

Särtryck ur

# Vänbok till Mikael Mellqvist

En lag om ett självalt slut på livet

GÖRAN LAMBERTZ

Jure Förlag 2020



# En lag om ett självvalt slut på livet

GÖRAN LAMBERTZ

## 1. Inledning om ämnet

En svårt cancersjuk kvinna i 80-årsåldern hade närmast olidliga smärtor och endast kort tid kvar att leva. Hon bad sin läkare vid flera tillfällen att få medicin som kunde hjälpa henne att dö. Livet hade inget värde längre, förklarade hon, det var enbart en plåga och kändes ovärdigt. Läkaren svarade att allt skulle göras för att lindra smärtorna den sista tiden, men att lagen inte tillät läkemedel som skulle förkorta hennes liv. Hon levde några veckor ytterligare. Smärtan lindrades något, men hon led svårt de sista dagarna. Hon var ledsen och grät, på grund av smärtorna och för att tillvaron kändes ovärdig. Hon sa att hon så innerligt gärna hade velat bestämma själv över livets slut.

I Sverige är det förbjudet för läkare att hjälpa patienter att dö. Det är tillåtet att förkorta livet genom att avstå från behandling, och även att tillföra smärtlindrande medel som i praktiken medför viss förkortning. Men ingen medicin e.d. får ges i syfte att förkorta livet, och det gäller även om det är patienten själv som tar medicinen vid en tidpunkt som han eller hon bestämmer. Det kan visserligen sägas att vad det egentligen handlar om inte är att förkorta livet utan att förkorta själva döende-processen. Men det hjälper inte så som lagen och läkaretiken ser ut i dag.

Det förekommer mycket liten politisk aktivitet kring frågan om s.k. dödshjälp i Sverige. Undersökningar visar visserligen att en stor del av svenskarna är positiva till att den som är svårt sjuk och vill få hjälp att avsluta sitt liv kan få sådan hjälp.<sup>1</sup> Men det har visat sig omöjligt att väcka politisk opinion ens för en utredning om saken. Bland aktivt kristna är motståndet starkt, liksom bland många läkare.

Att jag nu tar upp ämnet i Vänboken till Mikael Mellqvist beror på tre saker. Den första är att jag ansluter mig till alla dem som känner starkt att det är orätt att inte människan själv får bestämma när livet ska ta slut. Det borde inte vara lagstiftaren som bestämmer. Den andra är att motståndet mot det självvalda livsslutet tycks styras av flera missuppfattningar. Jag ska återkomma till dem. Och den tredje är att det med tanke på det stöd som finns för en reform vore rimligt att åtminstone ta reda på hur starkt detta stöd är; om en klar majoritet vill ha en reform borde man tillsätta en utredning så att det finns underlag för ett beslut i demokratisk ordning.<sup>2</sup>

1 En opinionsundersökning från Ipsos Mori i 15 länder år 2015 visade att det i alla länder utom två fanns en majoritet för dödshjälp till terminalt sjuka, se vidare "Dödshjälp, en kunskapssammanställning", Smer 2017:2 s. 82.

2 Jag fick inspiration till att skriva om detta ämne just nu, i Vänboken till Mikael Mellqvist, av den omständigheten att han och jag båda håller föredrag i Visby våren 2020 för föreningen Humanisterna Gotland och att jag där ska tala just om ett självvalt slut på livet.

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) publicerade år 2017 en kunskapsammansättning om dödshjälp (Smer 2017:2).<sup>3</sup> Jag har hämtat vissa delar av informationen i denna uppsats från den sammantällningen, och jag tackar för hjälpen. Smer tar inte ställning till frågan om rätten till dödshjälp bör utvidgas.

I det följande ska jag först gå igenom vad som gäller rent juridiskt i fråga om rätten att själv välja när livet ska sluta (avsnitt 2). Sedan berör jag terminologin, alltså frågan om hur orden dödshjälp, assisterat döende, eutanasi m.m. används (avsnitt 3). Därefter redovisar jag vad som gäller i vissa länder där den enskilde har en betydligt starkare rätt än i Sverige att bestämma över sin död, och jag går igenom den s.k. Oregonmodellen särskilt (avsnitt 4 och 5). Den svenska debatten redovisas i korthet, liksom de argument som brukar anföras för den ena resp. den andra linjen (avsnitt 6 och 7). Härfter anger jag min egen uppfattning om vad som borde gälla och hur en rätt till självvalt livsslut borde avgränsas, och jag lämnar ett förenklat lagförslag (avsnitt 8 och 9). I avsnitt 10 sammanfattar jag det viktigaste i uppsatsen.

