## 1.3. Avgränsningar

Jag väljer att enbart inrikta mig på den del av rätten till liv som handlar om eutanasi och vård i livets slutskede. Viktiga och intressanta frågor som aborträtt, rätten till ett värdigt liv m m lämnas därför utanför.

Inom detta område kommer i första hand en komparation av reglerna kring eutanasi och vård i livets slutskede att göras. De länder som jag valt är, förutom Sverige:

- Storbritannien
- USA
- Nederländerna
- Australien

Jag har valt dessa länder eftersom de alla har, och har haft, en aktiv eutanasidebatt och då de representerar olika ståndpunkter. De har även valts ut med tanke på att jag lättare kan tillgodogöra mig information från dem, då de huvudsakligen är engelskspråkiga.

#### 1.4. Metod

Jag samlar den avgörande delen av informationen genom författnings- och litteraturstudier från Sverige och de länder som ingår i komparationen.

#### 1.5. Disposition

Först redogör jag kort för bakgrunden till debatten om eutanasi, med viss tyngdpunkt på rätten till liv. Sedan redogör jag för de viktigaste argumenten i eutanasidebatten. Därefter följer en definition av viktiga begrepp. Därefter redogör jag för ämnen som har viss relevans för eutanasidebatten, som vård i livets slutskede och självmord. Slutligen följer en redogörelse av de olika ländernas reglering och en jämförelse länderna emellan.

## 2. Historisk bakgrund

Jag tycker att det är intressant att ta avstamp i historien och ha den som utgångspunkt för redogörelsen för eutanasidebatten. De länder jag valt i min framställning har alla kristen bakgrund och bygger på ”västerländska” värderingarna. De har därmed i stort sett samma historia och utveckling i eutanasidebatten i ett längre perspektiv. Nedan redogör jag för denna historia i korta drag, medan den mer landsspecifika historien tas upp i samband med redogörelsen för vart land.

Den rena eutanasidebatten startade i de flesta länder med att den medicinska tekniken utvecklades, vilket gjorde döden mer utdragen än tidigare och själva döendet till ett mer påtagligt stadium. Debatten om död och döende finns dock dokumenterad så långt tillbaka som till de gamla grekerna.

Platon och Aristoteles ansåg båda att eutanasi skulle tillämpas på personer som låg samhället till last, till exempel missbildade barn och personer med dödliga eller obotliga sjukdomar. Tanken om den starka staten kan förklara detta, liksom den negativa synen på självmord.<sup>1</sup>

Stoikerna ändrade på denna syn eftersom de ansåg att självmord var acceptabelt av ett flertal skäl, varav de flesta innebar att individen skulle få slippa ifrån sitt liv om det upplevdes som allt för betungande. Stoikernas syn på döendet fick stort genomslag i Rom efter det att Grekland blivit besekrat. I Rom ansåg man att självmord var acceptabelt så länge det var rationellt, och den goda döden benämndes *summum bonum*.<sup>2</sup>

Inom kristendomen fanns tanken om att gud har monopol på mänskligt liv, det är upp till Gud, och enbart honom, att ge och ta liv. Självmord och annat dödande i förtid var en oförlåtlig synd.<sup>3</sup> På 500-talet utvecklade St. Augustinus tanken om självmord och ansåg det vara en kränkning av både kyrkan och staten, en man ska bära sina bördor. Thomas av Aquino ansåg på 1300-talet att självmord var den värsta synden av alla eftersom det var emot naturens ordning, och speciellt som det inte fanns någon tid till ånger och bot.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 2

<sup>2</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 2

<sup>3</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 2

<sup>4</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 3



Under renässansen ändrades inte på synen på självmord, men tanken på en lätt död kom tillbaka och ansågs som eftersträvansvärd mycket tack vare det individualistiska tänkandet.<sup>5</sup>

Den nazistiska rasideologin gav under andra världskriget upphov till storskaliga massmord. En del i dessa mord var det eutanasiprogram som gick under kodnamnet Aktion T 4 som startade 1938. Eutanasiprogrammet skulle avlasta samhället genom att rensa ut människor som inte var nyttiga för samhället exempelvis kroniskt sjuka och utvecklingsstörda personer. Detta skulle bidra till att den ariska rasens hälsa stärktes. Programmet utfördes i hemlighet men uppskattningsvis 275 000 offer gasades ihjäl. När det inte längre var möjligt att dölja programmet avslutades det efter hand, men tankarna och kunskaperna låg till grund för ”den slutliga lösningen av judefrågan”.<sup>6</sup> Det var naturligtvis inte fråga om eutanasi enligt den definition som de flesta länder har, men detta eutanasiprogram har färgat debatten i många länder.

---

<sup>5</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 3

<sup>6</sup> Nationalencyklopedin

## 3. Vård i livets slutskede

### 3.1. Historia

Synen på vården i livets slutskede har ofta stor betydelse för hur man ser på frågan om eutanasi. Med en god palliativ vård behöver ingen begära eutanasi, men med en undermålig vårdssituation kan eutanasi vara enda utvägen för en svårt lidande patient. Därför kommer här vården i livets slutskede översiktligt att behandlas. Som det uttrycks i SOU 2000:6 får dock inte brister i vården låta bli att korrigeras till förmån för en rätt till eutanasi.<sup>7</sup>

Den palliativa vården har huvudsakligen utvecklats ur hospicefilosofin. Hospice betyder en plats för gästfrihet och vårdformen var från början knuten till speciella byggnader men kan nu anses omfatta vård av döende personer i alla former.<sup>8</sup>

Hospicevården skapades som en motreaktion mot den vård som fanns där de döende ofta inte fick tillräckligt stöd och symtomlindring i livets slutskede. Den var även till för vård av de döendes anhöriga, då denna vård var än mindre utvecklad. Hospicevården kommer ursprungligen från England och bygger på respekt för den personliga integriteten och vård av hela familjen, liksom god omvårdnad och symtomlindring.<sup>9</sup>

### 3.2. Allmänt

Inom vården i livets slutskede har tre grundläggande principer fastslagits av prioriteringsutredningen<sup>10</sup>: människovärdesprincipen, behovs- eller solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen som ska prioriteras i denna ordning. Människovärdesprincipen innebär att alla människor ska tillräknas lika värde och samma rättigheter oavsett deras egenskaper. Solidaritetsprincipen anger att resurserna ska allokeras till de områden som har de största behoven. Kostnadseffektivitetsprincipen i sin tur medför att valen mellan olika åtgärder bör avgöras med hänsyn till relationen mellan kostnad och effekt. Regeringen

---

<sup>7</sup> SOU 2000:6, s 224 f

<sup>8</sup> SOU 2000:6, s 20 och 49f, I Underskog, Vården i dag *Smärta i livets slutskede*, ur En god död, s 66

<sup>9</sup> SOU 2000:6, s 49, Regeringens skrivelse 2004/05:166, s 5

<sup>10</sup> se Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60)

påpekar i sin skrivelse 2004/05:166, Vård i livets slutskede, att dessa principer gäller även vid vården i livets slutskede.<sup>11</sup>

Dessa principer är viktigare inom den palliativa vården eftersom konflikten mellan att bota och lindra och att döda, eller i alla fall att låta dö, är mer närvarande än inom den ordinarie vården. Spänningarna mellan vårdpersonalen kan bli höga och det är viktigt att det finns klara och precisa regler om ansvarsfördelning, vårdmetoder och allmänt handlande i förhållande till patienterna.

### 3.3. Palliativ vård

Ordet palliativ härstammar från latinets *pallia* 'tus och betyder bemantlad.<sup>12</sup> Som medicinsk term förknippas palliation med lindrande, åtgärder för att motverka symtom snarare än åtgärder med kurativ verkan.<sup>13</sup> Det är en internationellt vedertagen term för vård av döende patienter, WHO har definierat den palliativa vården som en:

aktiv *helhetsvård* av patienter i ett skede där sjukdomen inte längre svarar på kurativ (botande) behandling och när *kontroll av smärta eller symtom* och problem av psykologisk, social och existentiell art är av största vikt. Det övergripande målet med palliativ vård är att uppnå bästa möjliga *livskvalitet* för patienten och dennes familj. Palliativ vård innebär att tonvikt läggs på att lindra smärta och andra besvärande symtom. Palliativ vård innebär att såväl fysiska, psykiska som existentiella aspekter förenas till en helhet i vården av patienterna. Den palliativa vården måste erbjuda ett system av stödåtgärder för att hjälpa patienterna att leva ett så aktivt liv som möjligt i livets slut och ett hjälpsystem för att hjälpa dennes familj att orka med situationen under patientens sjukdom och under sorgearbetet.<sup>14</sup>

Palliativ vård är alltså den vård som ges när en patient lider av en dödlig sjukdom, det är en aktiv helhetsvård som har som mål att ge livskvalitet för både patienten och dennes anhöriga.

Den palliativa vården framhåller att döden är en naturlig del av livet:

...om en kultur erkänner döden, och ser döden som livets oundvikliga slut, kommer döende människor att behandlas som levande människor som befinner sig i livets slutskede. Å andra sidan, om en kultur till synes fungerar som om den accepterar dödens realitet, men i grunden präglas av ett inre förnekande, kommer de döende människorna att förknippas med döden som sådana. De kommer att förlora sin plats bland de levande.<sup>15</sup>

<sup>11</sup> Regeringens skrivelse 2004/05:166, s 6

<sup>12</sup> Nationalencyklopedin

<sup>13</sup> Regeringens skrivelse 2004/05:166, s 3

<sup>14</sup> B. Beck-Friis, Vård i livets slutskede, ur Döдахjälп eller livshjälп? s 27 f

<sup>15</sup> V DeMarinis, Tvärkulturell vård i livets slutskede, 36

Vården går ut på att göra processen så behaglig som omständigheterna medger.<sup>16</sup> Symtom som vanligen förknippas med döende är till exempel ångest och nedstämdhet, smärta, illamående, avföringssvårigheter och muntorrhet.<sup>17</sup>

Europarådets ministerkommitté har utarbetat en rekommendation angående palliativ vård, för att få en enhetlighet mellan medlemsländerna. Kommittén tar i rekommendationen upp att den palliativa vården ska vara patientorienterad, bedrivs med respekt för patienten så att denne kan dö med värdighet. Kommittén påpekar vidare att den palliativa vården måste utvecklas vidare i hela Europa.<sup>18</sup>

Erik-Olof Backlund gör för den palliativa vården en analogi med flygning<sup>19</sup> när han säger att slutet på en flygning kan liknas vid vården av en patient med en dödlig sjukdom. Det börjar med *approach*<sup>20</sup> när läkaren lägger fram diagnosen för patienten och för första gången framlägger en prognos, men behandling sätts in som kanske kan ge resultat. *Descent*<sup>21</sup> börjar när prover visar att sjukdomen definitivt inte är behandlingsbar, men när prognosen fortfarande är oviss. När *landing* börjar, går det inte att avbryta, det vore "[e]tiskt sett...lika katastrofalt som att det blir en fysisk katastrof, om piloten ångrar sig just innan hans plan tar mark."<sup>22</sup>

Den palliativa vårdformen kom till Sverige 1976 i och med att man i Motala började använda sig av tankesättet i sin hemsjukvård.<sup>23</sup>

---

<sup>16</sup> Regeringens skrivelse 2004/05:166, s 3 f

<sup>17</sup> Regeringens skrivelse 2004/05:166, s 4

<sup>18</sup> Council Of Europe Committee Of Ministers, Rec(2003)24.

<sup>19</sup> E-O Backlund, Vägval i intensivvården, ur Dödahjälp eller livshjälp?, s 37 f

<sup>20</sup> När man närmar sig resans slut utan att veta var eller när man ska landa.

<sup>21</sup> Det är klart för landning, men klartencen om nedstigning m m har inte ännu getts.

<sup>22</sup> E-O Backlund, Vägval i intensivvården, ur Dödahjälp eller livshjälp?, s 38

<sup>23</sup> SOU 2000:6, s 51

## 4. Eutanasi

Det finns olika sätt på vilka människor kan medverka vid en persons dödsstund, allt från en närstående som "håller i handen" till sjukvårdspersonal som aktivt avslutar en annan persons liv. Det är viktigt att ha definitionerna klara för sig, eftersom det går att klassificera bort/in nästan allt döende från/under eutanasi-begreppet.

Näst intill allt döende har mänsklig inblandning och varje åtgärd i samband med döende kan inte klassificeras som dödshjälp. Å andra sidan måste gränsen dras någonstans. Detta är mina, noga övervägda definitioner, det finns väldigt många olika definitioner och jag gör inte anspråk på att göra den "rätta", då jag inte tror att någon sådan finns. Nedan följer en redogörelse och definition av några olika begrepp som har betydelse för eutanasidebatten.

### 4.1. Definition av begreppen

Eutanasi betyder enligt språklig översättning från grekiskan god eller skön död, eu betyder väl, gott, riktigt, skönt och thanos betyder död.<sup>24</sup>

I vanligt tal uppfattas vanligen dödshjälp och eutanasi synonymt. Båda betydelseerna kan sträcka sig från den gamla definitionen av eutanasi, att hjälpa en person över gränsen in i döden, till att aktivt hjälpa en dödssökande person att förkorta livet. Dödshjälp brukar dock anses betona frivilligheten, så att inga associationer ska kunna göras med nazitidens eutanasi-program.

Nedan följer mer specificerade definitioner av all de olika begreppen ifrån "hjälp att dö" till "aktivt dödande" av en patient.

### 4.2. Hjälpa i livets slutskede

Vissa författare menar att dödshjälp innebär att hjälpa en döende människa att på bästa sätt ta sig igenom livets slut och dödsstunden. De menar att denna hjälp inte bör förknippas med allt för starkt med själva döendet utan att det i lika stor grad innebär att ta vara på livet. Det är inget kontroversiellt med handlande i ett sådant hjälpsyfte, hjälp ska ges till patienter och andra döende. Det finns dessutom väl utvecklad palliativ vård i Sverige och utomlands som

---

<sup>24</sup> R. Forsbeck, En god död, s11

just är till för att ta hand om döende människor i livets slutskede. I denna uppsats innefattar begreppet dödshjälp inte vård i livets slutskede, begreppet dödshjälp och eutanasi kommer att ”sparas” till de mer direkta formerna av avslutande av liv.

### 4.3. Assisterat självmord

Assisterat självmord är när någon hjälper en dödssökande att själv kunna ta sitt liv. Hjälpen kan vara mer eller mindre aktiv. Läkarrassisterat självmord är när en läkare inom vårdrelationen hjälper en patient att dö. Det kan anses vara en behandlingsmetod som andra att avsluta en patients lidanden genom att avsluta själva livet. Devisen att, ”ibland bota, ofta trösta, alltid lindra”, går dock inte ihop med detta synsätt och många läkare runt om i världen motsätter sig att eutanasi är en behandling bland andra.<sup>25</sup>

Enligt svensk rätt är inte självmord straffbelagt, och inte heller medhjälp till självmord. Att hjälpa någon att få tag i en dödlig dos av t ex sömnmedel är tillåtet om den dödssökande själv är den som utför den dödande handlingen, till exempel tar tablettorna och därmed sitt eget liv. Det är däremot inte tillåtet att hjälpa någon att dö genom att till exempel aktivt mata personen med sömnmedlet. Det finns även specialreglering för vissa grupper, däribland läkare, då det inte är tillåtet att assistera vid självmord, se nedan.

### 4.4. Passiv eutanasi

Jag anser att begreppen eutanasi och dödshjälp är synonyma med varandra men föredrar ändå att använda begreppet eutanasi i denna uppsats.

Med passiv eutanasi menas att underlåta att förlänga en människas liv. Det handlar ofta om att inte sätta in livsuppehållande medel, eller att avbryta livsuppehållande behandling, och på så sätt undvika att förlänga eller rädda någons liv.

Om man i begreppet passiv eutanasi lägger in varje form av mänsklig inblandning närmar vi oss begreppet vård i livets slutskede. Eftersom den största delen av dem som dör gör det i någon form av vård skulle då också de flesta av dem dö till följd av eutanasi, vilket inte

---

<sup>25</sup> Se till exempel American Medical Associations stadgar H-270.965

åsyftas här. Att till exempel ge en döende patient smärtstillande preparat kan alltså inte kallas eutanasi, även om det förkortar livet på denne.

I begreppet passiv eutanasi läggs ofta in ett krav på frivillighet, vilken innebär att patienten eller i vissa fall dennes anhöriga måste vara införstådda i att behandling avslutas eller avstås. Behandling som inte har någon effekt kan avslutas efter beslut av läkare, detta får dock inte göras i syfte att förkorta patientens liv, utan som enbart som ett led i behandlingen.

Det är, enligt svensk strafflag, inte brottsligt att inte hjälpa en människa i en livshotande situation, det finns exempelvis ingen skyldighet att hjälpa en drunknande människa, ens om det kan ske utan särskilt besvär, se nedan under 6.1.2.1. Läkare har dock ett utökat ansvar för sina patienter och måste alltid handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är därför inte straffritt för en läkare i Sverige att praktisera passiv eutanasi.

#### 4.5. Aktiv eutanasi

Med aktiv eutanasi menas att en åtgärd vidtas i akt och mening att förkorta en dödssökandes liv, ett exempel är att ge en dödlig dos av sömnmedel.

Vid aktiv eutanasi är kravet på frivillighet ännu starkare. Det är svårt att tala om *dödshjälp* för någon som inte vill bli hjälpt att dö. Man brukar tala om tre olika former av eutanasi, frivillig, icke frivillig och ofrivillig.

Vid *frivillig eutanasi* har patienten självmant efterfrågat eutanasi och beslutet är helt frivilligt. Möjligen kan ett krav läggas på att patienten är väl informerad om diagnos och prognos och har fattat beslutet efter noggrant övervägande.

Vid *icke frivillig eutanasi* är patientens nuvarande önskan inte känd. De som fattar beslutet får i så fall göra det med ledning av tidigare uttryckta åsikter från patienten eller på egen övertygelse.

Många eutanasi-förespråkare menar att den icke frivilliga formen av eutanasi måste få tillämpas om eutanasi godkänns eftersom patienten oftast är i ett sådant läge att han eller hon inte kan förmedla sig när eutanasin efterfrågas. Användandet av så kallade livstestamenten,

där en person i förväg upprättar ett dokument som talar om att eutanasi önskas, skulle kunna lösa problemet. Frågan är dock om man kan kalla det frivilligt, eftersom en åsikt kan ändras när döden närmar sig.

*Ofrivillig eutanasi* är eutanasi gentemot en människa som har en önskan att leva. Exempel på ofrivillig eutanasi är det eutanasi-program som fanns under Hitlers nazistyre där man gjorde sig av med handikappade, sinnessjuka och allmänt oönskade medborgare under förevändning om eutanasi.

När det inte är personen i fråga som själv bestämmer om det egna livet är värt att leva, utan en utomstående som bedömer om detta liv generellt är ett livsvärdigt liv rör vi oss i gränslandet för vad som kan anses som moraliskt riktigt. Ett sådant beteende ger starka associationer till socialdarwinism och andra former av samhällsplanering.



## 5. De vanligaste argumenten i eutanasidebatten

Det finns flera argumentations linjer representerade i doktrinen, ofta kan argumentatörer i en linje finna både skäl för och emot en legalisering av eutanasi. Nedan redogör jag för de viktigaste linjerna och de argument som kan finnas däri.

### 5.1. Rätten till liv

Alla människors rätt till liv finns fastslagen i flera internationella konventioner, bland annat den Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, nedan kallad Europakonventionen. Rätten till liv är en av de mest grundläggande principerna inom juridiken i alla de undersökta länderna. Värnande om livet ligger till grund för de flesta beslut i eutanasi-frågor, oavsett om dessa görs av lagstiftare, domare eller läkare.

#### 5.1.1. Europakonventionen

I Europakonventionen intar rätten till liv en av de främsta platserna då denna rättighet är den mest grundläggande av de mänskliga rättigheterna. Rätten till liv anses så viktig att inga undantag får göras.<sup>26</sup> I Artikel 2 Europakonventionen stadgas plikter för de anslutande länderna, med bland annat förbud mot godtyckligt dödande av landets medborgare.<sup>27</sup> Medlemsstaterna måste dock för att uppfylla konventionen mer verksamt skydda medborgarnas liv genom att till exempel beivra brott mot deras liv.<sup>28</sup> Av Europadomstolens praxis framgår att rätten till liv rör även sjukvårdens verksamhet. Det krävs att det finns möjlighet att fastställa dödsorsaken om en patient avlidit medan denne stod under läkares vård och tillsyn.<sup>29</sup>

Det finns personer som hävdar att rätten till liv ska anses innefatta även rätt till självbestämmande över sitt liv och rätten att av staten kräva ett värdigt liv. Europadomstolen har dock i *Pretty mot Förenade Konungariket*<sup>30</sup> slagit fast att rätten till liv inte sträcker sig så långt att det finns en rätt för medborgarna att kräva hjälp att dö. I fallet led en kvinna av motor neurone disease, som kontinuerligt försvagade hennes muskler tills hon dog av sjukdomen.