## 2. Hjälpa mig att dö – vad är tillåtet?

Den som berövar någon annan livet ska dömas för mord. Om brottet med hänsyn till omständigheterna är att anse som mindre grovt, ska det i stället dömas för dråp. Att den som berövas livet samtycker till det, eller rentav önskar det intensivt, hjälper inte. Man anses inte kunna samtycka till ett så allvarligt brott som mord eller dråp.<sup>4</sup>

Men vad innebär det att "beröva någon annan livet"? Att se på någon som dör utan att försöka hjälpa är uppenbarligen inte att "beröva" den personen livet. Och detsamma är fallet om man tillhandahåller något som gör att personen själv kan ta sitt liv. "Medhjälp till självmord" är över huvud taget inte straffbart. Det kan vara fel i andra hänseenden, men brottsligt är det inte. Att "beröva" förutsätter en aktiv handling med direkt inverkan. När det gäller dödshjälpssituationen kan det vara t.ex. att ge en patient en injektion som leder till döden eller att se till att patienten sväljer en dödande tablett. Vi återkommer till frågan om den som lägger en dödande tablett i någons mun, som denne sedan frivilligt sväljer, "berövar" denne livet.

För personer som arbetar inom vården är gränsen för det tillåtna snävare. En läkare eller sjuksköterska får inte assistera vid ett självmord genom att t.ex. ge en patient ett dödande medel som patienten kan inta vid en tidpunkt och i ett sammanhang som han eller hon själv bestämmer. Men sjukvårdspersonalen får däremot under vissa förutsättningar avbryta en livsuppehållande behandling, t.ex. stänga av en respirator. Det är även tillåtet att ge patienten smärtstillande och sövande medel även om det förkortar livet något.

3 Motsvarande rapporter kom 1992 och 2008. Smer har vid två tillfällen föreslagit regeringen att låta utreda frågan om en legalisering av dödshjälp. Men båda gångerna har förslagen avvisats.

4 En noggrann genomgång av juridiken kring dödshjälp gjorde Madeleine Leijonhufvud (då Löfmarck) i artikeln "Rätt att dö, plikt att hålla vid liv", SvJT 1979 s. 720. Genomgången är i allt väsentligt fortfarande aktuell. Där framgår bl.a. att frågorna var föremål för en omfattande diskussion på 1970-talet.

Högsta domstolen har avgjort ett enda mål som handlat om dödshjälp (NJA 1979 s. 802, Hedebymålet). Där hade en kvinna, Berit Hedeby, gett en av sjukdomen MS svårt handikappad man ett antal tabletter som han svalde med hjälp av sockerdricka. Hon gav honom också en snabbverkande injektion med insulin i armvecket. Mannen hade inte känt Berit Hedeby men vänt sig till henne eftersom hon var starkt engagerad i dödshjälpsfrågor och ordförande i föreningen Rätten till vår död. Han hade bett henne om hjälp att få dö, och domstolarna ifrågasatte inte att det hela skedde på hans önskan. Högsta domstolen konstaterade att mannen dött antingen av tabletterna eller av insulinet, eller av båda i förening. Han hade visserligen själv svält tabletterna men var förlamad och kunde inte själv föra vare sig tabletter eller vätska till munnen. Till injektionen hade han inte alls medverkat, och hela förloppet borde enligt domstolen ses i ett sammanhang. Genom att svälja tabletterna hade mannen visserligen medverkat aktivt till sin död. Men Högsta domstolen skrev:

[...] gärningsförloppet – i vars senare del [han] ej alls deltagit – präglas emellertid av ett sådant mått av självständigt handlande från den tilltalades sida att hennes medverkan är att bedöma som gärningsmannaskap.

Hon var alltså att bedöma som gärningsperson, inte bara medhjälpare. Och hon hade följaktligen ”berövat” mannen livet. Hans samtycke befriade henne inte från ansvar. Berit Hedeby dömdes till ett års fängelse för dråp. Att straffet låg långt under straffminimum för detta brott (sex års fängelse) berodde på de förmildrande omständigheterna.<sup>5</sup>

I ett senare fall (RH 1996:69) frikände Svea hovrätt en kvinna som åtalats för dråp på sin svårt sjuka dotter. Dottern led av Huntingtons sjukdom, en ärftlig form av hjärnförtvining. Sjukdomen är mycket plågsam för såväl patienten som anhöriga, och mot slutet är rörelseförmågan hos den drabbade starkt nedsatt. Dottern hade under ungefär tre års tid bett mamman att hjälpa henne dö, och vid ett tillfälle hade hon själv försökt ta sitt liv. I augusti 1995 gav mamman sin dotter ett stort antal tabletter (Stesolid, Doloxene och Doleron) som dottern svalde med hjälp av vatten. Efter några timmar avled dottern genom förgiftning av tabletterna. Både tingsrätten och hovrätten ogillade åtalet. Hovrätten skrev:

Enligt hovrättens mening innebär M.Ö:s handlande inte annat än att hon möjliggjort för K.Ö. att vidta de åtgärder som ledde till hennes död. Så uppfattad och bedömd är M.Ö:s gärning så osjälvständig i förhållande till K.Ö:s eget handlande att hon inte kan anses ha berövat dottern livet. M.Ö:s gärning är därför att bedöma som medhjälp till självmord. Det är inte en med straff belagd handling. Också hovrätten ogillar därför åtalet.

Den väsentliga skillnaden mellan Hedebymålet och detta fall var alltså att Berit Hedeby hade självständigt vidtagit den avgörande åtgärden i en del av förloppet, medan M.Ö. hade handlat osjälvständigt i förhållande till dotterns eget handlande. Berit Hedeby fälldes för att hon hade agerat självständigt i relation till mannens död. Mamman i 1996 års fall friades för att hennes handlande var osjälvständigt i

5 Rättsfallet har kommenterats på ett intressant sätt av Gillis Erenius i artikeln ”Några reflektioner med anledning av högsta domstolens dom i dödshjälpsmålet”, SvJT 1980 s. 142.

relation till dotterns död. Hon hade bara möjliggjort för dottern att vidta de avgörande åtgärderna.

En lätt förenklad regel utifrån dessa båda rättsfall skulle kunna formuleras så här:

*Det är brottsligt att vidta åtgärder som medför att personen dör även utan att själv göra något för att det ska ske. Annars är det inte brottsligt.*

I inledningen av avsnittet förutskickades att vi skulle återkomma till frågan om den som lägger en dödande tablett i någons mun, som denne sedan frivilligt sväljer, begår ett brott. Utifrån vad som nyss sagts bör man kunna utgå från att så *inte* är fallet. Man kan behöva göra en reservation för att fallen kan te sig olika, men i varje fall i princip är det då inte fråga om något "berövande" av livet. Att svälja frivilligt är alltså normalt en tillräckligt aktiv handling av den döende för att den som ger hjälpen inte ska drabbas av straffansvar.

Med hänsyn till de starkt förmildrande omständigheterna vid de flesta straffbara fall av dödshjälp kunde man tänka sig att den som ger hjälpen går fri från ansvar genom åtalsunderlåtelse enligt RB 20 kap. 7 § andra stycket eller fri från påföljd genom påföljdseftergift enligt BrB 33 kap. 4 §. Rättspraxis får emellertid anses ge ett tydligt besked genom NJA 1979 s. 802: det är inte aktuellt med vare sig det ena eller det andra.<sup>6</sup>

Om personen själv måste vidta åtgärder för att dö har man alltså hållit sig inom ramen för det som är tillåtet. Det gäller för människor i allmänhet, medan det som sagt ställs högre krav på sjukvårdspersonal. Läkare och annan sådan personal kan visserligen inte dömas för dråp i fler fall än andra, men de kan drabbas av påföljd för att de agerar i strid med de krav som deras yrken ställer. De lyder under patientsäkerhetslagen (2010:659) och ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. De ska också ge patienten sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Inget fall där en läkare har gett dödshjälp har prövats rättsligt, men det antas allmänt att den läkare som skriver ut en medicin till en patient i syfte att denne ska kunna inta den för att ta sitt liv bryter mot läkaretiken på ett så allvarligt sätt att det kan medföra förlust av läkarlegitimationen. Det är möjligt att även åtal för tjänstefel kan komma i fråga.<sup>7</sup>

Enligt etiska riktlinjer som Svenska Läkaresällskapet har tagit fram får en läkare avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling om en patient vill det. Patienten måste vara beslutskapabel, välinformerad och införstådd med olika behandlingsalternativ. Läkaren ska samtidigt alltid erbjuda adekvat palliativ behandling inklusive tillfällig eller kontinuerlig sedering (ett tillstånd av lugn, dåsighet eller sömn), om outhärdliga symptom inte kan lindras på något annat sätt. I praktiken får patienten då sova tills döden inträffar.