<sup>26</sup> Europakonventionen artikel 15

<sup>27</sup> H. Danelius, Mänskliga rättigheter i europeisk praxis, s 61

<sup>28</sup> H. Danelius, Mänskliga rättigheter i europeisk praxis, s 66

<sup>29</sup> H. Danelius, Mänskliga rättigheter i europeisk praxis, s 67 f

<sup>30</sup> *Pretty v. the United Kingdom*, no. 2346/02

Domstolen konstaterade att sjukdomen inte kunde botas, men att hon ändå var vid sina sinnens fulla bruk. De konstaterade också att hon hade en stark önskan att själv kontrollera när och hur hon skulle dö, för att kunna slippa smärta och kränkning. Domstolen menade i sitt avgörande att Artikel 2 inte, utan en förvrängning av språket, kunde tolkas som bärande av den diametralt motsatta rättigheten att dö. Inte heller kunde den konstituera en rätt till självbestämmande i meningen att överlägga rätten att välja död framför liv. Således finns ingen rätt att dö enligt Artikel 2 Europakonventionen.

Pretty menade även att hon skulle ha rätt att dö eftersom det skulle klassas som tortyr att tvinga henne att leva med en sjukdom som försvagade hennes muskler så att hon skulle dö av att hon slutar andas. Detta skulle falla in under Artikel 3 eftersom medlemsstaterna har en positiv skyldighet att skydda medborgarna från tortyr. Domstolen menar att en stat inte kan anses behöva skydda medborgaren från naturliga sjukdomar och deras förlopp på annat sätt än genom att ge adekvat sjukvård. Eftersom Pretty inte hade invändningar mot den medicinska vården kunde det inte vara att anse som tortyr som staten var tvungen att skydda henne mot. Domstolen konstaterat också att Artikel 2 och 3 måste vara i harmoni med varandra, och det vore inte så om dödshjälp skulle godtas i detta fall.

Inte heller enligt Artikel 8, om skydd för privatlivet, Artikel 9, om yttrandefrihet, eller Artikel 14, om förbud mot diskriminering, kunde Europadomstolen finna någon rätt för Pretty att få hjälp att ta sitt liv. Domstolen fann således att Europakonventionen inte erbjuder staternas medborgare någon rätt att dö.

### **5.1.2. Livets helgd**

Principen om livets helgd ställs ofta som en motpol till principen om rätten till liv. Principen visar att det helt strider mot all moral att döda en person och att dödande är fel även om personen själv ber om det. Livets helgd kan antingen komma från tanken att Gud äger allt liv och att det därför är fel att ta livet och döden i egna händer. Det finns dock även en sekulariserad syn på livets helgd där det anses vara moraliskt fel att ta människoliv.<sup>31</sup> Man kan också se livets helgd som en grundprincip i all lagstiftning och *därför* värt att värna.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 53

<sup>32</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 54

Vissa menar dock att det är viktigt att också se till *dödens* helgd och att man genom att värna döden indirekt värnar livet.<sup>33</sup>

I detta sammanhang kan också nämnas det som i doktrin benämns principen om dubbel effekt vilken innebär att en egentligen ond handling kan accepteras om den företas med goda motiv.<sup>34</sup> Det är fyra motiv som måste uppfyllas:

1. handlingen i sig måste vara god eller i alla fall neutral,
2. den handlande får inte ha en vilja till det onda, bara tillåta det att hända, om det vore möjligt att uppnå det goda utan det onda skulle den vägen väljas,
3. den goda effekten måste komma direkt av handlingen, inte som en effekt av den onda effekten,
4. den goda effekten måste överväga den onda effekten.

Detta innebär till exempel att fullgod smärtlindring kan ges även om det resulterar i att patienten dör. Det kan dock aldrig rättfärdiga eutanasi i någon form kan tillåtas eftersom döden i sådana fall eftersträvas.

### **5.1.3. Livskvalitet**

Ytterligare en syn på livet är att det är befängt att påstå att allt liv är lika värt, att det inte är livet i sig som har ett värde utan personen som lever det, kvalitet är viktigare än kvantitet.<sup>35</sup>

Att se livet kvalificerat av livskvalitet är dock emot hela grunden för ett demokratiskt samhälle.<sup>36</sup> Att sätta livskvalitet som definition på värdigt liv ger en syn på människor som lever med sjukdomar och handikapp som inte kan kallas värdig ett modernt land.<sup>37</sup> Därför kan denna syn på livet inte ligga till grund för lagstiftning även om många människor kanske anser att den är befogad.

---

<sup>33</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 55

<sup>34</sup> T Tännjö, Du skall understundom dräpa!, s 23 f

<sup>35</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 76, S Gustavsson Dödandet, livets okränkbarhet och människans värde, ur en god död, s 110

<sup>36</sup> S Gustavsson Dödandet, livets okränkbarhet och människans värde, ur en god död, s 119

<sup>37</sup> DHR, Argumentsamling, s 1

## 5.2. Autonomi

### 5.2.1. Allmänt

Ett av de viktigare argumenten i eutanasidebatten är rätten till autonomi. En människa har rätt att bestämma över sitt eget liv, att då berövas rätten att bestämma över sitt eget livs slut är kränkande och inhumant.<sup>38</sup> Eftersom autonomin är en av hälso- och sjukvårdens grundprinciper, hälso- och sjukvårdslagen<sup>39</sup> (HSL) 2 och 2 a §, väger detta argument mycket tungt.<sup>40</sup> Människan har, enligt detta argument, rätt till sin egen död detta kan dock tolkas på olika sätt. Antingen som en rätt att på begäran bli dödad genom eutanasi, eller som en rätt att få den hjälp som behövs för att leva ett fullvärdigt liv ända till den naturliga döden, d v s att få adekvat palliativ vård.<sup>41</sup>

Den medicinska teknologin har utvecklats till att i allt högre grad hålla människor vid liv. Uttryck som 'levande död' med medvetslösa människor som hålls vid liv på konstgjord väg är ingen fiktion. Det finns personer som idag känner rädsla över att inte få dö naturligt och när tiden är mogen och en rätt att själv få avgöra när tiden för döden är inne skulle lindra denna oro.<sup>42</sup>

Enligt HSL, och resten av världens hälso- och sjukvårdslagstiftning, är dock inte patientens autonomi obegränsad. En patient har ofta en rätt att avstå behandling, men ingen rätt att obegränsat kräva behandling som läkare inte anser nödvändig. Inte heller kan en patient någonstans kräva att läkaren ska utföra en dödande handling.<sup>43</sup>

Ett praktiskt problem är att människor, för att på ett korrekt sätt kunna utnyttja sin autonomi, måste vara korrekt och fullt ut informerade, vilket i dessa frågor kan vara svårt för personer som inte är medicinskt utbildade.<sup>44</sup> Accepteras tanken på autonomi som grundläggande för rätt till eutanasi måste även de personer som inte kan utföra den dödande handlingen själva ha rätt till eutanasi, vilken i så fall måste vara aktiv.<sup>45</sup>

---

<sup>38</sup> B Hedeby, Ja till dödshjälp, s 20 f, B Cedersjö, Ja eller nej till eutanasi, ur En god död, s 79 f

<sup>39</sup> SFS 1982:763

<sup>40</sup> H Fagerbeck, Att bestämma själv i sjukvården, ur En god död, s 124

<sup>41</sup> H Fagerbeck, Att bestämma själv i sjukvården, ur En god död, s 134

<sup>42</sup> B Hedeby, Ja till dödshjälp, s 6

<sup>43</sup> H Fagerbeck, Att bestämma själv i sjukvården, ur En god död, s 131

<sup>44</sup> L Jakobsson, Vem har sagt att döden skall vara behaglig?, ur En god död, s 165

<sup>45</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 58, H Fagerbeck, Att bestämma själv i sjukvården, ur En god död, s 124

Autonomin att välja eutanasi måste vägas mot förlusten av autonomin för dem som kommer att dö på grund av missbruk och liknande, en avvägning av vilken situation som bäst tillgodoser kravet på autonomi måste göras.<sup>46</sup>

### **5.2.2. Livstestamenten**

Problem kan uppkomma för beslutsinkompetenta personer att hävda sin autonomi. Ett sätt att utsträcka autonomin efter att man blivit beslutsinkompetent är att införa juridiskt bindande "Livstestamenten".<sup>47</sup> Sådana gör det möjligt att på förhand tala om hur man vill ha det, bland annat, i livets slutskede för det fall att man senare blir beslutsinkompetent.

Det kan dock vara svårt att på förhand avgöra hur man vill bli behandlad i en situation som är avlägsen. Det finns många personer som vittnar om ett liv som tett sig som meningslöst från en frisk persons utgångspunkt blivit mycket kärt och meningsfullt när det väl levs.<sup>48</sup> Det går ju oftast inte heller att ta tillbaka testamentet när det ska till att användas eftersom man då är i en situation där man troligen har svårt att förmedla sig.

Livstestamenten skulle dock också kunna användas till att förmedla en vägran av eutanasi, vilket skulle vara en garant för personer som är oroliga för att bli dödade mot sin vilja.<sup>49</sup>

### **5.2.3. Opinionsen**

I nästan alla länder visar undersökningar att folket huvudsakligen är för eutanasi, det vore därför rimligt att tillmötesgå den allmänna uppfattningen.

Det är dock så att frågorna i dessa undersökningar ofta är onyanserade och formulerade som om valet står mellan outhärdlig smärta och död. Frågorna besvaras också oftast av friska, unga personer som inte kan se sig själva i en beroendeposition.<sup>50</sup>

Det är dessutom så det faktum att något accepteras av majoriteten inte nödvändigtvis behöver innebära att det är juridiskt korrekt, som exempel kan nämnas svartarbete, något som juridiskt

---

<sup>46</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 67

<sup>47</sup> B Cedersjö, Ja eller nej till eutanasi, ur En god död, s 81

<sup>48</sup> DHR, Argumentationssamling, s 8

<sup>49</sup> T Tännsjö, Du skall understundom dräpa!, s 54

<sup>50</sup> DHR, Argumentationssamling, s 3

sett är förbjudet men som trots detta tycks vara accepterat av en stor del av befolkningen.<sup>51</sup> Det finns också många som anser att eutanasi kan var tillåtet i vissa speciella fall, men som inte är för en legalisering av eutanasi eftersom det finns så många okontrollerbara osäkerhetsmoment.<sup>52</sup>

### 5.3. Sluttande planet eller kil-argumentet

I argumentet om det sluttande planet menar man att ett steg ofta leder till ett andra. Den form av eutanasi som från början var tänkt att tillåtas menar man kommer att utsträcks till att i praktiken leda till fler varianter, varav vissa oönskade.

Argumentet är egentligen uppbyggt av flera riskmoment,<sup>53</sup>

*att* lagen genom tillägg kommer att omfatta ett allt större område. Exempelvis kan kravet på obotlig sjukdom tas bort, eller så kan ett tillägg göras så att familjemedlemmar kan göra en begäran när personen själv är beslutsinkapabel o s v. Eftersom en gräns måste dras i en gråzon kommer någon alltid argumentera att det är obefogat att dra gränsen där den är just nu.

*att* regleringen kring eutanasi aldrig kan ha nog effektiva säkerhetsspärrar, vilket gör att missbruk kommer att förekomma. Det påpekas att om det förekommer olaglig eutanasi vid ett totalförbud kommer det säkerligen att förekomma missbruk med en tillåtande lag

*att* en extensiv tolkning kommer att göras av befintlig lagtext. Det som från början var tänkt som en sista utväg blir allt vanligare, en jämförelse kan göras med abortlagstiftningens utveckling. Vidare tolkningar av begrepp som olidlig smärta och beslutskapabel är inte otänkbart; eller ens otroligt, vilket gör att det inte spelar någon roll hur hård säkerhetsreglering som skapas från början.

*att* samhällets acceptans ökar vid tillåtande av eutanasi så att ett accepterande av passiv eutanasi idag leder till frivillig aktiv eutanasi i framtiden som leder till icke frivillig eutanasi som så småningom eventuellt leder till ofrivillig eutanasi, vilket inte ses som en önskvärd utveckling. Det som idag ses som en sista utväg ses av nästa generation som en behandlingsmetod bland andra. Om eutanasi ses som liggande i patientens

---

<sup>51</sup> DHR, Argumentsamling, s 6

<sup>52</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 70

<sup>53</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 72 f, Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, st 91 till 96, st 100 till 103

intresse blir det snart en moralisk plikt att utöka den även till beslutsinkompetenta personer.

Vissa anser dock att riskerna med en sådan förskjutning är överdrivna och att sådana tendenser inte kunnat uppfattas i de länder som har legaliserat eutanasi.<sup>54</sup> De fall av missbruk som granskats är oftast sådana där de formella vägarna av ett eller annat skäl inte kunnat användas, men det betyder inte att lagen totalt bortsetts ifrån.<sup>55</sup> Att lagen kommer att kunna missbrukas är inte heller i sig ett argument mot lagstiftning.

### **5.3.1. Press att begära eutanasi**

En del i argumentet om sluttande plan är att det finns en risk för att starkt hjälpbehövande personer begär eutanasi för att inte ligga andra till last. De kan känna en press på sig att ta den enklaste vägen ut för att inte tynga närstående eller sjukvårdspersonal. Denna press kan vara verklig eller upplevd, men i vart fall inget bra skäl för att begära eutanasi.<sup>56</sup> Det finns även en risk att om eutanasi blir en föreslagen behandlingsmetod av en läkare, kan patienten se det som ett hela tiden pågående aktivt val att leva vidare, vilket kan tära på honom eller henne.<sup>57</sup>

Genom att betona frivilligheten i systemets säkerhetsspärrar kan denna ofrivilliga eutanasi minskas, eller utplånas.<sup>58</sup>

### **5.3.2. Risken för överanvändning**

Det finns alltid en risk att personer inte är tillräckligt informerade eller införstådda med sin sjukdom och därför gör fel bedömning av hur framtiden ter sig och därmed begär eutanasi ”i onödan”. Det finns också en risk att personer med tillfällig sinnesförvirring eller i svåra plågor oöverlagt begär eutanasi.<sup>59</sup> Det är fullt möjligt att leva ett gott liv med sjukdomar och handikapp. Det som behövs för en förtvivlad människa är då livshjälp, inte dödshjälp.<sup>60</sup>

---

<sup>54</sup> Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, st 96

<sup>55</sup> Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, st 101

<sup>56</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 25 f, T Tännsjö, Du skall understundom dräpa!, s 50, Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, st 97, S Ringskog och D Wasserman, Rapport 3 år 2000, Att påskynda livets slut, s 25 f

<sup>57</sup> Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, st 97

<sup>58</sup> T Tännsjö, Du skall understundom dräpa!, s 50 f, Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, st 98

<sup>59</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 46 B Cedersjö, Ja eller nej till eutanasi, ur En god död, s 89

<sup>60</sup> DHR, Argumentsamling, s 2

I de lagar och lagförslag som finns är en period av eftertanke inlagd under vilken patienten kan dra tillbaka sin begäran, så tillfälliga sinnesrubbingar troligen inte kan påverka förekomsten av eutanasi. Begäran om eutanasi under mindre tillfälliga sinnesförvirringarna är dock svårare att förebygga, men föreskrifter om obligatorisk psykologhjälp skulle kanske kunna råda bot på problemet.<sup>61</sup> Det är nästan omöjligt att avgöra om en persons dödsönskan är rationell eller orsakad av psykisk sjukdom. En suicidal person ska ju själv beskriva sina förhållanden för psykologen och har då en tendens att svartmåla sin livssituation, uppfattningen att självmord för patienten är rationellt kommer då lätt att delas av psykiatern som inte har någon annan informationskälla, detta kallas ”positiv identifikation”.<sup>62</sup>

### **5.3.3. Osäkerheten i diagnos och prognos**

Det finns alltid en osäkerhet vid ställande av diagnos och beräkning av prognos. Prognosen kan vara fel för att diagnosen är felaktig, eller för att någon ny upptäckt kan bota eller fördröja sjukdomsförloppet, eller så kan den vara felaktig på grund av att ett mirakel sker.<sup>63</sup>

Vid terminala sjukdomar är det dock inte troligt att nya botemedel kommer plötsligt, utan forskning och utveckling tar flera år, och en specialinriktad läkare som har koll på sitt område vet därför vilka läkemedel som kan tänkas komma inom överskådlig framtid.<sup>64</sup>

### **5.3.4. Missbruk**

Det kan hända att tredje män i vars intresse det ligger att en person dör, för till exempel ett arvs skull, skulle utverka eutanasi.<sup>65</sup> Det är dock så att varje lag kan missbrukas, och att det inte i sig är ett skäl att inte lagstifta. Med relevanta säkerhetsåtgärder så är risken för ett sådant tredjemansmissbruk sannolikt litet.<sup>66</sup>

Eftersom det finns bevis på att eutanasi praktiseras menar många att det vore bättre att reglera användningen så att den kan kontrolleras. På det viset går det att undvika de faror som finns för missbruk och liknande, eftersom ett förbud uppenbarligen inte fungerar.

---

<sup>61</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 252-254

<sup>62</sup> S Ringskog, Primum non nocere – En psykiaters syn på läkarassisterat självmord och dödshjälp, ur Dödshjälp eller livshjälp?, s 71

<sup>63</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 50

<sup>64</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 50

<sup>65</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 49

<sup>66</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 49



### 5.3.5. Mindre motivation för forskning

Vissa menar att en legalisering av eutanasi skulle innebära att incitamenten till utvecklingen av nya smärtlindringsmetoder eller nya kurativa behandlingsmetoder skulle minska, eftersom eutanasi skulle ses som en alternativ lösning till vård och behandling.<sup>67</sup>

## 5.4. Barmhärtighet

Vissa menar att det finns situationer då det mest barmhärtiga är att hjälpa en människa bort från livet.<sup>68</sup> En sådan syn på livet leder dock till att även icke frivillig eutanasi bör praktiseras eftersom även personer som inte kan förmedla sig objektivt sett mår bäst som döda i en likvärdig situation.

Andra menar att det finns så mycket annat som går att göra för en patient som är mindre drastiskt och som ändå lindrar det lidande patienten upplever.<sup>69</sup> Det mest barmhärtiga är enligt dessa att patienten får leva hela livet, utan att hindras av vare sig smärtor eller dödande sprutor.<sup>70</sup> Brister i sjukvården får aldrig kompenseras med eutanasi.<sup>71</sup>

## 5.5. Ekonomiska hänsyn

Sjukvården i dagens Sverige har begränsade resurser, varför då inte frigöra tillgångar genom att sluta låta dödsönskande människor binda upp sjukvårdssängar. Genom att bevilja begäran om eutanasi kan man ge möjlighet åt en annan människa att få (bättre) vård och utnyttja de resurser som finns på bästa sätt.<sup>72</sup>

Man kan och bör dock inte prissätta mänskligt liv och begränsade resurser är inget skäl för eutanasi.<sup>73</sup> Samhället måste visa att man alltid är beredd att ställa upp för alla medborgare, även de svaga och sjuka.<sup>74</sup> Man ska inte behöva kvalificera sig för ett fullvärdigt medborgarskap.

---

<sup>67</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 45

<sup>68</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 52 f

<sup>69</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 53

<sup>70</sup> B Cedersjö, Ja eller nej till eutanasi, ur En god död, s 83

<sup>71</sup> DHR, Argumentsamling, s 6

<sup>72</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 54, B Cedersjö, Ja eller nej till eutanasi, ur En god död, s 82

<sup>73</sup> SOU 2000:6, s 224 f

<sup>74</sup> B Cedersjö, Ja eller nej till eutanasi, ur En god död, s 86

## 5.6. Förtroendeskada i vårdrelationen

Eutanasi är ett klart avsteg från den grundläggande principen att göra gott inom vården, vilken utgår från den hippokratiska eden. Patienternas förtroende för läkaren och hela sjukvården skulle även kunna rubbas om misstanke uppkom om att eutanasi praktiserades utan klart samtycke.<sup>75</sup> Vissa menar dock att patienten snarare får bättre förtroende för en läkare som hjälper dem att komma ifrån ett outhärdligt lidande i det fall att det skulle behövas.<sup>76</sup>

---

<sup>75</sup> B Cedersjö, Ja eller nej till eutanasi, ur En god död, s 89, DHR, Argumentsamling, s 1, S Ringskog och D Wasserman, Rapport 3 år 2000, Att påskynda livets slut, s 26

<sup>76</sup> C Blomquist, Livet, döden och läkaren, s 44

## 6. Redogörelse för den rättsliga normeringen rörande eutanasi

Här redogör jag för de olika ländernas reglering av eutanasi frågan. Jag tar upp hur den generella debatten har förts och vad som föregått dagens eventuella reglering. Jag redogör även kort för de överväganden lagstiftare och övriga har gjort i samband med en lagstiftning eller beslut att inte lagstifta i frågan.