Fängelsestraffkommittén föreslog i ett betänkande (SOU 1988:7) att uppsåtligt dödande i mycket exceptionella fall inte skulle leda till någon straffpåföljd. Det

6 I hovrättsfallet RH 1989:19 dömdes en man till villkorlig dom efter att ha strypt sin svårt sjuka hustru på hennes uttryckliga begäran. Hovrätten uttalade att handlingen skedde av kärlek till hustrun och att hon sannolikt aldrig mer skulle ha vaknat upp från sin medvetlöshet. Det var därför inte nödvändigt att döma till fängelse.

7 "Dödshjälp, en kunskapssammanställning", Smer 2017:2 s. 14.

handlade om situationer där det finns ett samtycke från en sjuk eller skadad person med ytterst små möjligheter att ta sitt eget liv. Förslaget blev, som framgått, inte förverkligat. Och det kritiserades av bl.a. Smer och Sveriges biskopar.

### 3. Ordens makt

En särskild fråga är vilken terminologi som bör användas när man talar om hjälp åt en annan människa att dö. I den nämnda Smer-rapporten sägs att Smer tidigare försökt införa termen "självvalt livsslut" för att undvika det laddade "död", men att den nya termen inte fick något gehör. Smer använder därför den övergripande termen dödshjälp och skriver så här om terminologin (s. 12 f.):

Dödshjälp definieras i denna rapport som en insats *som ges efter ett uttryckligt önskemål från patienten där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död.*

Dödshjälp som sker genom att någon annan än patienten utför den avgörande handling som leder till patientens död kallas i rapporten för eutanasi. Dödshjälp där patienten själv utför den avgörande handlingen kallas för assisterat döende.

Med den givna definitionen utgör beslut om att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling inte dödshjälp, oavsett om det sker efter önskemål från patienten eller på grundval av en medicinsk bedömning. I dessa fall handlar det om att avstå från insatser, inte att ge insatser. Fall där insatser ges i syfte att förkorta livet utan att det finns ett uttryckligt önskemål från patienten utgör inte heller dödshjälp enligt definitionen. Att ge palliativ sedering eller symptomlindring som i någon mån kan förkorta livet är andra åtgärder som enligt definitionen inte utgör dödshjälp.

Smer anser att termerna passiv dödshjälp och aktiv dödshjälp inte bör användas i debatten om dödshjälp eftersom deras definitioner är oklara.

Det råder knappast något tvivel om att ordet "dödshjälp" har en fränstötande effekt och att detta i någon mån kan påverka människors syn på frågan om vad som bör gälla. Talar man i stället om ett självvalt slut på livet e.d., kommer självbestämmandet i fokus och tankarna leds i något andra banor. Det avgörande för vilken terminologi som används bör visserligen inte vara hur orden uppfattas och vad detta leder till; man bör inte skönmåla ett agerande för att på så sätt få en positiv effekt. Men samtidigt finns det skäl att undvika termer som redan genom sitt innehåll kan bli bestämmande för synen på en sakfråga. Det avgörande bör i princip vara att terminologin är *rättvisande, neutral och enkel att använda.*

Från den utgångspunkten finns det knappast skäl att frånga den terminologi som Smer använder och som får anses rätt väl inarbetad. Den stämmer också med den terminologi på engelska som är etablerad i USA. Dock finns det anledning att vid sidan av begreppet dödshjälp tala om "ett självvalt slut på livet" när det är själva *företeelsen* i vid mening som avhandlas snarare än de åtgärder som vidtas.

Det finns också anledning att använda olika termer för olika fall av assisterat döende. För situationer där sjukvården är behjälplig bör man använda en särskild term, lämpligen "medicinskt assisterat" döende. Och för de speciella situationer där en läkare hjälper patienten just när denne vidtar den avgörande handlingen kan man tala om "läkarassisterat" döende.

Jag använder alltså fortsättningsvis denna terminologi:

*Dödshjälp*: En insats som ges efter ett uttryckligt önskemål från patienten där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död.

*Ett självalt slut på livet*: Den företeelse som innebär att en patients liv avslutas av patienten själv eller av någon annan efter patientens uttryckliga önskemål.

*Eutanasi*: Dödshjälp som sker genom att någon annan än patienten utför den handling som är avgörande för att patienten ska dö.<sup>8</sup>

*Assisterat döende*: Dödshjälp där patienten själv utför den avgörande handlingen.

*Medicinskt assisterat döende*: Dödshjälp där sjukvården är behjälplig men patienten själv utför den avgörande handlingen.

*Läkarassisterat döende*: Dödshjälp där patienten själv utför den avgörande handlingen och i det akuta skeendet får hjälp av en läkare.

Med detta kan vi konstatera att en patient i Sverige kan få hjälp med ett självalt slut på livet genom assisterat döende som inte är medicinskt assisterat (inkl. läkarassisterat). De senare formerna strider mot den medicinska etiken i landet. Eutanasi är brottsligt som dråp.