### 6.1. Sverige

#### 6.1.1. Rättslig normering

##### 6.1.1.1. Lagstiftning

I den svenska lagstiftningen återfinns reglerna om *rätten till liv* i regeringsformens (RF) 1 kap 2 § där den offentliga maktens befogenheter och mål gentemot medborgarna slås fast, samt i det 2 kapitlet där dessa befogenheter och mål preciseras närmare. I 2 kap 23 § RF slås även fast att svenska normer inte får strida mot Europakonventionen.

Det finns i Sverige idag ingen lagstiftning som direkt reglerar frågan om eutanasi.<sup>77</sup> Regeringen har i utredningar som behandlar hälso- och sjukvård, och speciellt vård i livets slutskede, bestämt påpekat att frågan om dödshjälp inte ska tas upp.<sup>78</sup> Därmed har frågan aldrig utretts eller specialreglerats.

Straffrätten är därför det område som i och med Brottsbalkens<sup>79</sup> (BrB) 3 kap 1,2 §§ närmast behandlar frågan om dödshjälp. Det är straffbart som mord eller dråp att döda en människa oavsett om personen själv begär det, det finns ingen möjlighet att samtycke skulle vara skäl för att undvika straffbarhet. En strafflättning kan dock ges vid de fall ett mord föranletts av personens egen begäran, och det ska dömas för dråp istället för mord. Även straffvärdet och därmed brottspåföljden ska påverkas av ett samtycke.<sup>80</sup>

---

<sup>77</sup> SOU 2000:6 s 85

<sup>78</sup> se SOU 2000:6 s 224 f

<sup>79</sup> SFS 1962:700

<sup>80</sup> L Holmqvist, Dödshjälp – några juridiska aspekter, ur En god död, s 49

Det är straffritt att ta sitt eget liv eftersom mord, dråp och vållande till annans död bara rör dödande av 'annan', 3 kap 1 § BrB. Det är därför inte heller möjligt att döma till medhjälp till självmord, eftersom det inte finns något brott att medhjälpa vid, 23 kap 4 § BrB. Det finns dock en möjlighet att gärningen bedöms som så självständig att den konstituerar medgärningsmannaskap och handlandet faller då under 3 kap BrB.<sup>81</sup>

Underlåtenhet att rädda någon till livet är som huvudregel inte straffbart i Sverige. Passiv dödshjälp är därför inte straffbart enligt BrB:s regler, detta gäller dock inte hälso- och sjukvården som har en särställning. Vid förkortande av liv inom sjukvården finns två huvudregler. Den första är att det aldrig är tillåtet att företa en handling med det enda motivet att förkorta patientens liv. Den andra är att en medicinsk åtgärd som inte har någon effekt, vare sig botande eller lindrande, inte ska genomföras.<sup>82</sup>

Många förfaranden inom hälso- och sjukvården skulle kunna falla under klassificeringen av misshandel, 3 kap 5 § BrB. En operation eller dess följder kan orsaka människor mycket smärta och lidande, detta är dock inget skäl för att förbjuda nödvändig ingrepp. Om samtycke finns från patientens sida och om hälso- och sjukvårdspersonalen håller sig inom gränserna för vetenskap och beprövad erfarenhet är handlandet inte att anse som brottsligt, se lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område<sup>83</sup> (LYHS) 2 kap 1 §.<sup>84</sup>

I hälso- och sjukvårdslagen och i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns reglerat hur sjukvården och dess personal ska organiseras.<sup>85</sup> HSL påpekar att patienten själv ska vara delaktig i besluten kring vården, 2 a §. Denna rätt till självbestämmande är dock inskränkt i den meningen att patienter inte har någon rätt att ensidigt kräva en specifik behandling, om läkaren anser den vara onödig. Det är alltid den som har ansvaret för vården som har den slutliga beslutanderätten över vårdens utformning och innehåll. Ett undantag finns för patienter med livshotande sjukdomar vilka har rätt att få en andra bedömning av sitt tillstånd om det har särskild betydelse. Föreslås då en annan behandling kan patienten kräva att få denna.<sup>86</sup>

---

<sup>81</sup> N Jareborg, Straffrättens ansvarslära, s 129

<sup>82</sup> N Jareborg, Straffrättens ansvarslära, s 190

<sup>83</sup> SFS 1998:531

<sup>84</sup> N Jareborg, Straffrättens ansvarslära, s 187

<sup>85</sup> Regeringens skrivelse 2004/05:166, s 7

<sup>86</sup> SOU 2000:6, s 80, SOU 2004:112, s 565

En förutsättning för att patienten ska kunna utöva sin rätt till autonomi är dock beslutskompetens och att patienten har möjlighet att förmedla sig. Det har föreslagits olika lösningar för att patienters intressen ska kunna tillgodoses även om de är beslutsinkompetenta. Bland annat har livstestamenten och ställföreträdare diskuterats, men de borde enligt bland annat kommittén för vård i livets slutskede<sup>87</sup> utredas mer. Frågan är om det regelverk som finns idag, med gode män och förvaltare, Föräldrabalken<sup>88</sup> (FB) 11 kap, på ett tillfredsställande sätt kan användas.<sup>89</sup> Det är sannolikt inte så att en god man kan fatta så ingripande beslut som avbrytande av livsuppehållande behandling. Eftersom förvaltare i första hand är tänkt att användas vid ekonomiska angelägenheter kan troligen inte heller en sådan fatta ett så livsavgörande beslut.<sup>90</sup>

Den utredning som avslutades 2004 om företräderskap inom hälso- och sjukvården har uttalat att närstående kan vara viktiga i bedömningen av vilken vård en patient ska få, men man kan aldrig ersätta patientens samtycke med ett samtycke från någon närstående.<sup>91</sup> En förvaltare torde med dagens rättsliga reglering inte ha rätt att ge samtycke till medicinsk vård och behandling, i vart fall inte mot patientens vilja. Förvaltare och gode män kan inte sägas ha en starkare ställning än närstående.<sup>92</sup> Det går sannolikt inte heller att med bindande juridisk verkan utse en ställföreträdare som kan ta beslut inom hälso- och sjukvården.<sup>93</sup> Det finns däremot inget hinder mot att patienten lämnar samtycke och instruktioner om sin vilja för framtida händelser till vårdpersonalen. Detta samtycke bör dock förnyas vid själva tidpunkten för handlandet om det är möjligt.<sup>94</sup> Livstestamenten är inte juridiskt bindande men kan vara till vägledning liksom övriga vårddirektiv.<sup>95</sup> Utredningen menar att det i dagsläget inte är aktuellt med en specialreglering av patienträttigheter.<sup>96</sup> Däremot föreslås det att en ny lag stiftas som reglerar ställföreträderskap för vuxna inom hälso- och sjukvården, där ställföreträdaren ges samma rättigheter som patienten, i dennes ställe.<sup>97</sup>

---

<sup>87</sup> Se Regeringens skrivelse 2004/05:166

<sup>88</sup> SFS 1949:381

<sup>89</sup> Regeringens skrivelse 2004/05:166, s 21, SOU 2000:6, s 93

<sup>90</sup> SOU 2000:6, s 92

<sup>91</sup> SOU 2004:112, s 575

<sup>92</sup> SOU 2004:112, s 577

<sup>93</sup> SOU 2004:112, s 578

<sup>94</sup> SOU 2004:112, s 579

<sup>95</sup> SOU 2004:112, s 580

<sup>96</sup> SOU 2004:112, s 597

<sup>97</sup> SOU 2004:112, s 599 f

I Europarådets konvention om de mänskliga rättigheterna och biomedicin<sup>98</sup> sägs att patienter som inte är kapabla att själva samtycka till medicinska åtgärder endast får utsättas för åtgärden om tillstånd getts av patientens ställföreträdare, myndighet eller av person med stöd av lag, artikel 6 p 3.

### **6.1.1.2. Praxis**

#### *6.1.1.2.1. Allmänna domstolar*

Praxis angående dödshjälp och vård i livets slutskede är sparsam i Sverige, det finns endast ett fall från Högsta domstolen, och ett par Hovrättsfall.

I *NJA 1979 s. 802* var det fråga om en 44 år gammal, förlamad man som dog av läkemedel som tillförts honom av en kvinnlig dödshjälpsförespråkare. Han hade dock själv svält tabletterna, och även under själva förfarandet gett uttryck för sin dödsönskan genom att avböja hjälp från en vårdare som ring på interntelefonen i hans boende.

HD konstaterar att det är brottsligt att beröva en människa livet, även om det sker med samtycke, medan det är straffritt att medhjälpa till självmord. Det är gränsdragningen mellan gärningsmannaskap och medhjälp som är av vikt i målet.

De åtgärder som kvinnan vidtog för att hjälpa mannen att dö ansåg HD vara delar i en på förhand bestämd handlingsplan och att alla åtgärderna måste bedömas som en enda gärning. Även om mannen har medverkat i handlingsplanen genom att svälja tabletterna menar HD att kvinnans handlande varit så självständigt att det är att bedöma som gärningsmannaskap. Det faktum att samtycke förelegat kan inte göra handlingen straffri och gärningen ska enligt HD var att betrakta som dråp.

I påföljdsfrågan menar rätten att BrB starkt präglas av respekten för människolivet, och att det skulle kunna få svåra konsekvenser om man i praxis skulle tolerera ett handlande som det förevarande utan påföljd.

---

<sup>98</sup> Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No.164)

I *RH 1989:19* var det frågan om påföljdsbestämning för en man som genom att kväva henne tagit livet av sin hustru på Karolinska sjukhuset. Mannen erkände gärningen men gjorde gällande att förfarandet inte var straffbart.

Hovrätten menade att det var utrett att mannen utfört gärningen och att det inte var att betrakta som medhjälp till självmord utan som gärningsmannaskap och därmed dråp. Hovrätten konstaterar att det är en brottslig handling även som samtycke förelegat.

Påföljden kan, enligt hovrätten, i mycket exceptionella fall efterges enligt förarbetena till brottsbalken, t ex när det varit stötande för den allmänna rättskänslan att påföljd utdömts, men några sådana omständigheter finns inte i detta fall. Hovrätten menar att det skulle kunna tolkas som om gärningen saknar straffvärde om påföljdseftergift ges, och avslog därför yrkandet.

Hovrätten menar vidare att det sätt som mannen handlat på, vid gärningen och tidigare, visar att hans intentioner varit goda och att de föranletts av kärlek till hustrun. Hustruns livsutsikter var små då hennes läkare menar att hon troligen inte kunnat leva mer än sex månader och troligen aldrig skulle ha kommit till medvetande igen. Detta föranledde hovrätten att inte ge maken en frihetsberövande påföljd.

I *RH 1996:69* var det fråga om en kvinna som led av Huntingtons sjukdom, som kan medföra otydligt tal, tilltagande demens, depression och andra psykiska besvär. Det är en mycket plågsam sjukdom som på slutet gör att rörelseförmågan blir starkt nedsatt. Från det att diagnos har ställts har patienten ca 10 - 15 år kvar att leva.

Kvinnan fick hjälp av sin mor att ta självmord genom att modern tog ut och placerade en dödlig dos av olika mediciner i kvinnans mun. Kvinnan svalde själv ner tablettorna med vatten och vin som modern satt fram. Modern blev åtalad för dråp enligt 3 kap 2 § BrB.

Tingsrätten för ett intressant resonemang när de konstaterar att modern handlat i enlighet med gärningsbeskrivningen. De konstaterar vidare att självmord och medhjälp till självmord är straffritt, men att medgärningsmannaskap till självmord måste ses som att beröva någon livet och således vara straffbart som dråp.

Tingsrätten påpekar att frågan om dödshjälp är känslig och att det är viktigt att inte flytta ut det straffria området genom en oförsiktig praxis.

Vid bedömningen av brottet konstaterar tingsrätten att kvinnans intellekt och vilja var helt klara och att hon hade en bestämd och varaktig dödsönskan. Denna önskan har ej påverkats av modern och det var kvinnan själv som tog initiativ till självmordet. Kvinnan hade dessutom möjlighet att själv svälja tablettorna och skulle ha kunnat spotta ut tablettorna om hon inte velat fullfölja självmordet. Det var kvinnan själv som utförde de dödsbringande handlingarna, medan modern hade en passivt hjälpande roll.

Tingsrätten drar sedan en parallell till ett förfarande där tablettorna istället löstes upp i vatten så att kvinnan själv skulle kunnat inta dem. De menar att detta inte skulle kunna ses som något annat än medhjälp till självmord och att förfarandet för handen inte skiljer sig så mycket att modern ska kunna ses som medgärningsman. Tingsrätten frikände henne således.

Hovrätten konstaterar att moderns åtgärder inte självständigt skulle ha kunnat leda till dotterns död och att handlandet därför inte varit mer än passiv hjälp till dotterns egna självmord. Moderns handling ska därför inte ses som dråp då hon inte berövat dottern livet, utan som medverkan till självmord, som är straffritt.

#### *6.1.1.2.2. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)*

I HSAN 3191/04:A1<sup>99</sup> var det fråga om bestämmanderätt och läkaransvar vid bestämmande av avslutande av aktiv vård i livets slutskede. En kvinna hade utan sin dotterns vetskap fått sin behandling avslutad eftersom läkaren uppfattade att modern inte längre önskade ha mat och medicin. Läkaren ansåg därför att det inte var etiskt försvarbart att upprätthålla medicinering och dropp som därför togs bort.

Dottern ansåg att detta stred mot moderns hela person då modern var med i missionskyrkan och ansåg att liv ska upprätthållas till varje pris. HSAN gjorde bedömningen att även om närstående och vårdpersonal har olika uppfattningar om hur den aktiva vården i livets slutskede ska bedrivas är det läkaren som är ansvarig för hur vården bedrivs. Rätten fann att det inte fanns något i fallet som tydde på att läkaren inte fullgjort sina skyldigheter i yrket och frikände således denne.

---

<sup>99</sup> 2005-05-27



Detta beslut går i linje med ett tidigare avgörande, HSAN 377/02:A1<sup>100</sup>, där en mors behandling avslutades i strid med sonens aktiva ståndpunkt. Modern led av Alzheimers sjukdom och cancer, och svarade inte på behandling med dropp. Läkare bedömde att ytterligare behandling enbart skulle förlänga moderns lidande och beslutade därför att behandlingen skulle avslutas och att enbart antidepressiva medel och smärtlindring skulle administreras. Detta ansågs inte klandervärt enligt HSAN.

I fallen HSAN 23/87:2<sup>101</sup> och HSAN 184/83:7<sup>102</sup> var det fråga om passiv dödshjälp eftersom båda patienterna hade åkommor som inte behandlades vilket ledde till att döden i viss mån kan ha påskyndats. Detta gjordes, enligt respektive behandlande läkare, för att bespara patienten ingrepp som innebar risker men endast marginellt skulle påverka deras återstående tid i livet. Den behandling som insattes var inriktad på att minska patientens obehag och var till största delen smärtstillande.

Läkare Lars Granström sa till sitt försvar att:

Behandlingen av svårt sjuka och åldriga patienter är många gånger mycket svår. Det är inte etiskt försvarbart att till varje pris förlänga livet, utan all behandling måste vara human och resultera i ett människovärdigt liv med så hög livskvalitet som möjligt. Livet är inte oändligt och precis som rätten till ett värdigt liv, har vi alla rätten till en värdig död.<sup>103</sup>

Ansvarsnämnden uttalade att det finns två principiella synsätt på omhändertagandet av obotligt sjuka patienter i livets slutskede:

Det ena synsättet präglas av en ivrig aktivitet i form av provtagningar, undersökningar och behandlingar nästan in i dödsögonblicket med målsättningen att upptäcka och noggrant korrigera varje liten avvikelse från normala fysiologiska och metaboliska skeenden. Det andra synsättet, som numera synes vara det mera allmänt omfattande, har som honnörsord lugn skonsamhet och tar sikte på att bekämpa smärta och andra signifikanta subjektiva obehag, samtidigt som provtagningar och undersökningar nedbringas till ett minimum och smärre avvikelser därmed kommer att lämnas obehandlade. Med den ”aktiva” linjen kan man kanske förlänga livet, d v s livskvantiteten en aning, medan man med den ”skonsamma” linjen istället ökar livskvaliteten, eventuellt på marginell bekostnad av livskvantiteten.<sup>104</sup>

---

<sup>100</sup> 2002-11-04

<sup>101</sup> 1989-03-07

<sup>102</sup> 1983-12-09

<sup>103</sup> HSAN 23/87:2, s 5

<sup>104</sup> HSAN 184/83:7, s 2

I båda fallen gick behandlande läkare fri från anmärkning då man ansåg dem ha handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

### **6.1.1.3. Socialstyrelsens rekommendationer**

Socialstyrelsen har som tillsynsmyndighet<sup>105</sup> för hälso- och sjukvården gett ut råd för hur man ska gå till väga vid medicinska avgöranden i livets slutskede.<sup>106</sup> Då det är omöjligt att reglera alla upptänkliga situationer i livets slutskede är råden inte juridiskt bindande utan ska enbart ses som generella riktlinjer till stöd för behandlande personal.<sup>107</sup>

Det kan vara motiverat för en läkare att inte sätta in livsuppehållande åtgärder på en patient då det på förhand är uppenbart att de inte kommer att ge någon effekt. Det kan även vara motiverat att avstå en livsuppehållande behandling om den börda behandlingen lägger på patienten, eller de risker mot patientens liv inte uppvägs av den förväntade medicinska effekten.<sup>108</sup> Sjukvården ska hjälpa sina patienter att få uppleva sin sista tid i livet med så lite fysisk och psykisk smärta som möjligt och det kan då vara motiverat att avstå från medicinsk behandling.<sup>109</sup> Socialstyrelsen påpekar att det inte finns någon skyldighet för sjukvården att med alla tillgängliga medel upprätthålla patienters liv.<sup>110</sup> Speciellt om patienten själv undanbett sig behandlingen måste självbestämmanderätten ges företräde framför läkarens vilja att förlänga patientens liv.<sup>111</sup>

Enligt socialstyrelsen är livsuppehållande behandling, i motsats till allmän omvårdnad, sådana åtgärder som används för att stödja vitala funktioner som t ex andningshjälpande respiratorbehandling, närings- och vätsketillförsel när de inte kan utföras själv av patienten. Till och med givande av antibiotika och andra läkemedel kan anses som livsuppehållande behandling.<sup>112</sup> Detta innebär att läkare får underlåta att ge vätska och näring om patienten inte själv kan tillgodogöra sig den. Socialstyrelsen påpekar att ”[g]od omvårdnad omfattar inte nödvändigtvis sådan artificiell vätske- eller näringstillförsel.”<sup>113</sup>

---

<sup>105</sup> Se förordningen (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen

<sup>106</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2

<sup>107</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 8

<sup>108</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 13

<sup>109</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 15

<sup>110</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 16

<sup>111</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 17

<sup>112</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 12

<sup>113</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 14

Det är inte tillåtet att vid avbrytande av den medicinska behandlingen avbryta även den omvårdande behandlingen eftersom målet med sjukvården i ett sådant skede ska ändras så att målet blir patientens välbefinnande istället för bot.<sup>114</sup> Patientens symtom måste därför lindras, och det är enligt socialstyrelsen aldrig fel att ge full smärtlindring, även om detta skulle påverka patientens livslängd.<sup>115</sup> Vid avbruten närings- och vätsketillförsel måste man tillse att patienten har det så bekvämt som möjligt och symtom som muntorrhet m m måste hållas på ett minimum.<sup>116</sup>

Socialstyrelsen framhåller att avbrytande av påbörjad behandling och underlåtelse att påbörja behandling kan ses som skilda saker rent känslomässigt men att det inte är någon skillnad rent medicinskt-etiskt. Man påpekar dock att det inte under några omständigheter är tillåtet för medicinsk personal att utföra åtgärder som har som syfte att orsaka patientens död.<sup>117</sup>

Vid de tillfällen då patienten själv inte kan ge uttryck för sin önskan om hur vården ska bedrivas ska läkaren låta sig vägledas av tidigare uttryckt vilja hos patienten.<sup>118</sup> Detta kan ske genom att patienten tidigare i livet upprättat ett livstestamente, men läkaren måste beakta den tid som förflutit mellan livstestamentets författande och tiden för användandet, då det är vanligt att personer ändrar uppfattning.<sup>119</sup> Även mindre formella viljeyttringar ska beaktas, och läkaren bör därför tala med närstående och annan vårdpersonal för att utröna en eventuell tidigare viljeförklaring.<sup>120</sup> Om det trots dessa försök inte går att utröna patientens vilja är det läkaren som har ansvaret att utifrån de medicinska grundprinciperna avgöra hur patientens vård ska se ut.<sup>121</sup>

### **6.1.2. Slutsats Sverige**

Lagstiftaren har ansett att eutanasi inte bör lagregleras. Varför man har ansett att frågan inte ens bör utredas är dock oklart. Det kan dock konstateras att det vore önskvärt med en

---

<sup>114</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 15

<sup>115</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 13 f

<sup>116</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 14

<sup>117</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 15

<sup>118</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 17

<sup>119</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 17 f

<sup>120</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 18

<sup>121</sup> Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 18

genomgång av frågan om eutanasi för att få klarhet i det svenska rättsläget och för att få en bättre svensk debatt.