## 4. Vad gäller i andra länder?

I andra länder tillåts dödshjälp av olika slag. I Europa är det tillåtet i Beneluxländerna (Belgien, Nederländerna och Luxemburg), och dessutom i Schweiz och på ett mycket begränsat sätt i Tyskland (se dock not 18). I USA är det tillåtet i nio delstater och i huvudstaden Washington DC. Det är dessutom tillåtet i Kanada, Colombia och en av Australiens delstater.

De olika regleringarna skiljer sig åt en del. I USA är det tillåtet att ge patienten dödande läkemedel för eget intag efter eget beslut. Det fordras att patienten är terminalt sjuk (har högst sex månader kvar att leva) och dessutom kapabel att ta ett eget beslut om att dö.<sup>9</sup> Däremot ställs det inte något krav på att patienten ska ha en viss grad av smärta e.d. Vi ska återkomma något till gränserna för det tillåtna i nästa avsnitt.

I Benelux-länderna är det annorlunda. Det avgörande för att dödshjälp ska tillåtas är där att patienten lider outhärdligt och att det inte finns något annat sätt att lindra lidandet, som kan vara fysiskt eller psykiskt. Däremot fordras inte att det är endast kort tid kvar av livet. I Belgien, Nederländerna och Luxemburg tillåts både eutanasi och medicinskt assisterat (inkl. läkarassisterat) döende. I Beneluxländerna kan man också uttrycka sin önskan om dödshjälp genom förhandsdirektiv. Det innebär att personer som har förlorat sin beslutskompetens i vissa fall kan få dödshjälp.

I Schweiz är endast assisterat döende (inkl. läkarassisterat) tillåtet, dvs. inte eutanasi. Det ställs inte något krav på viss längsta tid kvar att leva eller outhärdlig smärta.

---

8 Ordet eutanasi kommer från de grekiska orden eu, som betyder god eller skön, och thanatos, som betyder död.

9 Patienten måste, som det uttrycks, "ha förmåga att fatta och kommunicera beslut om sin vård".



Patienter kan få hjälp att dö på särskilda kliniker, och det är vanligt att människor kommer från andra länder för att få denna hjälp.<sup>10</sup>

Kanada och Colombia tillåter både eutanasi och medicinskt assisterat dödande men ställer krav på att patienten är i livets slutskede. I Tyskland tillåts medicinskt assisterat dödande i ”extrema undantagsfall”. Även en delstat i Australien tillåter medicinskt assisterat dödande.

Jag känner inte till några fler länder där eutanasi eller medicinskt assisterat dödande tillåts. Praxis från Europadomstolen får anses innebära att en stat inte bryter mot Europakonventionen om mänskliga rättigheter för att den inte möjliggör assisterat dödande.<sup>11</sup>

## 5. Särskilt om Oregonmodellen

I nio delstater i USA (Oregon, Washington, Kalifornien, Vermont, Colorado, Montana, New Jersey, Hawaii och Maine) samt huvudstaden Washington DC tillåts alltså läkare att ge vissa patienter läkemedel som de själva kan ta för att dö. Det fordras att patienten har mindre än sex månader kvar att leva och själv ber om denna form av dödshjälp. Vidare krävs att det ges minst 15 dagars väntetid från den första begäran till dess att läkemedlet skrivs ut. Modellen har funnits i USA sedan 1997, då den infördes i Oregon som första stat genom den s.k. Death with Dignity Act.

Jag besökte Oregon år 2019 och talade då med en företrädare för den organisation, ”Compassion and choices – care and choice at the end of life” (C&C), som har verkat för modellen ända från början och som nu fungerar som lobby-, implementerings- och stödorganisation över hela USA. Den är finansierad genom donationer och det pågår ett intensivt lobbyarbete för modellen på många håll i USA. Man har begränsat ambitionerna till fall av medicinskt assisterat inkl. läkarassisterat dödande (assisted dying). Det beror på att man har varit angelägen att bevara förtroendet för modellen, men också på att man har trott på en ordning där ingen annan än patienten själv får vidta den avgörande handlingen. Bedömningen är att detta förhållningssätt har haft positiv effekt så till vida att alltfler stater har tagit till sig modellen. Av betydelse har då också varit en omsorgsfull lobbyverksamhet byggd på berättelser om enskilda berörande fall.

Praktiskt innebär modellen att patienten ber om hjälp att få dö och därefter utreds med avseende på återstående livslängd och beslutsförmåga. Om förutsättningarna för dödshjälp är uppfyllda, överlämnar en läkare en dödande medicin i lämplig dos, varefter patienten väljer om och när han eller hon vill använda den. Detta intag sker normalt i patientens hem, men ibland på sjukhus.

År 2018 var det i enbart Oregon 249 personer som fick dödande medicin utskrivna av läkare. Det var 168 personer som dog det året efter att ha intagit sådan medi-

10 Se angående Schweiz Smers kunskapsmanställning 2017:2 s. 56 f.

11 Se domarna i målen *Pretty v. the United Kingdom* [2002], *Haas v. Switzerland* [2011], *Koch v. Germany* [2012] och *Gross v. Switzerland* [2013] samt kommentarer av Walter Guldbbrandzén i ”EKMR art 8 – en rätt att dö?”, Examensarbete i rättsfilosofi – mänskliga rättigheter, Uppsala universitet, HT 2016, kap. 5.

cin, inkl. 11 personer som hade fått medicinen något tidigare år. De flesta patienterna var över 65 år (79,2 % 2018), och de flesta hade cancer (62,5 %).<sup>12</sup>

Erfarenheten är att patienten ofta dör utan att använda medicinen, liksom att döden ofta inträffar efter en mycket kortare tid än sex månader. Det har också hänt att prognosen visat sig felaktig på så sätt att den återstående livslängden underskattats, men med hänsyn till att patienten oftast använder medicinen inom relativt kort tid blir denna sak i praktiken oftast inte utredd. Enligt min sagesman sätts det dock sällan några frågetecken i USA kring just denna del av modellen.

En mycket viktig faktor, som alltså anses ha bidragit i hög grad till modellens framgång, är att patienten måste självadministrera proceduren. Det behövs alltid någon aktiv handling från patientens sida, som att dricka från ett sugrör eller ta tabletter frivilligt. Den som inte ens kan dricka från ett sugrör kommer inte att kunna få den hjälp som modellen annars erbjuder. Det räcker t.ex. inte att en person nickar på frågan om han eller hon vill ha den tablett som avslutar livet, nickande är inte en tillräcklig "affirmative action". Den som då ändå hjälper personen att dö genom att ge medicinen begår ett brott. Men inget sådant fall har åtalats i USA under de senaste 20 åren, trots att man enligt min sagesman kan vara ganska säker på att det har förekommit. Antagandet hos C&C är att åklagare inte ser anledning att agera i tydliga fall av dödshjälp av medkänsla.

I de flesta av de stater där en lag enligt Oregonmodellen har införts har det skett efter en folkomröstning som kommit till genom medborgarinitiativ. Politikerna har sällan varit initiativtagare, och det har aldrig varit läkare eller jurister. C&C står ofta emot katolska kyrkan i den opinionsbildningsprocess som föregår de politiska besluten. Processen är ofta mycket långvarig och kostsam för C&C. I Kalifornien tog det t.ex. 25 år innan lagen var på plats. Katolska kyrkan spenderar ändå betydligt mer pengar än C&C gör.

Erfarenheten i USA är att berättelser om enskilda fall oftast är mycket viktigare som argument för en rätt till medicinskt assisterat döende än siffror och goda argument.

Patienter som ber om medicinskt assisterat döende använder enligt C&C aldrig argumentet att de vill underlätta för familjen eller slippa den höga sjukvårdskostnaden. I stället säger de nästan alltid att de inte står ut med smärtan eller, ännu oftare, att de vill kunna bestämma själva när tiden är rätt.

Varje gång någon talar för att vidga lagen så att även eutanasi ska tillåtas argumenterar C&C emot. Detta bedömer man, som sagt, ha varit en viktig framgångsfaktor. Människor ska veta att det inte blir fråga om att gå längre än till medicinskt assisterat döende.

De flesta kyrkor är emot lagarna om assisterat döende, och särskilt aktiv är katolska kyrkan. Men exempelvis Episkopalkyrkan i USA är numera förespråkare. Bland handikapporganisationerna är det enligt C&C ungefär fifty/fifty i USA.

Enligt lagen måste patienten remitteras till en psykolog eller psykiater för att man ska kunna exkludera sådana patienter som vill dö på grund av t.ex. en depres-

12 Oregon Death with Dignity Act, 2018 Data Summary, s. 3.

sion som faktiskt kan behandlas. Några patienter försvinner genom denna regel och kan alltså inte få hjälp att dö.