#### **6.1.2.1. För privatpersoner**

Eutanasi frågan regleras idag enbart genom BrB regler och, på sjukvårdens område, av socialstyrelsens rekommendationer. Aktiv eutanasi är inte tillåtet eftersom det faller under den straffrättsliga regleringen. Assisterat självmord är som huvudregel tillåtet då det inte finns någon straffrättslig reglering som förbjuder medhjälp till mord eller dråp. Passiv eutanasi är inte aktuellt när det gäller privatpersoner, eftersom dessa inte kan sägas ta beslut om att av barmhärtighet låta en människa dö. Det är däremot som huvudregel inte straffbart att låta en person i vilket sammanhang som helst dö, och under detta skulle ju den passiva eutanasi falla.

Vid assisterat självmord dras en gräns mot aktiv eutanasi genom graden av medhjälp. Om den hjälpande låter den dödssökande själv utföra de väsentliga delarna av självmordet anses förfarandet vara tillåtet, medan den det inte är tillåtet att vara så aktiv att handlandet kan anses konstituera gärningsmannaskap.

#### **6.1.2.2. På sjukvårdens område**

På sjukvårdens område styrs personalens handlande av kravet på agerande i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär självklart att aktiv eutanasi inte är tillåtet, men inte heller assisterat självmord kan accepteras. Passiv eutanasi är tillåtet om handlandet står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och är en del av behandling eller ett led i omvårdnaden av patienten.

Det är alltså enbart passiv eutanasi som i viss form är tillåtet inom sjukvården. För detta ligger patientens självbestämmande till grund. Det är inte tillåtet att göra ingrepp på en person som inte samtycker, om därför patienten inte längre önskar få den behandling som ges ska denna avbrytas. Detta oavsett om förfarandet innebär att patientens död påskyndas. Om en behandling inte längre har någon verkan kan den avbrytas, även om patienten inte själv begärt det.

## 6.2. Storbritannien

### 6.2.1. Eutanasidebatten

Debatten kring eutanasi kom igång relativt tidigt i Storbritannien och den brittiska organisationen för frivillig eutanasi<sup>122</sup> grundades redan 1935.<sup>123</sup> Året efter dog kung Georg V genom att hans läkare praktiserade eutanasi för att göra ett slut på kungens plågor. Redan samma år, 1936, lades ett lagförslag fram för att legalisera eutanasi för dödsjuka, outhärdligt lidande och andra människor. Förslaget röstades dock ner.<sup>124</sup>

Traditionellt sett har självmord varit förbjudet i Storbritannien, med undantag för Skottland, där något sådant förbud aldrig funnits. Den lagstiftning som i Storbritannien förbjuder eutanasi och assistans av självmord kom dock ur balans då praxis underlät att straffa personer som praktiserat eutanasi eller läkarassisterat självmord. I december 1999 lades ett lagförslag fram för att klargöra läget, Lagen om medicinsk behandling<sup>125</sup>. Lagen innehöll 3 korta paragrafen som stadgade att med medicinsk behandling menas alla ingrepp och all medicinering, inklusive smärtstillande medicinering och apparatur som ersätter kroppsfunktioner, att med patient menas personer med fysisk eller psykisk sjukdom. Den slog även fast att det var olagligt att med *syfte att döda* eller förkorta livet på en patient avbryta eller underlåta medicinsk behandling. Lagen skulle enbart gälla i England, Wales och Nordirland.<sup>126</sup> Det skulle fortfarande vara tillåtet att avbryta och underlåta behandling i de fall de grundas på en medicinsk bedömning.<sup>127</sup>

The House of Lords Select Committee on Medical Ethics bildades för att överväga vilka situationer som ett förkortande av en människas liv, för dennes egen skull, kan vara försvarbart och vilken påverkan en ändring av lagen skulle få.<sup>128</sup> Kommittén avlade rapport 1994, och var enhälliga i åsikten att lagen inte skulle tillåta vare sig frivillig eutanasi eller läkarassisterat självmord.<sup>129</sup> Man menade att det inte fanns skäl nog att i lag minska på det absoluta förbudet mot uppsåtligt dödande, även om eutanasi i enskilda ömmande fall kunde

---

<sup>122</sup> the British Voluntary Euthanasia Society

<sup>123</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 60 f

<sup>124</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 61

<sup>125</sup> the Medical Treatment (Prevention of Euthanasia) Bill

<sup>126</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 260 f

<sup>127</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 262

<sup>128</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 183

<sup>129</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 184

vara försvarligt. Man menade också att döendet var en samhällsangelägenhet och att man inte kunde ta hänsyn till individen.<sup>130</sup> Ytterligare ett skäl som kommittén gav för sin ståndpunkt var rädslan för det sluttande planet.<sup>131</sup> Man menade också att det fanns risk för att gamla eller svaga människor kunde känna en press på sig att begära eutanasi för att inte ligga närstående och andra till last.<sup>132</sup>

En ny kommitté<sup>133</sup> tillsattes år 2004 för att bereda en lag som skulle legalisera eutanasi och läkarassisterat självmord i Storbritannien, the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill.<sup>134</sup> Kommittén skulle besluta om lagen skulle gå vidare och i så fall vilka ändringar och tillägg som skulle göras.<sup>135</sup> Kommittén börjar med att konstatera att läget i eutanasi frågan har ändrats sedan The House of Lords Select Committee on Medical Ethics rapport släpptes, bland annat eftersom tre länder har legaliserat eutanasi och eftersom undersökningar visar att befolkningen är för en legalisering av eutanasi.<sup>136</sup>

Kommittén har definierat begreppen så att värdeladdade ord som dödande och assisterat döende inte används och har beslutat att orden assisterat självmord<sup>137</sup> och frivillig eutanasi<sup>138</sup> ska användas.<sup>139</sup>

## **6.2.2. Rättslig normering**

### **6.2.2.1. Lagstiftning**

Den officiella definitionen i Storbritannien, enligt the House of Lords Select Committee on Medical Ethics, förklarar eutanasi som ett avsiktligt ingripande företaget med det uttryckliga uppsåtet att avsluta ett liv för att lindra svårbehandlat lidande.<sup>140</sup>

Som sagt ovan har självmord traditionellt varit förbjudet i Storbritannien, med undantag för Skottland, men detta ändrades genom the Suicide Act som trädde i kraft 1961.<sup>141</sup> Lagen har

---

<sup>130</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 184

<sup>131</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 184

<sup>132</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 185

<sup>133</sup> The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee

<sup>134</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee

<sup>135</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 1

<sup>136</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 3

<sup>137</sup> assisted suicide

<sup>138</sup> voluntary euthanasia

<sup>139</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 18

<sup>140</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 11

<sup>141</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, 61 f

dock fortfarande ett förbud mot att vara behjälplig vid någon annans självmord.<sup>142</sup> Det är dock inte att anse som självmord om en patient vägrar ta emot behandling eftersom självmord kräver en positiv handling. Det är därför inte heller medhjälp till självmord att inte sätta in behandling i ett sådant fall.

Alla sorters dödande, även barmhärtighetsmord, är att se som mord enligt lag. Det är dock inte att se som mord eller dråp när en läkare gör allt för att minska en patients smärta även om patientens liv därigenom skulle förkortas.<sup>143</sup> Att det är att se som mord om en läkare eller annan dödar av barmhärtighetsskäl betyder inte med automatik att personen kommer att dömas till ett fängelsestraff eftersom det måste avgöras om åtal ska väckas och vilket straffvärde brottet har.<sup>144</sup>

The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill är tänkt att, om den träder i kraft, legalisera det som idag i Storbritannien<sup>145</sup> ses som mord eller medhjälp till självmord. Lagen skulle göra det möjligt för läkare att, efter informerad och ihållande begäran från en beslutskompetent, dödssjuk patient som lider outhärdligt av sin sjukdom, hjälpa honom eller henne att dö.<sup>146</sup> Denna hjälp är antingen hjälp för patienten att själv ta sitt liv, men för de fall patienten är oförmögen kan läkaren utföra aktiv eutanasi. Det stadgas vissa säkerhetsspärrar, som att en annan läkare måste undersöka patienten och att patienten måste bli informerad om vilka palliativa åtgärder som finns att erbjuda. Patienten måste också fylla i ett formulär enligt vissa regler och vara informerad om att ansökan när som helst kan dras tillbaka. Det måste sedan förflyta 14 dagar innan begäran kan bifallas. Lagen repeterar även att läkare alltid får ge patienter sådan smärtlindring att patienten inte behöver lida, även om detta skulle förkorta dennes liv.

Kommittén som utrett förslaget ger ett flertal rekommendationer om hur ett framtida lagförslag skulle kunna vara bättre, de menar bland annat att det vore lämpligare om en framtida legalisering enbart skulle gälla läkarassisterat självmord och utesluta aktiv frivillig eutanasi.<sup>147</sup> De rekommenderar vidare att en tydligare definition av begreppet dödlig sjukdom

---

<sup>142</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 14

<sup>143</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 15

<sup>144</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 16

<sup>145</sup> Den skulle dock inte gälla på Nordirland.

<sup>146</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 17

<sup>147</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 243-246

görs för att undvika att lagen används felaktigt eller missbrukas.<sup>148</sup> Även en snävare definition av begreppet beslutskompetent önskas av kommittén, där en psykolog som regel ska involveras.<sup>149</sup> Även definitionen av smärtan behöver ändras anser kommittén. De föreslår att begrepp som ohjälplig eller svårbehandlad smärta eftersom outhärdlig smärta är subjektivt och en svårt för en läkare att bedöma.<sup>150</sup>

Det brittiska läkarsällskapet<sup>151</sup> ger kontinuerligt ut råd om hur läkare bör agera i livets slutskede. Det påpekas då att målet med all sjukvård ska vara att patienten kan behålla eller få tillbaka sin hälsa. I de fall behandlingen inte ger någon nettovinst för patienten är den inte längre försvarbar. Detta gäller även i det fall patienten själv undanbett sig behandling. Behandling som inte längre är medicinskt eller på annat sätt försvarbar kan och ska avslutas eller underlåtas att sättas in, istället ska palliativa åtgärder sättas in.<sup>152</sup> Livsuppehållande åtgärder ska prövas utifrån patientens förväntade framtida livskvalitet och vägas mot eventuella bieffekter. Liv får inte kvarhållas till vilket pris som helst, men sällskapet påpekar att livsuppehållande behandling ska presumeras som givande en nettovinst till patient.

En patients frivilliga vägran av livsuppehållande behandling måste alltid respekteras.<sup>153</sup> Om patienten inte längre är kapabel att ta beslut om behandlingen ska hänsyn tas till tidigare uttalanden och inställningar, speciella hänsyn ska tas till livstestamenten och liknande viljeyttringar som behandlar frågan.<sup>154</sup> Närstående till patienten har ingen legal rätt att avgöra frågor om behandlingsmetoder, men kan bidra med information om patientens tidigare uttryckta vilja.<sup>155</sup>

Det brittiska läkarsällskapet definierar livsuppehållande behandling<sup>156</sup> som all behandling som har möjlighet att fördröja patientens död och inkluderar dialysbehandling, viss antibiotikabehandling liksom artificiell andning och matning. All sådan behandling kan vara föremål för överväganden enligt ovan. I begreppet livsuppehållande behandling ingår dock inte

---

<sup>148</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 250-251

<sup>149</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 252-254

<sup>150</sup> House of Lords Select Committees, The Assisted Dying for the Terminally Ill Committee, st 255-256

<sup>151</sup> The British Medical Association

<sup>152</sup> British medical association, Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, s 1

<sup>153</sup> British medical association, Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, s 13

<sup>154</sup> British medical association, Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, s 15 och 23

<sup>155</sup> British medical association, Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, s 46

<sup>156</sup> Life prolonging treatment



grundläggande omsorg<sup>157</sup> som får patienten att må bra, till exempel smärtstillande ingrepp eller medicinering, hygienhjälp och hjälp med matning. Denna omsorg får aldrig upphöra.<sup>158</sup> Det påpekas dock att avbrytande eller underlåtande av artificiell närings- och vätsketillförsel, i England, Wales och Nordirland, bör föregås av domstolsprövning i varje enskilt fall.<sup>159</sup> Sällskapet slår fast att det inte är någon som helst skillnad mellan att avbryta en behandling eller att underlåta att sätta in densamma.<sup>160</sup> Även om det är möjligt att förutse att avbrytande eller underlåtande av behandling kommer att leda till patientens död, är det en helt annan sak än att uppsåtligen avsluta patientens liv.<sup>161</sup>

### 6.2.2.2. Praxis

#### 6.2.2.2.1. *Airedale N.H.S. Trust v. Bland*<sup>162</sup>

I tragedin vid Hillsborough blev Tony Bland skadad så allvarligt att han hamnade i ett permanent vegetativt tillstånd, han kunde alltså inte se, höra eller känna någonting, hans medvetande och därmed kommunikationsförmåga var borta för alltid. Hans reflexiva del av hjärnan var dock fullt frisk och han kunde därför inte bedömas som död. Han fick vård i form av närings- och vätsketillförsel samt antibiotika för att bota av uppkomna sjukdomar. Läkarkåren var enig i det att Bland aldrig skulle tillfriskna, men att han kunde fortsätta leva med nuvarande vård.

Blands föräldrar och behandlande läkare menade att vården inte fyllde något syfte och de önskade avbryta vården. De ville få bekräftat att detta handlande var korrekt och lagligt av domstol innan de lät Bland att dö.

House of lords domare fann att:

1. Det är inte tillåtet att administrera vård till en människa utan samtycke till utförda handlingar. Patientens vilja måste respekteras, även om denna vilja direkt eller indirekt leder till patientens död. Detsamma gäller för avbrytande av vård, samtycker patienten inte längre till vården ska den avbrytas. Samtycke kan dock aldrig frita läkare från ansvar för mord, aktiva åtgärder för att åstadkomma patientens död är aldrig tillåtna.

---

<sup>157</sup> Basic care

<sup>158</sup> British medical association, Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, s 6

<sup>159</sup> British medical association, Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, s 7 och 54 f

<sup>160</sup> British medical association, Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, s 10 f

<sup>161</sup> British medical association, Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment, s 49

<sup>162</sup> Refererat i [1993] 2 WLR 316

2. Om en patient inte kan ge samtycke på grund av tillexempel medvetlöshet är det tillåtet att ge vård i den mån det är nödvändigt och till patientens bästa.
3. Ett aktivt handlande för att förebygga någons död är enbart föreskrivet för särskilda personer. Läkare är en sådan grupp av personer, de får alltså inte avsluta en påbörjad behandling hur som helst.

När behandlingen som i detta fall görs med hänvisning till nödvändighet<sup>163</sup> enligt p 2 måste behandlingen hela tiden ligga i patientens intresse. När behandlingen inte längre kan motiveras utifrån sitt värde för patienten ska den avslutas. Det kan då inte sägas finnas någon plikt kvar för läkaren att fortsätta den verkningslösa behandlingen.

The doctor cannot owe to the patient any duty to maintain his life where that life can only be sustained by intrusive medical care to which the patient will not consent.

Den relevanta frågan var därför om det låg i Blands intresse att fortsätta behandlingen. Denna fråga kunde inte avgöras av rätten utan måste avgöras av den behandlande läkaren, och domstolen fick lita på denna bedömning. Läkarens bedömning i detta fall låg i linje med British Medical Association och han menade att behandlingen inte tillförde Bland något. Läkaren kunde därför inte anklagas för mord om behandlingen avslutades.

#### 6.2.2.2. *In Re T*

I fallet rörde det sig om en kvinna som var uppfostrad i enlighet med Jehovas vittnens tro och seder, hon var dock inte medlem i sekten. När hon var gravid i 34 veckan var hon med i en trafikolycka och blev fördd till sjukhus.

Till läkaren och sjuksköterskorna meddelade hon att hon inte ville ha blodtransfusion. Läkaren lugnade henne och meddelade att det fanns effektiva alternativa medel att tillgripa istället för en transfusion och att någon sådan inte skulle behövas i detta fall. Hon skrev därefter på ett formulär där hon avsåg sig behandling i form av blodtransfusion. Följande dag fick hon missfall och hennes tillstånd förvärrades så att en blodtransfusion skulle skett om hon inte hade förbjudit det.

---

<sup>163</sup> principle of necessity

Kvinnans far och pojkvän ansökte till domstol för att få fastslaget att det var tillåtet för sjukhuset att administrera en blodtransfusion trots hennes vägran. Underrätten meddelade att det skulle vara tillåtet, och denna dom överklagades. Överrätten menade att även om kvinnan till viss del delade Jehovas vittnens tro var denna tro sannolikt inte så djup att hon var villig att offra sitt liv för den, detta stöddes av vittnesmål från fadern och pojkvännen. Hon hade dock upprepat sin begäran, men inte fått förklarat för sig konsekvenserna av den. Snarare hade hon felaktigt blivit underrättad om riskerna med vägran.

Domaren menade att det inte var klart att vägran var menad för den situation som uppstod, där det var fara för kvinnans liv. Han menade att det skulle vara rätt av sjukhuset att i kvinnans intresse ge en blodtransfusion.

### **6.2.3. Slutsats Storbritannien**

De etiska avgöranden som gjorts kan återfinnas i Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill:s rapport. Där görs jämförelse mellan de viktigaste argumenten och man finner att huvudargumenten är frågan om autonomi och livets helgd. Autonomi är inte gränslös utan hänsyn måste tas till resten av samhället. Det är dock inte helt klart var autonomins gräns ska gå och om rätt till eutanasi innefattas i rätten till autonomi. Det är helt klart att rätten att vägra medicinsk behandling ligger innanför rätten till autonomi.

Det är idag inte tillåtet med vare sig aktiv eutanasi eller assisterat självmord i Storbritannien, med undantag från Skottland. Den starka ställning som patientens självbestämmande har gör att passiv eutanasi är tillåten inom sjukvården. Läkare får även inom vissa snävt definierade gränser lov att avbryta en behandling som inte är medicinskt försvarbar.

Det är klart att Storbritannien har kommit mycket närmare en legalisering av eutanasi idag än de var 1994 då Select Committee on Medical Ethics avgav sin rapport.

## **6.3. Nederländerna**

### **6.3.1. Eutanasidebatten**

Debatten kring eutanasi i Nederländerna kan sägas ha startat med Postmafallet 1971 där en äldre kvinna blev dödad av sin läkarutbildade dotter sedan dottern överlagt med sin

läkarutbildade make om att modern skulle må bäst om hon fick dö. Modern hade fått en stroke och hamnat på ett vårdhem. Hon hade sedan tydligt visat att hon kände sig som en belastning för familjen och hon hade gjort ett flertal självmordsförsök. Hon hade också vid ett flertal tillfällen bett att 'få något' för att dö eftersom hon var helt på det klara med att hon aldrig skulle bli bra igen. Moderns behandlande läkare misstänkte att moderns död inte var naturlig och rapporterade fallet till myndigheterna.<sup>164</sup>

Postmafallet fick mycket medial uppmärksamhet och gav upphov till en livlig debatt. Fallet gjorde också att nästan 30 läkare officiellt tillkännagav att de uppfattade eutanasi som en medkännande handling och att man inte kunde bortse från möjligheten till eutanasi vid medicinsk behandling.<sup>165</sup> Det nederländska sällskapet för frivillig eutanasi<sup>166</sup> bildades 1973 som en konsekvens av debatten runt Postmafallet. Dess mål var att främja den sociala acceptansen och en legalisering av eutanasi.<sup>167</sup>

Före 2001 var eutanasi illegalt i Nederländerna. Två artiklar, 293 och 294, i den nederländska strafflagen stadgade att den som dödade någon på dennes begäran skulle dömas till ett straff på upp till 12 års fängelse. Det stadgades även ett treårigt fängelsestraff för den som assisterade någon vid ett fullbordat självmord.<sup>168</sup>

I rättegången mot Dr Postma dömdes hon enligt artikel 293. Domstolen ansåg att hon för smärtstillande ändamål kunde ha använt andra, mindre drastiska medel, som inte skulle ha lett till döden. Straffet blev dock enbart en veckas villkorlig dom. Det var den första domen som i praktiken frikände en person som utövat eutanasi om vissa kriterier upprätthölls.<sup>169</sup> Dessa kriterier var att patientens sjukdom var obotlig, att patienten led outhärdligt, att patientens begäran om eutanasi var skriftlig och att en läkare utförde själva den dödande handlingen.<sup>170</sup>

De nederländska domstolarna fortsatte på den inslagna vägen och i ett flertal efterföljande avgöranden visades att om tillbörlig omsorg visats var det tillräckligt för att läkaren inte

---

<sup>164</sup> H ten Have och J Welie, *Death and medical power*, s 5 f

<sup>165</sup> H ten Have och J Welie, *Death and medical power*, s 8

<sup>166</sup> the Dutch Society for Voluntary Euthanasia

<sup>167</sup> H ten Have och J Welie, *Death and medical power*, s 9

<sup>168</sup> J Scherer och R Simon, *Euthanasia and the right to die*, s 54 f, R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xi

<sup>169</sup> H ten Have och J Welie, *Death and medical power*, s 9, R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xi

<sup>170</sup> D Schanker, *of suicide machines, euthanasia legislation, and the health care crisis*, ur *The Right To Die*, s 78

behövde vare sig straffas eller åtalas.<sup>171</sup> I Alkmaar-fallet från 1984 kom Nederländernas högsta domstol fram till att eutanasi kunde tillåtas under hänvisning till nöd, i valet mellan läkarens plikter. Samma år lades ett lagförslag om legalisering av eutanasi fram, men röstades ner trots stort folkligt stöd.<sup>172</sup> Det kungliga nederländska medicinsällskapet publicerade samma år de kriterier som måste vara uppfyllda för att eutanasi skulle vara försvarbart: en beslutskompetent patient måste upprepade gånger göra en fri och informerad begäran om eutanasi, patienten måste ha upplevt icke behandlingsbar smärta och den behandlande läkaren måste konsultera minst en annan läkare. Det krävdes dock inte att patienten led av någon obotlig sjukdom.<sup>173</sup>

I ett fall 1991 hjälptes en icke psykiskt sjuk kvinna att dö på grund av sina mentala smärtor. Den behandlande psykiatern, Dr Chabot, konsulterade med flera kollegor, men dessa undersökte dock inte kvinnan. Nederländernas högsta domstol slog 1994 fast att patienten måste undersökas av flera psykiatriker, men de slog också fast att mental smärta kan vara grund för en nödsituation som kan försvara eutanasi.<sup>174</sup>

1989 tillsattes kommissionen för medicinsk tillämpning kring eutanasi<sup>175</sup>, mer känd som Rimmelink-kommissionen, för att undersöka hur eutanasi praktiserades i landet. En undersökning gjordes med hjälp av läkare som svarade på frågor angående praktiserande av eutanasi. Resultatet publicerades 1991. Som en följd av rapporten gjordes en lagändring i lagen om begravning vilken skyddade läkare mot åtal om de höll sig till kriterierna för tillbörlig vård, trots att artikel 293 fortfarande var i kraft.<sup>176</sup>

1995 tillsattes en ny utredning, för att utföra en ny nationell undersökning för att kartlägga förändringar i praktiseringen av eutanasi sedan Rimmelink-rapporten. Den fann att beslutsprocessen hade ändrats något och att stora framsteg gjorts i läkarnas rapportering av förekomsten av eutanasi.<sup>177</sup>

---

<sup>171</sup> R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xii

<sup>172</sup> R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xii

<sup>173</sup> J Scherer och R Simon, *Euthanasia and the right to die*, s 57

<sup>174</sup> J Scherer och R Simon, *Euthanasia and the right to die*, s 59 f, R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xiii

<sup>175</sup> the Commission of Inquiry into Medical Practice Concerning Euthanasia

<sup>176</sup> R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xiii

<sup>177</sup> R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xiv

En skillnad från andra länder är att i Nederländerna anser man att det inte behövs någon åtskillnad mellan aktiv och passiv eutanasi. 1985 definierades eutanasi av en statlig kommitté som 'det uppsåtliga avslutandet av livet på en person av någon annan än den personen, på den förras begäran.' Kommittén ansåg att krav på obotlig dödlig sjukdom och outhärdligt lidande var omständigheter som förklarar eutanasi snarare än definierar den. Den nya definitionen fick stort genomslag och kallas ofta för den officiella definitionen.<sup>178</sup>

1990 kom ett lagförslag om legalisering av eutanasi som debatterades i 11 år innan det slutligt godtogs i april 2001.

## **6.3.2. Rättslig normering**

### **6.3.2.1. Lagstiftning**

Som sagts ovan hade Nederländerna före april 2002 ett förbud mot medhjälp till självmord och eutanasi genom två artiklar i den nederländska strafflagstiftningen. Artikel 293: den som tar någon annans liv på dennes uttryckliga och seriösa begäran kommer att dömas till fängelse i högst tolv år eller böter i femte kategorin. Artikel 294: den som uppsåtligen uppmuntrar en annan person att begå självmord, assisterar vid självmord eller förser honom med nödvändiga medel kommer att, om självmord fullföljs, att dömas till fängelse i högst tre år eller böter i fjärde kategorin.<sup>179</sup>

I april 2002 trädde lagen om avslutande av liv på begäran och assisterat självmord<sup>180</sup> i kraft, som legaliserade eutanasi och läkarassisterat självmord under förutsättning att vissa kriterier är uppfyllda. Ett tillägg till strafflagens artikel 293 och 294 gjorde att det fortfarande är ett brott att praktisera eutanasi och assistera självmord, förutom när läkare fullföljer de kriterier om tillbörlig vård som uppställts och anmäler varje fall av eutanasi till myndigheterna.<sup>181</sup>

För att kriteriet om tillbörlig vård skall vara uppfyllt måste den behandlande läkaren vara säker på att patienten gjort en frivillig och väl övervägd begäran, att patienten lider outhärdligt och att det inte finns några utsikter till förbättring. Läkaren måste också ha informerat patienten om diagnos och prognos. Sedan måste läkare och patient gemensamt ha konstaterat

---

<sup>178</sup> H ten Have och J Welie, *Death and medical power*, s 11 f, R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xii f

<sup>179</sup> R Pool, *Negotiating a Good Death*, s xi, J Scherer och R Simon, *Euthanasia and the right to die*, s 54 f

<sup>180</sup> *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*

<sup>181</sup> *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act*, sektion 20 A, B

att det inte finns någon alternativ behandling. Allt detta ska bekräftas av en oberoende läkare som måste ha undersökt patienten. Läkaren måste därefter praktisera eutanasin med vederbörliga hänsyn och omsorger.<sup>182</sup>

Om en patient över 16 år, som har förlorat sin beslutskapabilitet, har författat en skriftlig begäran när beslutskapacitet ännu fanns kan läkaren efterkomma begäran, men måste följa reglerna om tillbörlig vård.<sup>183</sup> Om patienten är mellan 16 och 18 år och anses kunna göra sig en uppfattning om sin situation kan den behandlande läkaren efterkomma en begäran om eutanasi från patienten efter att läkaren konsulterat patientens föräldrar eller förmyndare.<sup>184</sup> Om patienten är mellan 12 och 16 år och anses kunna ha en uppfattning om sin situation kan läkaren efterkomma patientens begäran om eutanasi om föräldrarna eller förmyndarna samtycker.<sup>185</sup>

Speciella kommittéer ska se över de fall av eutanasi och assisterat självmord som rapporteras in. Kommittén ska avgöra om läkaren handlat i enlighet med reglerna om tillbörlig vård och i varje enskilt fall avge ett motiverat yttrande. Skulle man finna att en läkare inte handlat korrekt ska fallet anmälas till åklagare.<sup>186</sup>

Lagen om begravning<sup>187</sup> har ändrats och där stadgas att den behandlande läkaren inte får sätta ut dödsorsaken som naturlig om döden orsakats av handlande som faller under lagen om avslutande av liv på begäran och assisterat självmord.<sup>188</sup>

### **6.3.2.2. Praxis**

1952 kom det första eutanasi-målet upp i Nederländerna. Det rörde sig om en läkare som på begäran tog livet av sin tuberkulossjuke bror. Den lägre domstolen ville inte godta argumentationen om att det inte var moraliskt rätt att inte hörsamma broderns önskan, utan dömde mannen till ett års villkorlig dom. Den högre domstolen menade dock att man måste ta hänsyn till den nära relationen mellan patient och läkaren och de moraliska övervägandena

---

<sup>182</sup> Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, sektion 2 paragraf 1

<sup>183</sup> Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, sektion 2 paragraf 2

<sup>184</sup> Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, sektion 2 paragraf 3

<sup>185</sup> Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, sektion 2 paragraf 4

<sup>186</sup> Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, kapitel 3

<sup>187</sup> The Burial and Cremation Act

<sup>188</sup> The Burial and Cremation Act, sektion 7

och sänkte därför straffet. Postmafallet, 1973, följde i samma fotspår då domstolen tog hänsyn till dotterns ädla motiv och dömde bara till en veckas villkorlig dom.<sup>189</sup>

I ett fall från 1981 konstaterades att den allmänna opinionen accepterade självmord, och att det kan finnas enstaka tillfällen då självmord är moraliskt försvarbart och att det då ej heller kan vara fel att medverka vid ett sådant självmord. Om vissa kriterier var uppfyllda kunde en läkare gå fri från straff, notera dock att inget av kriterierna nämner obotlig eller dödlig sjukdom, eller att lidandet är av fysisk natur. Kriterierna var att en patient måste lida outhärdligt, att önskan att dö måste vara långvarig, frivillig och självman, att patienten måste få alternativ presenterade för sig och tid att överväga dem, att ingen annan rimlig utväg finns, att patientens död inte får tillfoga någon annan onödig smärta, att fler än en är involverad i beslutet om eutanasi, att patienten har förståelse av sitt tillstånd och slutligen att största försiktighet iakttas vid det slutliga beslutet om eutanasi.<sup>190</sup>

Nederländernas högsta domstol slog fast i ett fall från 1987 att eutanasi inte ska klassas som en naturlig död och att läkare inte får rapportera det i dödscertifikatet.<sup>191</sup>

I ett fall som prövades 1986 hade en läkare, mot patientens uttryckliga vilja praktiserat eutanasi efter konsultation med bland annat patientens familj. Samma sak var det i ett fall från 1986 där varken patient eller familj blivit tillfrågade om eutanasi. Trots att domstolen fann läkarna skyldiga till mord utdömdes endast ett villkorligt straff på en vecka respektive ett fängelsestraff på tio veckor.<sup>192</sup>

En läkare avslutade 1984 en patients liv och blev så småningom åtalad. Han överklagade det faktum att han blivit åtalad och hänvisade till tidigare frikännanden på grund av 'motstående plikter'<sup>193</sup>. Nederländernas högsta domstol godtog resonemanget och slog fast att läkaren aldrig borde åtalats.<sup>194</sup>

---

<sup>189</sup> H ten Have och J Welie, Death and medical power, s 188 f

<sup>190</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 56, och H ten Have och J Welie, Death and medical power, s 190

<sup>191</sup> Death and medical power, s 192

<sup>192</sup> Death and medical power, s 192 f, s 195

<sup>193</sup> conflict of duties

<sup>194</sup> Death and medical power, s 154 f



1987 var frågan om kvalificering av närings- och vätsketillförsel uppe till prövning. Domstolen fann att närings- och vätsketillförsel är att klassa som grundläggande omsorg som inte får avbrytas. Däremot är konstgjord närings- och vätsketillförsel att klassa som medicinsk behandling som får avbrytas om den är fruktlös.<sup>195</sup>

1989 hjälpte en man sin fru att dö, eftersom deras läkare inte hade gått med på att administrera eutanasi till henne. Rätten fann att mannen inte hade någon rätt att döda sin fru enbart på grund av läkarens vägran. Ett fall från 1992 var inne på samma linje när rätten underkände en läkares rätt att ge eutanasi till en patient som han inte träffat i annat syfte än att assistera vid personens självmord. Ett hot från en patient att på annat sätt ta livet av sig kan inte ge sådant moraliskt och psykologiskt *force majeure* att eutanasi är tillåtet. 1995 slogs slutligen fast att rätten att hjälpa någon att dö bara tillkom läkare och att inte ens en sjuksköterska på direkt order av läkaren får administrera eutanasi.<sup>196</sup>

1993 accepterades för första gången ett fall av eutanasi som grundade sig på mentalt lidande istället för fysisklidande. Detta upprätthölls av Nederländska högsta domstol 1994 i fallet Chabot, se ovan 6.3.1. Denna praxis var så stark att ett fall av mental smärta till grund för eutanasi lades ner 1995 med hänvisning till ovanstående fall. Det är dock inte tillräckligt att patienten är trött på livet för att eutanasi ska vara tillåtet.<sup>197</sup>

1996 slog en domstol fast att det visserligen finns en rätt att få eutanasi, men att det inte går att kräva denna rätt.<sup>198</sup>

Ett högst iögonfallande rättsfall handlar om en läkare som i rätten menade att de skyddsregler som satts upp kring användandet av eutanasi enbart var till besvär och att han inte hade följt dem och inte tänkte följa dem i framtiden. Med hänsyn till att läkaren tidigare varit dömd för eutanasi drogs hans licens in, men enbart för en tid av sex månader!<sup>199</sup>

---

<sup>195</sup> Death and medical power, s 196

<sup>196</sup> Death and medical power, s 198, s 200, s 202

<sup>197</sup> Death and medical power, s 198, s 200, s 202, 207

<sup>198</sup> Death and medical power, s 204

<sup>199</sup> Death and medical power, s 206

### 6.3.3. Slutsats Nederländerna

Debatten i Nederländerna har präglats av en inställning till eutanasi som något positivt med endast mindre risker. Även läkarna verkar ha accepterat praktiserandet av eutanasi snabbt och inte varit alls lika ovilliga som är vanligt i andra länder. Inte heller kyrkan verkar ha haft en särskilt aktiv roll i eutanasidebatten. Eftersom läkarna och kyrkan inte varit aktiva som motståndare i debatten är det kanske inte förvånande att en legalisering av eutanasi gått igenom.

Det är fortfarande förbjudet för privatpersoner att praktisera aktiv eutanasi eller assistera vid självmord. Det är enbart en läkare som under vissa strikta kriterier får praktisera aktiv eutanasi. Det finns dock inget krav på dödlig sjukdom utan det räcker med att patienten lider outhärdligt. Jag anser att man av de ovan nämnda rättsfallen och den lagstiftning som finns kan säga att Nederländerna är väldigt liberalt inställda till eutanasi. När överträdelser av lagen sker ges inga eller symboliska straff, domstolarna är aldrig i närheten av stadgade tolv år för eutanasi ens i de grövsta fall.

## 6.4. USA

### 6.4.1. Eutanasidebatten

I och med att den medicinska vetenskapen präglats av en stor tillförsikt och optimism vad gäller medicinska landvinningar var både allmänheten och läkarkåren negativt inställda till eutanasi fram till slutet av 1800-talet.<sup>200</sup> Eftersom USA är ett i huvudsak kristet land har de kristna värderingarna varit utgångspunkten för debatten om eutanasi och det skulle krävas en stark påverkan av de moraliska grundvärderingarna för att eutanasi skulle kunna bli tänkbart.<sup>201</sup> En viss påverkan kom i och med att läran om rasutveckling fick fäste och vissa vetenskapsmän började ägna sig åt rashygieniskt tänkande.<sup>202</sup> Detta befästes 1923 då Amerikas Rashygieniska Sällskap<sup>203</sup> bildades. Det var då vanligt att eutanasi- och rashygienfrågor hade ett nära samröre med frågor om aborträtt och sexuell frigörelse.<sup>204</sup> Den eutanasi som då huvudsakligen åsyftades var till för att värna människosläktet som sådant, det

---

<sup>200</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 6

<sup>201</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 7

<sup>202</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 15

<sup>203</sup> American Eugenics Society

<sup>204</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 19

var inte för att ge enskilda människor rätten att själva avgöra sitt livs slut. Tvärtom menade eutanasiförespråkarna att det var missbildade och i övrigt missanpassade individer som för samhällets bästa skulle "hjälpas" att dö. Man menade att dessa personer hade en evolutionär plikt att dö.<sup>205</sup> I flera delstater stiftades lagar om tvångssterilisering, och en legalisering av eutanasi sågs av vissa som ett naturligt led i en redan påbörjad process.<sup>206</sup> Hade det inte varit för nazitysklands eutanasiprogram är det fullt möjligt att utvecklingen av eutanasi frågan i USA kunnat se annorlunda ut idag.<sup>207</sup>

Under 1930-talet kom ett antal eutanasi fall upp i de amerikanska domstolarna. Det fanns också ett antal kända personer som tog livet av sig och där media berättade om efterlämnade avskedsbrev. Detta ledde till att debatten om eutanasi fördes framåt även om den fortfarande hade starka kopplingar till sociala reformer.<sup>208</sup>

Delstaten Nebraska hade 1937 uppe ett lagförslag om legalisering av eutanasi. Det skulle vara en möjlighet för vuxna vid sina sinnens fulla bruk att begära eutanasi om de led av en obotlig och dödlig sjukdom. Eutanasi på minderåriga och beslutsinkompetenta personer skulle kunna ske om en nära anhörig bekräftade beslutet. Säkerhetsmekanismer var inbyggda i form av att en domare och en läkarkommitté skulle bedöma fallet.<sup>209</sup>

När andra världskriget startade och rapporterna om det nazistiska eutanasi programmet nådde allmänheten insåg eutanasiförespråkarna att de ofta förknippades med dessa avskyvärdheter.<sup>210</sup> Eutanasidebatten gick in i en stillsammare period eftersom det var svårt för eutanasiförespråkarna att övertyga allmänheten att en legalisering av eutanasi inte skulle leda till likadana mord som de nazistiska. Risken för det sluttande planet hade kommit in i folkets tankar.<sup>211</sup> Många kunde känna medlidande och anse att eutanasi var förlåtligt i enskilda fall, men därifrån ansågs steget långt till en legalisering.<sup>212</sup>

Under 1960-talet och framåt började amerikanarnas inställning till eutanasi att ändras. Fokus lades på patientens självbestämmande och eutanasi sågs som ett personligt val snarare än som

---

<sup>205</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 19 f

<sup>206</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 36

<sup>207</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 34

<sup>208</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 34 ff

<sup>209</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 48

<sup>210</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 63

<sup>211</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 71

<sup>212</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 95

en social angelägenhet. Kalla kriget, Vietnamkriget och neurosedynförgiftningarna var händelser som tillsammans med den livsuppehållande teknologins utveckling fick folket att lägga vikt vid en smärtfri och värdig död.<sup>213</sup> En annan stor händelse var när påven<sup>214</sup> 1957 förklarade att passiv eutanasi, enligt doktrinen om den dubbla effekten, kunde vara tillåtet inom ramen för den katolska tron i form av att patienter hade rätt att undanbe sig livsuppehållande behandling.<sup>215</sup> Eutanasiförespråkarna följde påvens argument och påpekade att det var mer humant att låta någon dö istället för att på onaturligt sätt förlänga livet.<sup>216</sup>

Många ansåg att läkarna i takt med de medicinska landvinningarna efter andra världskriget gjorde allt för att förlänga liv istället för att mildra smärta och andra symtom. 1973 introducerade Amerikas eutanasisällskap ett dokument med patienträttigheter där bland annat rätt till information och rätt att undanbe sig behandling togs upp.<sup>217</sup> Tanken på eutanasi ändrades från synsättet att hjälpa någon att dö till en rätt för den enskilda människan att få kontroll över sin död.<sup>218</sup>

USA:s högsta domstol uttalade i några avgöranden<sup>219</sup> under 1960- och 1970-talen att patienter har en konstitutionell rätt till privatliv och att denna rätt bland annat kommer till uttryck i rätten att vägra eller rätten att avbryta livsuppehållande behandling. Denna rätt skulle också kunna utövas av förmyndare.<sup>220</sup> Denna rätt respekterades dock inte alltid, vilket visade sig för Dax Cowart då han 1973 råkade ut för en olycka och blev liggande i 7 år utan att hans begäran om att avbryta den livsuppehållande behandlingen hörsammades. Han klarade sig dock igenom tragedin och skapade sig ett nytt liv. Han fortsatte att hävda rätten att dö även när han tillfrisknat vilket gjorde att man använde hans exempel på båda sidor i debatten. Pojken som trots allt reste sig och fann livet på andra sidan stod emot argumenten om rätten att bestämma över sitt eget liv.<sup>221</sup> 1997 avgjorde USA:s högsta domstol ett fall där man upprätthöll rätten att vägra medicinsk behandling, men denna vägran var tvungen att komma

---

<sup>213</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 97

<sup>214</sup> Pope Pius XII

<sup>215</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 98

<sup>216</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 107

<sup>217</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 112

<sup>218</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 118 f

<sup>219</sup> *Kriswold v. Connecticut, Roe v. Wade och In re Quinlan*

<sup>220</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 146

<sup>221</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 155 f

från patienten. I fallet avtog domstolen påståendet om en konstitutionell rätt till läkarassisterat självmord.<sup>222</sup>

Jack Kevorkian var en läkare som hjälpte människor att dö i en anordning i sin bil, ”mercitron”. Han var uppe flera gånger i rätten men blev friad eftersom han ansågs ha folkets allmänna godkännande av handlingarna. Han dödade drygt 90 personer på detta sätt.<sup>223</sup>

På en läkarkonferens 1982 gjorde läkarkåren upp att konstgjord näringstillförsel var att se som sådan livsuppehållande behandling som tillsammans med respiratorisk behandling var etiskt försvarbar att avbryta. 1988 visade en omröstning vid konferensen att 10 av 12 läkare ansåg att det inte var omoraliskt för en läkare att utföra läkarassisterat självmord på en dödligt sjuk patient.<sup>224</sup>