## 6. Debatten i Sverige

I Sverige har debatten om dödshjälp på senare år varit mycket begränsad på politisk nivå. Inget av de politiska partierna förespråkar en utvidgad rätt till dödshjälp. Men Miljöpartiet vill låta utreda saken, och detsamma vill numera en grupp om ca 20 riksdagsledamöter. Fyra riksdagsledamöter i Liberalerna motionerade i oktober 2019 om en utredning (motion 2019/20:2094).

Den riksdagspolitiker i landet som klarast har drivit frågan om dödshjälp är Barbro Westerholm (L). Bland partierna är KD mest uttalat emot en utvidgad rätt till dödshjälp. Detta är också Svenska kyrkans hållning.

Det har inte gjorts någon statistisk eller vetenskaplig undersökning på senare år om allmänhetens syn på dödshjälp. Men studier som har gjorts talar för att människor är övervägande positivt inställda.<sup>13</sup> De flesta läkare synes vara emot, och det är också Läkarförbundets uttalade uppfattning.<sup>14</sup>

Vad man normalt har i åtanke när dödshjälp debatteras är en rätt till eutanasi, dvs. att någon annan än patienten utför den handling som är avgörande för att patienten ska dö. Det hörs däremot sällan någon debatt om den modell som tillämpas i USA, dvs. att patienten får sjukvårdens hjälp att dö men själv måste vidta den avgörande handlingen.

## 7. Argumenten

I debatten framförs en rad argument. Här nämns dessa i korthet, varefter jag gör en kort samlad bedömning av dem i det följande avsnittet.<sup>15</sup>

### Argument för dödshjälp

1. *Människor bör själva få bestämma när de ska dö.* Rätten att bestämma över våra liv bör inkludera en rätt att avgöra när vi vill avsluta det. Det här är ett värdeargument som självfallet möter invändningar från dem som inte delar värderingen.

13 Se bl.a. två undersökningar 2009 och 2010 om förtroendet för sjukvården vid läkarassisterat dödande resp. attityder hos läkare och allmänhet: 1. Anna Lindblad m.fl., "Would physician-assisted suicide jeopardize trust in the medical services? An empirical study of attitudes among the general public in Sweden", *Scandinavian Journal of Public Health*, 2009, 37:260-264. 2. Anna Lindblad m.fl., "Continuous deep sedation, physician-assisted suicide and euthanasia in Huntington's disorder: A study of attitudes among physicians and the general public in Sweden", *International Journal of Palliative Nursing*, 2010, 16:527-533.

14 En undersökning år 2010 visade att allmänheten i fyra europeiska länder (Sverige, Nederländerna, Schweiz och Italien) var mer positiv till dödshjälp än läkare och att skillnaden mellan de undersökta länderna var störst i Sverige. Se Emma Ravheden, "Eutanasi och assisterat självmord – en komparativ studie", Examensarbete i straffrätt, Lunds universitet, HT 2010, s. 44 (med hänvisning till en större internationell studie). – Se även studie nr 2 i föregående not.

15 Argumenten är nästan helt hämtade från Smers ovannämnda kunskapsammansättning. Detsamma gäller det som sägs om vissa av argumentens bärkraft.

2. *Det finns situationer där palliativ vård inte räcker mot t.ex. smärta och ångest.* Forskning visar att patienten kan uppleva svår smärta även med den bästa palliativa vården.<sup>16</sup> Det är veterligen mer osäkert hur det är med smärta, andnöd, ångest, illamående osv.

3. *Rätt till dödshjälp kan motverka låg livskvalitet och värdighetsförlust.* Forskningsstudier från USA visar att låg livskvalitet, förlust av förmågor och oberoende samt förlorad kontroll över kroppsliga funktioner är viktiga motiv för patienter att efterfråga dödshjälp. Dessa motiv väger ofta tyngre än smärta och andra symptom av sjukdomen.

4. *Rätt till dödshjälp kan ge patienter trygghet i livets slutskede.* Många av de patienter som efterfrågar dödshjälp i USA gör det för att de ser stora problem framför sig under den sista tiden. Det talar för att trygghetsaspekten är viktig. För detta talar också att så många som en tredjedel av dem som får läkemedel för att kunna ta sitt liv inte använder dem.

5. *Dödshjälp kan göra att färre personer med svår sjukdom begår självmord.* Det finns dock inte något klart stöd i undersökningar för en sådan effekt.

6. *Det finns ett starkt stöd i landet för en utvidgad rätt till dödshjälp.* Det är osäkert hur starkt stödet faktiskt är, men undersökningar synes visa att en ganska stor majoritet är för.