The New York State Task Force, en utredning liknande House of Lords Select Committee, fann efter sin granskning att det vore ovist och farligt att införa en lagstiftning som tillät frivillig eutanasi eller läkarassisterat självmord.<sup>225</sup> Man motiverade noga beslutet och framförde många av de vanliga argumenten mot eutanasi, bland annat argumentet om det sluttande planet, risken för missbruk, osäkerheten kring diagnos och prognos, att avgöranden inom hälso- och sjukvården skulle än mer styras av ekonomiska överväganden samt att gamla och svaga skulle känna en press på sig att begära eutanasi för att inte ligga anhöriga och andra till last.<sup>226</sup>

1973 togs patientens rättighetskatalog fram av det amerikanska sjukhussällskapet<sup>227</sup> där man bland annat specificerade patientens rätt att vägra behandling.<sup>228</sup> Lagstiftning på eutanasiområdet var ännu sparsam men under början av 1970-talet var det många som ville se en ändring och 35 lagförslag gjordes på området i 22 olika stater. Kalifornien var 1976 den första stat som genom ”the Californian Natural Death Act” gjorde det möjligt att skriva ett juridiskt bindande livstestamente.<sup>229</sup> År 1986 hade den absoluta majoriteten av USA:s stater

---

<sup>222</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 163

<sup>223</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 167

<sup>224</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 159 f

<sup>225</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 187

<sup>226</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 188 ff

<sup>227</sup> American Hospital Association

<sup>228</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 28

<sup>229</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 171 f och J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 28

följt initiativet.<sup>230</sup> Efter det att USA:s högsta domstol 1990<sup>231</sup> återigen funnit en konstitutionell rätt för patienter att vägra medicinsk behandling antog amerikanska kongressen den första federala lagen<sup>232</sup> på området.<sup>233</sup> Oregon var dock 1994 den första stat som legaliserade eutanasi i form av läkarassisterat självmord. Lagen kunde dock inte utnyttjas omedelbart eftersom den blev föremål för föreläggande. När USA:s högsta domstol nekade prövning av fallet och sedan en ny folkomröstning hållits som med knapp marginal röstade till förmån för lagen kunde den dock 1997 träda i kraft.<sup>234</sup>

Både antalet förskrivningar av läkemedel enligt lagen och användandet av läkarassisterat självmord har ökat kontinuerligt under de år lagen varit i kraft, fram till år 2004 då antalet sjönk något.<sup>235</sup>

Efter detta gjordes försök att legalisera läkarassisterat självmord även i New York (1997), Michigan (1998) och Maine (2000). I New York krävde man i domstol att en konstitutionell rätt till läkarassisterat självmord skulle erkännas, vilket inte godkändes, medan befolkningarna i Michigan och Maine inte röstade igenom lagförslag. Detta grusade eutanasi-förespråkarnas förhoppningar om en dominoeffekt av Oregons lagstiftning.<sup>236</sup>

## **6.4.2. Rättslig normering**

### **6.4.2.1. Lagstiftning**

Eutanasi definierades av the New York State Task Force on Life and the Law som: direkta åtgärder, så som en dödlig injektion, av en person för att avsluta en annan persons liv med välvilliga motiv.<sup>237</sup>

Eftersom USA består av flera delstater med kompetens att själva avgöra frågan om dödshjälp och läkarassisterat självmord ser det inte likadant ut i hela USA. Oregon är den enda delstat som har tillåter läkarassisterat självmord, i och med Death With Dignity Act som trädde i kraft 1994. 2001 försökte man dock stoppa Oregons eutanasilag genom att förbjuda läkare att skriva ut bland annat den medicin, barbiturat, som användes. Staten Oregon överklagade

---

<sup>230</sup> Bara 11 stater hade inte någon sådan lagstiftning.

<sup>231</sup> Nancy Cruzan case, se nedan

<sup>232</sup> the Patient Self-Determination Act

<sup>233</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 28

<sup>234</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 171 f, Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, s 6

<sup>235</sup> Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, s 12

<sup>236</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 173 f

<sup>237</sup> J Keown, Euthanasia, Ethics and Public Policy, s 11

lagförslaget och 2002 dömdes till förmån för Oregons lag, vilket överklagades hela vägen till USA:s högsta domstol i vilken frågan var uppe för muntlig förhandling i oktober i år.<sup>238</sup> Argumenten var i stort att reglering av föreskrivning av mediciner traditionellt, enligt rättsfallet Glucksberg, är de enskilda staternas angelägenhet, även i detta fall. Medan motparten ansåg att det då skulle vara möjligt för en stat att tillåta läkare att skriva ut narkotika för rekreationsändamål, vilket var lika otänkbart som läkemedel för självmord när lagen kom till.<sup>239</sup> Fallet väntar, enligt USA:s högsta domstols sekreterare, fortfarande på avgörande.<sup>240</sup>

Death With Dignity Act innebär att en vuxen medborgare i Oregon, som är beslutskompetent under vissa förutsättningar kan begära medicin för att själv kunna begå självmord. Är förutsättningarna uppfyllda är den behandlande läkaren skyddad mot åtal eller andra disciplinära åtgärder.<sup>241</sup> Den behandlande läkaren ska, under konsultation med en annan läkare, ha konstaterat att patienten lider av en obotlig sjukdom, som troligen kommer leda till döden inom sex månader. Begäran ska vara fri, informerad och skriftlig.<sup>242</sup> För den skriftliga begäran föreligger formkrav och till hjälp finns ett förslag på hur begäran ska utformas, se bilaga 2. För att läkaren ska undgå åtal måste denne bland annat informera patienten om diagnos och prognos och de följder och risker som det innebär att ta den begärda medicinen samt vilka alternativ som finns som till exempel palliativ vård. Läkaren måste vidare skicka patienten till en psykolog om det kan misstänkas att skälen bakom begäran kan vara psykisk sjukdom eller depression. Läkaren måste också påpeka att det är möjligt att när som helst avbryta förfarandet.<sup>243</sup> En vänteperiod är föreskriven på minst 15 dagar från det att den första muntliga begäran gjordes, efter denna tid måste en ny muntlig begäran göras, och läkaren ska då föreslå att förfarandet avbryts. Det får dock inte var mindre än 48 timmar mellan den skriftliga begäran och den slutliga muntliga begäran.<sup>244</sup> I patientens journal måste bland annat införas alla patientens muntliga och skriftliga begäran om assisterat självmord, liksom läkarens alla förslag om avbrytande av processen.<sup>245</sup> Alla läkare och sjukvårdsinrättningar har rätt att vägra verkställa en gjord begäran av vilka skäl som helst.<sup>246</sup>

---

<sup>238</sup> Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, s 6 f

<sup>239</sup> Gonzales, v. Oregon, No. 04-623, s 9, 25 f och 30 ff

<sup>240</sup> Clerks office of Supreme Court of the United States, kl 15:30 2005-12-16, tel 001-202-479-3211

<sup>241</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.885 §4.01 (1)-(3)

<sup>242</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.805 § 2.01

<sup>243</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.815 §3.01

<sup>244</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.840 §3.06 och 127.850 §3.08

<sup>245</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.855 §3.09

<sup>246</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.885 §4.01 (4)

Patienter som dött genom verkställande av lagen ska inte ses som avlidna genom självmord, assisterat självmord, eutanasi eller mord. Det ska därför inte heller ha någon påverkan på testamenten, försäkringar eller liknande.<sup>247</sup>

Alla former av annat dödande än det som följer av lagen är strängt förbjudet och läkaren får inte hjälpa patienten att ta medicinen.<sup>248</sup> Om någon förfalskar en skriftlig begäran eller på annat sätt försöker få patienten dödad genom lagen gör sig denna person skyldig till ett klass A-brott. Likaså om någon försöker övertyga någon annan att göra en begäran enligt lagen.<sup>249</sup>

#### 6.4.2.2. Praxis

Den första person som ställdes inför rätta för barmhärtighetsmord var en läkare vid namn Herman Sander. Han förnekade aldrig att han gett en dödlig dos läkemedel till en kvinnlig patient som led av cancer. Sanders frikändes.<sup>250</sup>

##### 6.4.2.2.1. *Nancy Cruzan Case*<sup>251</sup>

Vid en bilolycka blev Nancy Cruzan så allvarligt skadad att hon hamnade i ett permanent vegetativt tillstånd, och hon kunde således inte själv ta ställning till vilken vård hon skulle få. Hennes föräldrar ansökte vid domstol om att hennes livsuppehållande behandling skulle få avslutas.

Frågan i Supreme Court var inte specifikt Nancy Cruzans fall utan om det kunde sägas finnas en konstitutionell ”rätt att dö” i USA. Fourteenth amendmant säger att :

No State shall make or enforce any law which shall abridge the privileges or immunities of citizens of the United States; nor shall any State deprive any person of life, liberty, or property, without due process of law; nor deny to any person within its jurisdiction the equal protection of the laws.

I detta tillägg har ansetts finnas en rätt att avstå behandling enligt praxis. Det anses att en kompetent person har rätt att vägra även livsavgörande vätske- och näringstillförsel med hänvisning till självbestämmande och privatliv.

<sup>247</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.870 §3.12, 127.870 §3.12 och 127.880 §3.14

<sup>248</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.880 §3.14

<sup>249</sup> The Oregon Death With Dignity Act, 127.890 §4.02

<sup>250</sup> I Dowbiggin, A Merciful End, s 79 f

<sup>251</sup> Cruzan by Cruzan v. Director, Missouri Department of Health



Domstolen konstaterade att Missouri i praktiken infört ett system där en företrädare, ofta en familjemedlem, kan ta beslut om avbrytande av närings- och vätsketillförsel. Det finns dock skyddsregler i det att denna företrädares beslut måste ligga så nära som möjligt patientens tidigare uttryckta önskan, det krävs klara och övertygande bevis om att så är fallet.

Domstolen menade att det inte är fel att överlåta valet åt familjemedlemmar, i de fall patienten är beslutsinkompetent. Om en domstol istället skulle göra detta val blir det en strikt bedömning av patientens livskvalitet där livets helgd vägs mot den konstitutionella rätten till privatliv.

Det är dock viktiga beslut som inte går att korrigera om de skulle visa sig felaktiga och det är därför motiverat att lägga en hög bevisbörda på dem som ska fatta beslutet om avbrytande av livsuppehållande behandling. Formkrav i form av krav på skriftlighet gäller för de flesta viktigare former av kontrakt, t ex testamenten. Detta kan vara olyckligt och frustrerande för de som inte har uppfyllt detta formkrav, men ändå vill uppnå den rättsliga följden. Likadant kunde det för Nancy Cruzan vara frustrerande med krav på klara och övertygande bevis, men ingen lag kan fungera perfekt. Cruzan hade tidigare uttryckt att hon inte skulle vilja leva ett liv som inte till största delen är normalt. Domstolen menade dock att man inte kunde fästa alltför stor vikt vid detta uttalande då det inte var helt säkert att det var allvarligt menat för denna situation. Detta uttalande var inte sådant att det kunde falla in under Missouri Living Will statute.

Domstolen fann således att det inte är fel att införa ett beviskrav för en företrädare som vill avsluta livsuppehållande behandling. Det fanns inte heller någon rätt för familjemedlemmar att gå runt detta krav och Nancy Cruzans familj har således ingen rätt att dra tillbaka hennes livsuppehållande behandling.

#### 6.4.2.2.2. *In the matter of Karen Quinlan*

Karen Ann Quinlan hade av okänd anledning slutat att andas under två 15 minuters perioder. Hon var tre dagar senare i ett tillstånd av koma, och behövde hjälp av respirator för att kunna andas. Vid tidpunkten för målets avgörande hade hon bedöms av läkare vara i ett permanent vegetativt tillstånd och någon chans till tillfrisknande bedömdes inte finnas.

Hennes far, Joseph Quinlan, ville bli utsedd till förmyndare med rätt att ta beslut om avbrytande av den livsuppehållande behandling som Karen Ann undergick.

Flera läkare menade att det inte var någon mening i att behandla liknande patienter. Att återuppliva patienter som är döende och lider svårt är inte i varken patientens, familjens eller samhällets intresse och utgör enbart missbruk av teknologi.

Varken argument om religionsfrihet eller frihet från grym och omänsklig behandling kunde användas i denna situation. Inte heller rätten till självbestämmande kunde användas eftersom det inte gick att få fram klara bevis för vilken åsikt Karen Ann själv hyst. Rätten menade att om Karen Ann själv kunnat fatta ett beslut om avbrytande av behandling, skulle detta beslut ha måst följas. Det fanns ingen laglig rätt för föräldrar att överta denna självbestämmanderätt.

Rätten fann dock att det enda sätt på vilket Karen Ann inte skulle förlora sin självbestämmanderätt skulle vara att tillerkänna hennes familj rätten att bestämma för henne. De uttalade därför att om läkaren anser att det inte finns något rimligt hopp om att Karen Ann kommer att vakna ur sitt vegetativa tillstånd, och om det medicinska rådet eller liknande på sjukhuset instämmer får den livsuppehållande behandlingen på familjens inrådan avslutas och förfarandet ska vara obrottsligt. Rätten ersatte den dåvarande förmyndaren för Karen Ann med hennes far.

#### 6.4.2.2.3. *People of the State of Michigan vs. Jack Kevorkian*

Kevorkian hjälpte en man, Thomas Youk, som hade Lou Gehrig's sjukdom att dö. De spelade bland annat in en film när Kevorkian administrerar en dödlig dos medicin till Youk.

Youk var rullstolsbunden på grund av funktionsnedsättningar till följd av sjukdomen. Han hade även problem att svälja och andas själv, och fick näring genom ett rör och andningshjälp av en maskin. Youk hade skrivit på ett papper om att han frivilligt och självmant önskade aktiv eutanasi, administrerat av en medicinskt kunnig person. Han hade rådgjort med sin familj vilka respekterade att han ville avsluta sitt lidande.

Vi rättslig undersökning av Youk fann man att hans sjukdom inte var en underliggande orsak till dödsfallet och att sjukdomen inte på något sätt påverkat dödsförloppet, utan att detta istället hade framkallats av läkemedel.

I en tv intervju för programmet 60 minutes berättade Kevorkian om Youks död och förklarade att det i ett upplyst samhälle inte kan ses som ett brott att hjälpa någon att dö. Han menade också att detta var ett sätt att tvinga fram ett åtal, eftersom polis och åklagare inte kan begära mer bevis än så. På så sätt ville han tvinga fram ett principavgörande angående eutanasi.

Kevorkian hävdade i rätten att det 8:e tillägget i den amerikanska konstitutionen skulle innebära en rätt för en patient att vara fri från olidlig smärta och lidande. Han menade även att enligt kravet på "due process" i 5:e tillägget finns det inget som rätteligen berövar honom hans frihet att hjälpa en annan människa ifrån outhärdligt lidande.

Domstolen konstaterade att det inte var fråga om avstående från livsuppehållande behandling och inte heller om givande av medicin med syfte att lätta smärta och lidande. Båda dessa förfaranden är godkända i staten Michigan där dödandet utfördes. Domstolen konstaterade att det vore att legalisera läkarassisterat självmord och aktiv eutanasi om man tillät Kevorkians beteende.

Domstolen gav tre skäl till varför Kevorkians argument inte höll:

1. Inga relevanta prejudikat pekar i riktningen att tillåta eutanasi med hänvisning till rätten till privatliv. Domstolen menade snarare att det finns ett överskuggande syfte att skydda och bevara liv, att motverka självmord, bevara moral och etik hos läkarkåren samt skydda utsatta och känsliga grupper och på så vis upprätthålla principen om alla människors lika värde.
2. Bevis från platser där eutanasi praktiseras visar att argumentet om det sluttande planet är ett faktum. Domstolen menade även att de utvidgningar som tolkas fram genom det 14:e tillägget<sup>252</sup> inte får vara ett uttryck för personliga åsikter utan måste ha stöd i övrig lag.
3. Att bestämma hur mycket smärta en patient upplever och om denna smärta är stark nog för att rättfärdiga eutanasi går utanför domstolens kompetens, domstolen ska inte agera vare sig teolog eller läkare. Ingen domstol kan bedöma att ett liv inte längre är värt att leva och fortfarande hålla fast vid principen att allas liv är lika värda.

---

<sup>252</sup> Se ovan, 6.4.2.1.1.

Domstolen konstaterade även att det inte finns någon konstitutionell rätt att vara fri från outhärdlig smärta. Man påpekar också att Kevorkian inte har rätt att utöva läkarpraktik i Michigan och att relationen mellan honom och Youk således inte kan betecknas som en läkar-patient relation. Att säga att vem som helst ska ha rätt att utöva aktiv eutanasi på vem som helst är att gå längre än ens de mest aggressiva eutanasiförespråkare och vore att ta ett allt för långt kliv ner för det sluttande planet.

Juryen dömde Kevorkian för både andra gradens mord och administrerande av kontrollerat läkemedel.

*6.4.2.2.4. Dennis C. Vacco, Attorney General of New York, et al., Petitioners V. Timothy E. Quill et al.*

I fallet var fråga om Staten New Yorks förbud mot att assistera vid självmord strider mot likabehandlingsprincipen i 14:e tillägget eftersom det är tillåtet för en person att vägra livsuppehållande och annan medicinsk behandling även om detta skulle leda till döden.

Klagande var tre allvarligt sjuka personer, som innan förhandlingen avlidit, vilka menade att läkarassisterat självmord måste anses vara essentiellt samma sak som att låta en patient vägra medicinsk behandling. Svarande var läkare som vägrar ge en dödlig dos medicin med hänvisning till förbudet mot att hjälpa andra att begå självmord.

Domstolen konstaterade att likabehandlingsprincipen i 14:e tillägget inte bar på någon självständig rättighet för enskilda utan enbart konstituerar en skyldighet för staten att inte särbehandla lika fall. Det konstaterades även att reglerna i fråga inte gör någon skillnad mellan olika personer; alla oavsett åkomma har rätt att avsäga sig medicinsk behandling och ingen får hjälpa någon att ta livet av sig.

Menar man att det inte är någon skillnad mellan att begå självmord och att avsäga sig medicinsk behandling menar man, enligt rätten, att avslutande av behandling inte är något annat än självmord. Detta kunde domstolen inte hålla med om. Det grundar sig på den straffrättsligt grundläggande skillnaden mellan orsak och verkan samt uppsåt. En läkare som avslutar eller underlåter att påbörja en behandling gör det på patientens begäran och att efterkomma patientens uppfattning om när en behandling ger tillräckligt med nytta för att vara

befogad. Vid palliativ vård är läkarens syfte att ge fullgod smärtlindring, även om det kan leda till att döden påskyndas. Vid eutanasi är dock syftet att döda patienten.

Rätten att avstå från medicinsk behandling grundar sig inte på någon rätt att dö, utan på rätten att inte behöva utstå påtvingade kroppsliga ingrepp.

Domstolen fann att assistans till självmord och avstående från behandling är två olika handlingar och att de därför får behandlas olika. Staten New York hade därför inte brutit mot det 14:e tillägget och förfarandet är konstitutionsenligt.

#### 6.4.2.2.5. *Washington v. Glucksberg*

Fråga om Washingtons förbud mot att assistera vid självmord strider mot 14:e tillägget.

Fyra läkare hävdade att de skulle assistera sina patienter till självmord om det inte var förbjudet i Washington, och att förbudet stred mot likabehandlingsprincipen. De hävdade även att eftersom det är tillåtet för en läkare att avbryta medicinsk behandling på patientens begäran blir det en alltför tung börda för läkarna att avgöra vilka önskemål som kan genomföras.

Domstolen konstaterade att det i nästan alla västerländska stater är förbjudet att hjälpa en annan människa att ta livet av sig. Dessa förbud finns för att upprätthålla staternas starka skyddande av mänskligt liv. Frågan är om "rätten" som skyddas genom the Due Process Clause innefattar en rätt att begå självmord och därmed en rätt att få hjälp med detta.

Domstolen konstaterade att detta skulle strida mot den amerikanska traditionen och att hela den juridiska doktrinen och praxisen skulle ändras. Kärande menade dock att den tradition som finns förklarar autonomin och friheten att bestämma över sin egen kropp som fundamentala principer och att assisterat självmord ligger i linje med en sådan princip. Domstolen menade att det inte varit autonomin att själv bestämma livets slut som var avgörande i fall som Cruzan utan principen om självbestämmande till sin kropp och frihet mot oönskade kroppsliga ingrepp. Rätten att få hjälp med självmord kan vara lika personlig och önskad som viljan att avsluta medicinska åtgärder. Rätt till självmord har dock aldrig åtnjutit något lagstadgat skydd och handlingarna har ansetts vara i grunden olika.

Att många av de friheter och rättigheter som skyddas av Due Process Clause rör sig om personlig autonomi gör inte att svepande antaganden om att alla viktiga, intima och personliga val är skyddade kan göras. De förbud som finns mot assistans av självmord är ett utslag av den vikt som läggs vid tagande av liv, även sitt eget.

Statens argument bestod i att läkarkårens integritet och etik måste skyddas, att staten ska skydda svaga och utsatta grupper, att det visas genom förbudet att dessa gruppers liv är värda lika mycket som friska människors, även argumentet om det sluttande planet frambringades. Staten hävdade att om självmord blev en konstitutionell rättighet måste denna tillkomma alla, inte bara beslutskapabla och terminalt sjuka människor.

Domstolen menade att alla statens skäl var relevanta och att ingen viktning av dem var nödvändig utan fann att förbudet var förenligt med det 14: tillägget.

### **6.4.3. Slutsatser USA**

Eftersom kyrkan har ett så starkt inflytande i USA kan det vara svårt att få igenom en legalisering av eutanasi. Delstatssystemet gör det hela mer komplicerat, även om fler delstater skulle legalisera eutanasi kommer det inte vara möjligt att få till stånd någon enhetlig reglering inom en överskådlig framtid eftersom varje delstat har rätt att själva avgöra eutanasi frågan.

Oregon är den delstat som är mest liberal i sin inställning till eutanasi. Där är det tillåtet för en vuxen medborgare att under vissa förutsättningar begära medicin för att själv kunna begå självmord. Den behandlande läkaren är då skyddad mot åtal eller andra disciplinära åtgärder. Det är alltså tillåtet med läkarassisterat självmord.

Det är i de flesta delstater förbjudet att assistera vid självmord, det är inte någonstans tillåtet att praktisera aktiv eutanasi. Den fråga som upptagit mest plats i praxis är frågan om avbrytande av medicinsk behandling. Det har konstaterats att det finns en rätt för patienter att själva begära avbrytande av behandling. Det finns även i vissa delstater rätt för närstående att

besluta om avbrytande av behandling, men i vissa fall krävs då bevis för att detta beslut går i linje med patientens egna vilja.

## 6.5. Australien

### 6.5.1. Eutanasidebatten

De första eutanasiförespråkande förbunden i Australien var the Australian Voluntary Euthanasia Society i New South Wales och Voluntary Euthanasia Society of Victoria vilka bildades 1974. I dagsläget finns liknande sällskap i alla de australiensiska staterna och territorierna.<sup>253</sup> På grund av den legislativa strukturen i Australien har förbunden varit knutna till de olika staterna eller territorierna, något övergripande sällskap har inte funnits.<sup>254</sup> De har dock alla verkat för samma syfte, nämligen att:

promote legislation giving effect to the widely held public opinion that any person suffering, through illness or disability, severe pain or distress for which no remedy is available, should be entitled by law to a painless and dignified death in accordance with that person's expressed direction.<sup>255</sup>

Mot pro-eutanasiförbunden står Australian Medical Association (AMA) vilkas officiella ståndpunkt är att eutanasi inte bör legaliseras.<sup>256</sup>

I Australien har det sedan 60-talet regelbundet företagits undersökningar rörande folkets inställning till frivillig aktiv eutanasi. Dessa undersökningar visar att Australiens befolknings inställning till eutanasi har blivit mer positiv genom åren, 1995 ansåg 78 % av de tillfrågade att eutanasi kunde vara acceptabelt, medan endast 14 % var emot. Detta är en kraftig ökning från 1962 då enbart 47 % var för. Fler personer har också tagit ställning då antalet osäkra har minskat från 14 till 8 %.<sup>257</sup>

1987 gjordes en omfattande undersökning bland läkarna i Victoria. I undersökningen visade det sig att 67 % av de tillfrågade ansåg att det kunde vara rätt av en läkare att med hjälp av

---

<sup>253</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 283

<sup>254</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 284

<sup>255</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 284

<sup>256</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 318 f

<sup>257</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 263

aktivt handlande för att påskynda döden för en patient som bad om det. 34 % var helt emot. I samma undersökning angav 60 % att de ansåg att en lagändring för att tillåta aktiv eutanasi skulle vara önskvärd, medan 37 % ansåg att en lagändring inte borde komma till stånd.<sup>258</sup> Denna undersöknings resultat har bekräftats i ytterligare två undersökningar gjorda i South Australia respektive New South Wales och Australian Capitol Territory.<sup>259</sup>

I South Australia tillsattes en Select Committee on the Law and Practice Relating to Death and Dying vilken avgav sin rapport 1991.<sup>260</sup> Denna kommitté var den första att beröra och utreda eutanasi på ett öppet sätt i Australien. De menade att dokumenterade brott mot den rådande lagstiftningen inte var skäl för en legalisering av eutanasi. Inte heller det starka folkliga stödet utgjorde skäl nog för en förändring av rättsläget. De menade att den smärta som patienterna känner inte ska lindras genom att läkarassisterat självmord godkänns, denna smärta kan och ska avhjälpas på annat sätt.<sup>261</sup>

Australian Labour Party var det första politiska parti vilka offentligt gav stöd för en legalisering av eutanasi när de gjorde frågan till en del i sitt partiprogram.<sup>262</sup> De definierade sitt stöd för frivillig aktiv eutanasi så här

If a patient who has been counselled consistently requests assistance to die and two doctors are of the view that there is little or no prospect of substancial improvement of the patient's condition, then it should not be an offence for a doctor to assist the patient to die.<sup>263</sup>

Det första steget mot en lagstiftning på området togs av en enskild partimedlem i form av Voluntary and Natural Death Bill 1993. Lagförslaget tog upp frågor om frivillig aktiv eutanasi avbrytande/underlåtande av behandling, och livstestamenten. Förslaget gick dock inte igenom eftersom Australian Labour Party drog tillbaka sitt stöd för förslaget.<sup>264</sup>

1995 introducerades ett lagförslag om legalisering av eutanasi i Nord Territoriet, the Rights of the Terminally Ill Act.<sup>265</sup> Marshall Perron, ledaren för Nord Territoriets regering, som skrivit lagförslaget menade att:

---

<sup>258</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 319 f

<sup>259</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 320 f

<sup>260</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 340

<sup>261</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 341

<sup>262</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 342

<sup>263</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 342

<sup>264</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 342 f

<sup>265</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 75



An important thing to remember is that medical technology has allowed us to become so good at keeping people alive that it's reaching a stage where just about everyone will die with someone else making the decision. Why can't the patient make that decision instead?<sup>266</sup>

Lagen trädde i kraft i juli 1996 och användes första gången i september. Patienten led av långt gången cancer och fick hjälp av Dr Phillip Nitschke. Nitschke hade utvecklat ett program som efter en rad frågor som patienten måste svara injicerade en dödlig dos läkemedel.<sup>267</sup>

Redan från början ville många att lagen inte skulle träda i kraft och åtskilliga försök gjordes för att på något sätt göra lagen overksam. Man bad Govenor General att vägra att godkänna lagen, man bad Prime Minister att inlägga sitt veto mot lagen och man försökte att underkänna lagen när tillägg skulle göras, men försöken misslyckades.<sup>268</sup>

Men Rights of the Terminally Ill Act utmanades i en rättslig prövning av en grupp läkare, "rätt till liv"-anhängare och kyrkor. De menade att förfarandet fallit utanför norra territoriets legislativa rätt. Talan avslogs dock av Supreme Court of the Northern Territory i juli 1996.<sup>269</sup>

Lagen blev utsatt för stark kritik även av Kevin Andrews som satt i parlamentet i Victoria och han lade fram ett lagförslag<sup>270</sup> vilket skulle göra eutanasi olagligt. Lagförslaget skulle även ändra jurisdiktionen och dra tillbaka delstaternas rätt att besluta om legalisering av uppsåtligt dödande. Detta skulle leda till att norra territoriet inte längre hade någon rätt att bestämma över en legalisering av eutanasi och därmed skulle the Rights of the Terminally Ill Act upphävas. Lagförslaget gick igenom, men kunde inte retroaktivt straffa de läkare som utfört eutanasi under den tid lagen var i kraft.<sup>271</sup>

Även i South Australia har ett lagförslag om läkarassisterat självmord och eutanasi lagts fram, men det röstades med överväldigande majoritet ner, 30 mot 12.<sup>272</sup>

---

<sup>266</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 76

<sup>267</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 77

<sup>268</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 358

<sup>269</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s v ff

<sup>270</sup> Euthanasia Laws Act 1997 No. 17 of 1997

<sup>271</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 80 f och M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s ix

<sup>272</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 359 f

## 6.5.2. Rättslig normering

### 6.5.2.1. Lagstiftning

Det är i alla de australiensiska staterna straffbart för en läkare att döda sina patienter. Att samtycke förelegat att patienten skulle ha dött snart eller att handlandet utfördes med goda avsikter är inget försvar.<sup>273</sup>

Att begå brott genom underlåtenhet är straffbart enbart i de fall då det är särskilt föreskrivet. Ett sådant undantag utgör relationen mellan läkare och patient, det är således inte tillåtet för en läkare att underlåta att behandla en patient, om detta skulle leda till döden. När en läkare tagit sig an en patient har han en skyldighet att fortsätta behandling så länge det är nödvändigt.<sup>274</sup> Denna skyldighet är dock inte absolut, om behandlingen är utan verkan har läkaren en rätt att avbryta den. Om patienten själv begär att behandling inte ska genomföras är det förbjudet för läkaren att gå emot denna begäran.<sup>275</sup>

I Sydaustralien har rätten att vägra medicinsk behandling utökats genom Natural Death Act of 1983 och the Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act of 1995.

Liknande lagstiftning finns i Australian Capital Territory, the Medical Treatment Bill of 1994.<sup>276</sup>

I alla de australiensiska staterna är det numera straffritt att ta sitt eget liv, det är däremot olagligt att assistera självmord. Denna reglering hindrar medborgarna att ”incite, counsel, aid or abet another to commit suicide or attempt to commit suicide.” eller att ”procure or counsel another to kill himself or aid another in killing himself.”<sup>277</sup>

### 6.5.2.2. Rights of the Terminally Ill Act

Nord Territoriet i Australien hade, som sagts ovan, mellan juli 1996 och mars 1997 en lag som tillät läkarassisterat självmord, the Rights of the Terminally Ill Act.<sup>278</sup> Lagen skulle bekräfta rätten för obotligt sjuka personer att begära hjälp av medicinskt utbildad personal att

---

<sup>273</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 14-22

<sup>274</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 23 f och 26

<sup>275</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 33 ff

<sup>276</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 80

<sup>277</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 56 f

<sup>278</sup> J Scherer och R Simon, Euthanasia and the right to die, s 75

på ett smärtfritt sätt avsluta sitt liv och skydda personalen från åtal. Lagen skulle även skydda patienterna mot överträdelser och missbruk av lagen.<sup>279</sup>

Lagen definierar att hjälp i relation till döden innefattar utskrivning, förberedande och administrerande av läkemedel till patienter.<sup>280</sup> Dödlig sjukdom definieras i lagen som en sjukdom som vid rimlig medicinsk bedömning, i normala fall, utan användande av extraordinära åtgärder, kommer att leda till döden.<sup>281</sup>

För att vara berättigad till dödshjälp skulle patienten uppleva smärta, lidande och/eller oro som ansågs oacceptabel för patienten.<sup>282</sup> För att läkaren skulle få administrera dödshjälpen skulle vissa uppräknade villkor först vara uppfyllda, bland annat skulle patienten ha fyllt 18 år, sjukdomen vara dödlig, medföra ett oacceptabelt lidande som inte gick att avhjälpa på något för patienten acceptabelt sätt. En andra läkare var även tvungen att, efter en undersökning av patienten, bland annat verifiera den förste läkarens bedömning. Den behandlande läkaren var även tvungen att försäkra sig om att patienten var informerad om sjukdomens följder och befintliga behandlingsmetoder, att patienten var vid sina sinnens fulla bruk och att begäran var frivilligt, övertänkt och gjord självmant. Patienten måste efter att ha uttryckt sin vilja att få dödshjälp vänta i minst 7 dagar och sedan underteckna ett intyg om begäran och sedan vänta ytterligare minst 48 h innan begäran fullföljdes.<sup>283</sup> Läkaren var tvungen att vara närvarande vid administrerandet av eutanasin, och till dess döden inträtt.<sup>284</sup>

Både patienten och läkaren hade en självständig rätt att när som helst och av vilka skäl som helst avbryta förfarandet.<sup>285</sup> Eutanasi fick inte administreras om det fanns möjlighet till palliativ vård som kunde lindra patientens smärtor och i övrigt vara till gagn för patienten.

Det var möjligt för någon annan än patienten att, enligt särskilda regler, signera intyget om begäran om patienten själv var fysiskt förhindrad.<sup>286</sup>

---

<sup>279</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995

<sup>280</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 3

<sup>281</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 3

<sup>282</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 4

<sup>283</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 5 och 7

<sup>284</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 7

<sup>285</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 5, 7 och 10

<sup>286</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 9

Läkaren måste noggrant enligt vissa bestämda regler dokumentera allt som har med dödshjälpen att göra.<sup>287</sup> Efter patientens död måste läkaren skicka en kopia av dödsattestet och de delar av journalen som har med dödshjälpen att göra till en åklagare<sup>288</sup>

Om läkaren följde dessa regler så kunde det inte räknas som något brott enligt del VI i den australiensiska strafflagen, hjälp som gavs enligt lagen var istället att se som medicinsk behandling.<sup>289</sup> En person som varit i god tro om att handlandet varit i överensstämmelse med lagen och som inte handlat vårdslöst får inte bli åtalad eller utsatt för någon disciplinär åtgärd.<sup>290</sup>

### 6.5.2.3. Praxis

Ingen rättslig prövning har skett av läkare som praktiserat eutanasi, detta trots att bevis lagts fram för att eutanasi existerar, t ex har 7 läkare i Victoria offentligt erkänt att de praktiserat eutanasi. Detta kan ses som ett tyst godkännande av handlandet, och på grund av diskrepansen mellan lagens lydelse och dess tillämpning kan ingen enhetlig praxis sägas existera.<sup>291</sup>

#### 6.5.2.3.1. *R v Hood*

Fallet berörde en privatperson, Hood, som hjälpte en vän, Colley, vid hans självmord. Colley var 31 år och HIV positiv. Han arbetade i en juvelerbutik men på kvällarna agerade han drag-queen, han hade nämligen ett stort behov av att alltid stå i centrum.

Colley var homosexuell och han och Hood hade haft ett förhållande en tid innan Hood insåg att han inte var homosexuell. Colley tog skilsmässan hårt men de fortsatte att vara vänner. Kort efter deras uppbrott förlorade Colley både sitt arbete och sitt uppdrag som drag-queen, vilket gjorde att han gick in i en depression.

Under sin depression talade Colley om för sin släkt och sina vänner att han led av en psykisk sjukdom. Eftersom han gärna överdramatiserade, och till och med ljög, var det dock inte möjligt att veta sanningshalten i detta påstående. Han påstod även att han led en icke

---

<sup>287</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 12 och 13

<sup>288</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 14

<sup>289</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 16

<sup>290</sup> the Rights of the Terminally Ill Act 1995, p 20 (1) och (2)

<sup>291</sup> M Otlowski, Voluntary euthanasia and the common law, s 147 och 150

behandlingsbar hjärntumör vilken skulle göra honom till en ”grönsak” inom kort. Undersökningar visade dock att ingen hjärntumör fanns.

Trots detta bestämde Colley i april 2001 att han med hänsyn till tumör och HIV ville dö. Colley ordnade en fest/vaka där familj och vänner var inbjudna, mellan 40 och 70 personer. Han informerade enskilt alla om sina planer att ta sitt liv för att slippa komma i ett vegetativt tillstånd. Han överlämnade alla en bild på sig själv med en dikt där han bad dem att inte vara ledsna och minnas honom med glädje.

Flera av gästerna försökte, liksom Hood, att tala honom ur idén, även om flertalet enbart trodde att detta var ett utslag av hans begär att vara i centrum. Men han höll hela tiden fast vid sin vilja att ta livet av sig.

Hood och en av Colleys vänner införskaffade en mängd Panadeine tabletter. Sedan bad de familj och vänner som samlats i Colleys hus att bege sig därifrån. Colley tog tabletterna medan Hood var närvarande. Tabletterna verkade inte som planerat och Hood försökte blockera Colleys lufttillförsel eftersom han lovat Colley att hjälpa till om något skulle gå snett. Hood avbröt dock försöket redan efter 30 sekunder, och handlandet hade ingen inverkan på Colleys död vilket bekräftades av obducenten. Hood har alltså inte aktivt bidragit till Colleys död. Det var Hood själv som larmade polisen.

Rätten påpekade att det inte är straffbart att ta sitt eget liv, men att det dock är straffbart för någon utomstående att medverka vid ett sådant försök. Rätten förklarade att detta förbud finns föra att betona det mänskliga livets värde såsom en fundamental samhällelig princip. Det påpekades även att denna reglering är till för att skydda svaga och utsatta personer som väljer självmord som en utväg på grund av irrationellt tänkande vid en depression.

Det är stor skillnad mellan den moraliska skulden hos de personer som assisterar vid självmord. Spännvidden går från personer som övertalar någon att ta sitt liv för att arv eller liknande ska falla ut till personer som hjälper en dödssjuk, älskad släkting att avsluta sitt lidande. Domstolen menade att Hoods aggerande liknade den sistnämnda mer än det förstnämnda. Rätten konstaterade dock att Hood och övriga borde ha varit mer aktiva i sina övertalningsförsök, och att de borde ha föreslagit Colley professionell hjälp. Rätten menade

även att Hood hade en chans att ringa medicinsk personal när Colley blivit medvetslös, och på så sätt ställa situationen till rätta.<sup>292</sup>

Hood dömdes till 18 månaders fängelse, villkorlig dom.

### **6.5.3. Slutsats Australien**

Det är i Australien inte tillåtet med vare sig aktiv eutanasi eller assisterat självmord. Oregon hade i nio månader en lag som tillät läkare att assistera sina patienter vid självmord. Lagen var kontroversiell och stoppades genom att delstaternas befogenheter att lagstifta på eutanasiområdet drogs in.

Förbudet för läkare att assistera vid självmord eller rent av praktisera aktiv eutanasi är dock inte i praktiken sanktionerat. En grupp läkare försökte provocera fram åtal för praktiserande av eutanasi, utan att lyckas. Det hade dessutom presenterats bevis för att det förekommer utan åtgärder från myndigheternas sida. Förbudet kan därför inte sägas vara så hårt.

---

<sup>292</sup> Domstolen uttalade om Hood att: "It was put by your counsel that your assistance to Daryl Colley was both courageous and an act of love. Accepting that description of what you did it was, nonetheless, misplaced courage and misguided love."

## 7. Komparation

### 7.1. Allmänt

En komparation omfattar flera olika delar. Först och främst en jämförelse av olika rättsystem, för att utröna deras likheter och olikheter, men även en bearbetning av dessa fastställda skillnader och likheter genom t ex förklaringar.<sup>293</sup>

En komparation kan ha flera användningsområden.<sup>294</sup> Den kan främja allmänbildningen och ge ökad förståelse för den egna och andra rättsordningar. Den kan även vara en del i utvecklingen juridiken och alltså bidra med argument i en de lege ferenda diskussion. Komparation är även en viktig del inom harmoniseringsarbeten.

En av den komparativa rättens intressantaste och viktigaste uppgifter är att försöka förklara likheterna och skillnaderna mellan rättssystemen.<sup>295</sup> Man kan säga att själva essensen i en komparation är jämförelsen mellan de olika länderna. Det finns olika sorters jämförelser, i denna uppsats görs en multilateral jämförelse, alltså en jämförelse mellan flera länder. Det rör sig om en materiell jämförelse då den jämför olika rättsregler till skillnad från en formell jämförelse som enbart jämför olika rättsordningars formella drag. Jämförelsen rör enbart vissa specifika rättsregler, nämligen de besläktade med eutanasi, vilket gör den till en mikrojämförelse.<sup>296</sup>

Rättsordningarnas närhet till varandra brukar forma utgångspunkten för komparationen. I rättsordningar som är närbesläktade är det naturligt att koncentrera sig på olikheterna, medan det är likheterna som intresserar vid jämförelse av obesläktade rättsystem. Naturligtvis måste antaganden (förväntningar) om rättsordningarnas likhet eller olikhet också förklaras, eftersom dessa som sagt ligger till grund för hur komparationen utförs. Oftast kan man dock utgå ifrån att denna utgångspunkt är så självklar att den inte tarvar någon omfattande motivering.<sup>297</sup>

---

<sup>293</sup> M. Bogdan, Komparativ rättskunskap, s 18 f

<sup>294</sup> M. Bogdan, Komparativ rättskunskap, s 28-42

<sup>295</sup> M. Bogdan, Komparativ rättskunskap, s 71

<sup>296</sup> M. Bogdan, Komparativ rättskunskap, s 61

<sup>297</sup> M. Bogdan, Komparativ rättskunskap, s 72

Faktorer som påverkar rättsystemet, och som därför är av stor vikt vid försök att förklara likheter och olikheter är naturligtvis det ekonomiska och det politiska systemet. Andra styrmekanismer än det juridiska kan förklara skillnader i den lagliga utformningen av en fråga. Men även faktorer som landets religion, historia och geografi spelar en stor roll. Befolkningens sammansättning och blandning spelar stor roll för vilka frågor som får stor betydelse även inom juridiken. Vidare finns det självklart en mängd tillfälliga eller okända faktorer som kan förklara olikheter, till exempel en persons extrema inflytande, en händelse som triggrar ett latent lagstiftningsbehov i ett land men inte i övriga o s v.<sup>298</sup>

## 7.2. Aktiv eutanasi

Nederländerna är det enda land som tillåter aktiv eutanasi i form av att en *läkare* under vissa bestämda former har rätt att utdela läkemedel i en sådan dos att patienten avlider. För andra personer än läkare är det förbjudet att utföra eutanasi. Det föreskrivs att patienten måste begära eutanasi, men i praxis har eutanasi utan sådan begäran inte lett till annat än symboliska straff. En uppseende väckande utveckling är dock att även psykisk smärta kan berättiga en patient till eutanasi.

Ingen av de övriga länderna tillåter aktiv eutanasi. Detta dödande särskiljs inte från annat dödande, och det finns inget lagstadgat stöd för att mildra straffet på grund av gärningsmannens bevekelsegrunder.

Storbritannien överväger ett lagförslag som i vissa fall skulle tillåta eutanasi. Det är dock inte sannolikt att det, eller ett liknande förslag, går igenom inom den närmsta framtiden.

I de flesta länder har dock utvecklats en praxis vilken ger personer som dödat på begäran med goda avsikter strafflindring. Vissa länder har dock gått längre än andra. I Sverige har till exempel i praxis dömts till fängelse i 1 år för dråp och till och med icke frihetsberövande påföljd, där lägsta stadgade straff är 6 års fängelse<sup>299</sup>. I USA har dömts till 10-25 år för mord trots att eutanasi utförts på patientens uttryckliga begäran. I Australien har läkare gått ut och offentligt bekänt att de praktiserat eutanasi, detta har dock inte beivrats, och det kan därför sägas att det råder en stark diskrepans mellan lagens lydelse och den verkliga tillämpningen.

---

<sup>298</sup> M. Bogdan, Komparativ rättskunskap, s 73-80

<sup>299</sup> BrB 3 kap 2 §



Det är i denna fråga en stor skillnad mellan länderna. I alla berörda länder har i och för sig en debatt om att legalisera eutanasi förts, men inte något annat land har ens varit i närheten av att legalisera aktiv eutanasi. Många länder anser att det är att gå alltför långt att låta läkare aktivt döda sina patienter och jag kan inte finna någon annan förklaring till att just Nederländerna valt att ta detta stora steg än att det funnits ett stort folkligt stöd. Vad jag kan se är det inte troligt att något annat av de undersökta länderna inom en överskådlig framtid kommer att legalisera aktiv eutanasi.

### 7.3. Passiv eutanasi

Passiv eutanasi tillåts i den bemärkelsen att inget av de undersökta länderna föreskriver en plikt att rädda en människa i nöd. Undantag görs dock i samtliga länder för vissa kategorier av människor, där det finns en plikt att agera för att rädda en människas liv. En sådan kategori är behandlande läkare i förhållande till patient.

#### 7.3.1. Underlåtande och avbrytande av behandling

Enligt alla de studerade ländernas rättsliga reglering har en patient rätt att ta beslut kring sin behandling. Det finns således, i alla dessa länder, en rätt att vägra medicinsk behandling för patienter. Denna rätt kan utövas enklast om patienten är beslutskapabel, dessa frågor ska dock undersökas närmare nedan, 7.2.2.

Patientens rätt att avsäga sig behandling kan strida mot läkarens plikt att behandla och rädda liv. Denna avvägning mellan läkarens plikt att rädda liv och att ta hänsyn till patientens vilka har därför kommit upp i alla de undersökta länderna.

I Sverige ska en läkare alltid följa patientens vilja. Denna plikt är absolut och måste således följas oavsett om detta skulle leda till att patientens liv förkortas. När patienten inte kan eller vill begära ett avslutande av behandlingen får en läkare avbryta densamma endast om den inte har någon medicinsk effekt. I vilket fall är det inte tillåtet för läkare att på något vis aktivt förkorta en patients liv.

I Sverige görs det skillnad på omvårdnad och behandling. Behandling är sådant som stödjer vitala funktioner medan omvårdnad i första hand är till för patientens bekvämlighet.

Att ge full smärtlindring kan inte i Sverige och ses som någon form av dödande, även om det leder till att patientens liv förkortas.

Samma syn återfinns i Storbritannien med undantaget att i vissa landsdelar har ett krav på att avbrytande av artificiell vätske- och näringstillförsel måste föregås av domstolsprövning. I en sådan prövning läggs vikten vid vad som gagnar patienten, om ingen uttrycklig vilja framförs.

Eftersom Nederländerna har en mer liberal syn på eutanasi frågan är de inte lika stränga med synen på vården i livets slutskede. De gör dock en liknande åtskillnad på omvårdnad och behandling, där omvårdnaden aldrig får upphöra.

Även i USA och Australien är synen densamma. Dessa bestämmelser har även blivit klart uttryckta i flera olika så kallade "Death with dignity"-lagar i olika delstater i båda länderna.

### **7.3.2. Livstestamenten**

När patienten inte är vid medvetande kan inget samtycke inhämtas, frågan är då om det på något annat sätt går att utöva patientens självbestämmanderätt.

I Sverige har det varit på förslag med bland annat bindande livstestamenten, men dessa har aldrig gått igenom. Det regelsystem med ställföreträdare som finns är inte tillämpligt på frågor inom hälso- och sjukvården. Livstestamenten och andra av patienten uttryckta viljeformuleringar är inte bindande utan har en rådgivande verkan för sjukvårdspersonalen. Detsamma gäller närstående, som inte har någon legal rätt att bestämma i patientens ställe, men vars åsikter kan hjälpa personalen i deras beslutsfattande. Hänsyn måste då tas till den tid som förflutit mellan patientens viljeyttringen och tiden för beslutet, då en patient kan ångra sig när ett nytt läge uppstår. Samma syn återfinns i Storbritannien.

I Nederländerna gäller frågan om livstestamenten även vid aktiv eutanasi. Det ges en rätt för myndiga patienter att genom en förtida skriftlig önskan uppfylla kravet om begäran av eutanasi. Detta torde även gälla i fråga om avbrytande av livsuppehållande behandling.

I USA har Supreme Court uttalat att det inte är fel av en delstat att lägga beslutanderätten på närstående i de fall patienten själv är beslutsinkompetent. Det är inte heller fel att i sådana fall uppställa ett visst beviskrav för dessa närstående om patientens vilja.

### **7.3.3. Slutsats**

Passiv eutanasi i den bemärkelsen att vanliga människor låter någon annan dö utan att ingripa är sannolikt inte så vanlig utan inblandning av sjukvården. Det har dock inte i något av de undersökta länderna lagts någon plikt att handla på vanliga människor, för att undvika dödsfall. Detta är inte förvånande eftersom det är väldigt svårt att konstruera underlåtenhetsbrott för så vida personkretsar. En sådan lag skulle därför inte fungera i praktiken. I stället har en plikt att handla inskränkts till en viss personkrets. Läkare återfinns som en sådan definierad personkrets i alla de undersökta länderna.

Det som skiljer länderna åt är hur långt denna plikt att handla sträcker sig. En sak kan konstateras, och det är att denna plikt inte i något land får gå emot patientens uttryckliga önskan om behandlingens utformning. I övrigt är skillnaderna relativt små, men ändå väsentliga. I Sverige har en läkare rätt att på eget initiativ avbryta eller underlåta en behandling som inte skulle ha någon medicinsk effekt. I USA och Australien har denna rätt ansetts vara så svag i sig själv att man varit tvungen att lagstifta särskilt om rätt till en naturlig död. I Storbritannien måste en läkare söka stöd hos domstol innan han kan avbryta till exempel artificiell näringstillförsel. Dessa extra säkerhetsåtgärder gör att frågan om människors liv och död ofta blir föremål för domstolsförhandling. Ett sådant rättsligt förfarande innebär en risk att man får fastställda allmänna normer för när en människas liv inte längre är värt att levas. En sådan utveckling slipper vi i Sverige när läkaren i vart enskilt fall har att ta ställning till behandlingens effektivitet för patienten.

Även lösningen på problemet med beslutinkompetenta patienter har lösts på olika sätt i de olika länderna i denna jämförelse. Tre modeller kan ses, där en eller flera kan användas var för sig eller kombinerat. En modell är att läkaren har beslutsrätten när patienten inte kan förmedla sig. Läkaren ensam har ansvaret för att behandlingen utformas till patientens bästa, även om beslutsunderlag och råd kan inhämtas från till exempel anhöriga. En andra modell är att patientens självbestämmande utsträcks genom livstestamenten eller liknande till att gälla

även vid en situation där beslut inte kan tas. En tredje modell är att låta närstående till patienten överta eller inträda i patientens självbestämmande.

Sverige går på den första linjen helt och hållet. Storbritannien går, med viss modifikation på den andra linjen. USA och Nederländerna går på den tredje linjen kombinerad med den andra.

## 7.4. Assisterat självmord

### 7.4.1. Assistans av lekmän

Det är straffritt i Sverige att ta sitt eget liv, och även att assistera någon annan vid självmord, så länge som handlandet inte är så självständigt att det är att anse som gärningsmannaskap.

I många länder har det länge varit förbjudet att ta även sitt eget liv, även om det inte är det längre. Det är då ganska naturligt att de inget av länderna i komparationen, utom Sverige, tillåter medborgarna att hjälpa till vid en annan persons självmord. Det anses vara ett brott mot människolivets helgd.

### 7.4.2. Läkarassisterat självmord

Delstaten Oregon USA har legaliserat läkarassisterat självmord, liksom Nederländerna. Även i Australien fanns en tid en sådan lagstiftning.

Läkare har då rätt att assistera sin patient vid självmord. Läkaren får skriva ut medicin och ge patienten råd och stöd inför ett självmord. Men, med undantag för Nederländerna, får läkaren inte aktivt medverka i självmordet. Gränsen till aktiv eutanasi får aldrig överträdas.

Ett kriterium för att kunna hjälpa patienten är att denne är obotligt sjuk, med svårt lidande. Detta för att inte vem som helst ska kunna ta sitt liv med läkares hjälp, ett värnande om människolivet finnas kvar.

I Nederländerna och Oregon är det ju tillåtet med läkarassisterat självmord, detta medför dock inte att det är tillåtet för enskilda personer att assistera vid självmord. Det måste då dras en gräns om en läkare assisterar vid ett självmord utanför läkar-patientrelationen. I Nederländerna tillåts inte att en läkare assisterar vid självmord utanför sin läkarroll. Det kan

inte antas att detta tillåts i Oregon heller. Under den tid Nord Territoriet i Australien tillät läkarassisterat självmord fanns ett liknande förbud.

### **7.4.3. Slutsats**

Det är rätt förvånande att Sverige går så emot övriga länders inställning till assisterat självmord. Sverige verkar anse att det inte är så farligt om en vanlig människa hjälper till vid ett icke straffbart handlande, medan läkare ska värna liv och därför inte får assistera vid självmord. I övriga undersökta länder verkar inställningen istället vara att om en lekman hjälper till vid ett självmord är det att i viss mån likställa med ett aktivt dödande. Läkare däremot är de som är bäst utrustade att hjälpa en dödssökande människa, och att det därför är läkare, om någon alls, som bör assistera vid självmord.

## Bilagor

### The Rights of the Terminally Ill Act 1995, Praktiska formulär

#### SCHEDULE

##### Section 7

#### REQUEST FOR ASSISTANCE TO END MY LIFE IN A HUMANE AND DIGNIFIED MANNER

I, ..... have been advised by my medical practitioner that I am suffering from ..... an illness which will ultimately result in my death and this has been confirmed by a second medical practitioner.

I have been fully informed of the nature of my illness and its likely course and the medical treatment, including palliative care, counselling and psychiatric support and extraordinary measures that may keep me alive, that is available to me and I am satisfied that there is no medical treatment reasonably available that is acceptable to me in my circumstances.

I request my medical practitioner to assist me to terminate my life in a humane and dignified manner.

I understand that I have the right to rescind this request at any time.

Signed:

Dated:

#### DECLARATION OF WITNESSES

I declare that -

- (a) the person signing this request is personally known to me;
- (b) he/she is a patient under my care;
- (c) he /she signed the request in my presence and in the presence of the second witness to this request;
- (d) I am satisfied that he/she is of sound mind and that his/her decision to end his/her life has been made freely, voluntarily and after due consideration.

Signed: Patient's Medical Practitioner

I declare that -

- (a) the person signing this request is known to me;
- (b) I have discussed his/her case with him/her and his/her medical practitioner;
- (c) he/she signed the request in my presence and in the presence of his/her medical practitioner;
- (d) I am satisfied that he/she is of sound mind and that his/her decision to end his/her life has been made freely, voluntarily and after due consideration;
- (e) I am satisfied that the conditions of section 7 of the Act have been or will be complied with.

Signed: Second Medical Practitioner

[Where under section 7(4) an interpreter is required to be present]

#### DECLARATION OF INTERPRETER

I declare that -

- (a) the person signing this request or on whose behalf it is signed is known to me;
- (b) I am an interpreter qualified to interpret in the first language of the patient as required by section 7(4);
- (c) I have interpreted for the patient in connection with the completion and signing of this certificate;
- (d) in my opinion, the patient understands the meaning and nature of this certificate.

Signed: Qualified Interpreter.

The Oregon Death With Dignity Act

**127.897 §6.01.** Form of the request. A request for a medication as authorized by ORS 127.800 to 127.897 shall be in substantially the following form:

REQUEST FOR MEDICATION  
TO END MY LIFE IN A HUMANE  
AND DIGNIFIED MANNER

I, \_\_\_\_\_, am an adult of sound mind.  
I am suffering from \_\_\_\_\_, which my attending physician has determined is a terminal disease and which has been medically confirmed by a consulting physician. I have been fully informed of my diagnosis, prognosis, the nature of medication to be prescribed and potential associated risks, the expected result, and the feasible alternatives, including comfort care, hospice care and pain control.  
I request that my attending physician prescribe medication that will end my life in a humane and dignified manner.

INITIAL ONE:

\_\_\_\_\_ I have informed my family of my decision and taken their opinions into consideration.

\_\_\_\_\_ I have decided not to inform my family of my decision.

\_\_\_\_\_ I have no family to inform of my decision.

I understand that I have the right to rescind this request at any time.  
I understand the full import of this request and I expect to die when I take the medication to be prescribed. I further understand that although most deaths occur within three hours, my death may take longer and my physician has counseled me about this possibility.  
I make this request voluntarily and without reservation, and I accept full moral responsibility for my actions.

Signed: \_\_\_\_\_

Dated: \_\_\_\_\_

## **Den Hippokratiska Eden**

Jag svär vid Apollon, läkaren, vid Aesklepios, Hygiea och Panakeia samt alla gudar och gudinnor, tagande dem till vittnen, att jag efter bästa förmåga och förstånd skall hålla denna min ed och denna min förpliktelse.

Den som lärt mig denna konst skall jag akta lika högt som mina föräldrar, jag skall dela med honom vad jag äger och hjälpa honom i nödens stund. Hans söner skall jag betrakta som mina bröder, och om de önskar lära denna konst, skall jag undervisa dem däri utan lön eller villkor.

Föreskrifter, föreläsningar och allt vad undervisning i övrigt kräver skall jag ge mina och mina lärares söner samt de lärljungar, som avgivit skriftlig och edlig förbindelse enligt läkares sed, men inte någon annan.

Efter förmåga och omdöme skall jag följa den behandling jag anser gagnarikast för mina patienter och det som kan skada eller irritera dem skall jag undvika. Jag skall icke ge någon gift, även om jag blir ombedd, ej heller ordinera något sådant; ej heller skall jag ge någon kvinna fosterfördrivande medel.

I renhet och fromhet skall jag leva mitt liv och utöva min konst. Stensnitt skall jag icke befatta mig med utan överlåta denna praktik åt dem som sysslar därmed.

I de hus där jag går in skall jag vara till gagn för de lidande och avhålla mig från varje medveten fördärvlig orättrådighet, särskilt från konsumgänge med kvinnor och män, såväl fria som slavar.

Vad jag under min yrkesutövning än hör och ser bland människor av den beskaffenhet att det måhända icke bör spridas, skall jag förtiga och betrakta som osagt.

Om jag nu håller denna min ed och ej brister däri, så må det förunnas mig att glädja mig åt livet och min konst, aktad av alla människor i alla tider. Men om jag bryter och blir menedare, då må motsatsen bli min lott.



## Källförteckning

### **Konventioner**

Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna

Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No.164)

### **Lagar**

*Sverige*

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Regeringsform (1974:152)

Brottsbalk (1962:700)

Föräldrabalk (1949:381)

*Storbritannien*

The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill

*Nederländerna*

Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act

The Burial and Cremation Act

*USA*

The Oregon Death With Dignity Act

*Australien*

The Rights of the Terminally Ill Act 1995

### **Förordningar**

Förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen

### **Offentligt tryck**

*Sverige*

Prop. 1996/97:60          Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

SOU 2000:6                delbetänkandet Döden angår oss alla värdig vård vid livets slut.

SOU 2001:6                Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut

SOU 2004:112             Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna

Skr. 2004/05:166 Vård i livets slutskede

Allmänna råd från Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede  
Socialstyrelsen1992:2

*Storbritannien*

House of Lords Assisted Dying for the Terminally Ill Committee

*Allmänt*

Council Of Europe Committee Of Ministers, Recommendation Rec(2003)24 of the  
Committee of Ministers to member states on the organisation of  
palliative care

Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being With  
Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on  
Human Rights and Biomedicine, European Treaty Series - No. 164

**Praxis**

*Sverige*  
NJA 1979 s. 802  
RH 1989:19  
RH 1996:69  
HSAN 184/83:7  
HSAN 23/87:2  
HSAN 377/02:A1  
HSAN 3191/04:A1

*Storbritannien*

In re T  
Airedale N.H.S. Trust -v- Bland

*Nederländerna*

Alkmaarfallet

*USA*

In the matter of Karen Quinlan  
Cruzan by Cruzan v. Director, Missouri Department of Health  
Dennis C. Vacco, Attorney General of New York, et al., Petitioners V. Timothy E. Quill et al.  
Washington v. Glucksberg  
People of the State of Michigan vs. Jack Kevorkian

## Australien

No. 04-623, Alberto R. Gonzales, Attorney General, et al., v. Oregon, et al.  
R v Hood

## Rapporter

Rapport 3 år 2000 - Att påskynda livets slut *Historik, forskning och aktuell svensk och internationell debatt om eutanasi*, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, Stockholms läns landsting, Susanne Ringskog och Danuta Wasserman, Stockholm 2000

Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act, Department of Human Services, Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2005, Portland, Oregon

## Litteratur

- Brittish medical Association      Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment *guidance for decision making*, BMJ Books 1999
- Clarence Blomquist      Livet döden och läkaren *Om medicinsk dödshjälp*, Zindermans/Zinderella 1964
- Mikael Bogdan      Komparativ rättskunskap, Norstedts juridik 1993
- Hans Danelius      Mänskliga rättigheter i europeisk praxis. *En kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*. 2 upplagan, Norstedts Juridik 2002
- De handikappades riksförbund      Argumentsamling *Nej till dödshjälp – Ja till livshjälp*, DHR 2001
- Valerie DeMarinis      Tvärkulturell vård i livets slutskede *Att möta äldre personer med invandrarbakgrund*, Studentlitteratur 1998
- Ian Dowbiggin      A Merciful End *The Eutanasia Movement in Modern America*, Oxford University press 2003
- Rune Forsbeck(ReD)      En god död *Om dödshjälp och vård i livets slutskede*, Libris 2000
- Henk ten Have och Jos Welie      Death and medical power *an ethical analysis of dutch euthanasia practice*, Open Universety Press 2005
- Berit Hedeby      Ja till dödshjälp, Zindermans 1978
- Nils Jareborg      Straffrättens ansvarslära, Iustus Förlag 1994

- John Keown                    Euthanasia, Ethics and Public Policy *An Argument Against Legalisation*, Cambridge university press 2002
- Magnus Landgren m fl      Dödshjälp eller livshjälp? *om människosyn, ansvar och integritet i*  
(Red)                              *livets slutskede*, Trots Allt-böcker, Kristna Läkare och Medicinare i Sverige och SESG-Media 1998
- Margaret Otlowski        Voluntary euthanasia and the common law, Oxford university press 1997
- Robert Pool                 Negotiating a Good Death *Euthanasia in the Netherlands*, The Haworth Press 2000
- Jennifer Scherer            Euthanasia and the right to die *A comparative view*, Rowman &  
Rita Simon                   Littlefield Publishers Inc. 1999
- Torbjörn Tännsjö         Du skall understundom dräpa!, PRISMA 2001
- Melvin Urofsky och        The Right To Die - A two-volume anthology of sholarly articles,  
Philip Urofsky (Red.)      *Volume 1 Definitions and moral perspectives - Death, euthanasia, suicide and living wills*, Garland Publishing 1996

#### **Internet**

American Medical Association, <http://www.ama-assn.org/>