## Argument mot dödshjälp

1. *Där det finns god tillgång på palliativ vård finns inget behov av dödshjälp.* Forskning visar, som tidigare sagts, att patienter kan uppleva svår smärta även med den bästa palliativa vården. Uppgifter från USA pekar vidare på att det för många patienter är annat än smärta, ångest m.m. som gör att de efterfrågar dödshjälp. Det är exempelvis en önskan om värdighet, kontrollen över döendet och ett bevarat oberoende.

2. *Frågan om dödshjälp drivs av friska personer, medan sjuka inte efterfrågar det.* Undersökningar talar emot detta argument. Det står klart att sjuka personer efterfrågar dödshjälp i de länder där detta är tillåtet.

3. *Den palliativa vården kommer att försummas om dödshjälp blir tillåtet.* Uppgifter från USA och Beneluxländerna talar snarare emot att utvecklingen av den palliativa vården stannar av om dödshjälp legaliseras.

4. *Dödshjälp leder till att förtroendet för vården minskar.* Detta påstående motsägs i hög grad av en den svenska studie som har hänvisats till i not 13 nr 1.

5. *De medicinska bedömningarna är osäkra.* Uppgifter från USA ger stöd för att bedömningarna av återstående livslängd är i viss mån osäkra och att de i enstaka fall avviker ganska kraftigt från det verkliga utfallet.

6. *Patienter som väljer dödshjälp gör det på grund av depression.* Forskning visar att detta stämmer beträffande en del patienter men också att en stor del av de patienter som efterfrågar dödshjälp inte är deprimerade. Flera studier visar att sambandet är starkare mellan efterfrågan på dödshjälp och en känsla av hopplöshet.

---

16 Åsa Klint m.fl., "Dying With Unrelieved Pain – Prescription of Opioids Is Not Enough", Journal of Pain and Symptom Management, Article in Press 2019.

7. *Det är svårt att säkerställa att patienten är beslutskompetent.* I USA får patienter som på grund av depression eller annan orsak har nedsatt beslutskompetens inte beviljas dödshjälp. Det finns dock inte några uppgifter som belyser hur pass väl man lyckas säkerställa att detta krav tillgodoses.

8. *Det är svårt att säkerställa att en begäran om dödshjälp är frivillig och bestående.* Det finns inte någon forskning som säkert visar i vad mån man förmår säkerställa detta.

9. *Det finns en risk att patienter begär dödshjälp för att inte vara en börda.* Det finns visst forskningsstöd för att ett sådant motiv förekommer.

10. *Människosynen i samhället kan förändras om dödshjälp tillåts.* Det finns inte några uppgifter som ger stöd för detta, men inte heller som motsäger det.

11. *Om dödshjälp legaliseras kommer praxis att utvidgas till alltfler patientgrupper.* Det finns inga uppgifter som visar att legalisering av dödshjälp har lett till en ökad förekomst av dödshjälp utanför lagens ramar. Och inte i något av de länder där dödshjälp tillåts har regelverket ändrats i utvidgande riktning.

12. *Dödshjälp innebär särskilda risker för sårbara grupper.* Sårbara grupper med avseende på kön, ålder, ras, utbildning eller ekonomi är enligt tillgänglig forskning inte överrepresenterade bland de personer som önskar dödshjälp. Huruvida patienter med funktionsnedsättning eller kronisk sjukdom är över- eller underrepresenterade är obekant.

13. *Dödshjälp kan misslyckas.* Uppgifter från Oregon och Washington pekar på att komplikationer är ovanliga i samband med assisterat döende. Kräkning eller problem att svälja förekommer i ungefär vart tjugonde fall. I ett fall av 250 vaknade patienten upp igen.

14. *Dödshjälp är en börda för personalen.* Studier från USA och Nederländerna ger stöd för antagandet att det för många läkare innebär en stor känslomässig påfrestning och en tyngande känsla av ansvar att assistera vid döendet resp. ge eutanasi. Enligt uppgifter från USA är det vanligt att de sjukvårdsgrupper som har att tala med patienter om assisterat döende upplever dessa samtal som obekväma.

15. *Livet är okränkbart och därför är det alltid fel att avsluta ett människoliv.* Detta är ett värdeargument som förespråkarna för en utvidgad rätt till dödshjälp inte instämmer i.

## 8. Hur bör det vara?

### Bör en utvidgad rätt till dödshjälp införas i Sverige?

Hur förhåller det sig med de argument för och emot en utvidgad rätt till dödshjälp som nämns i det föregående avsnittet? Vilken uppsättning argument väger samman taget tyngst?

Frågan är nästan omöjlig att besvara. Hur man värderar argumenten beror nog i hög grad på vilken inställning man har, särskilt till de värdebaserade argumenten.

För egen del fäster jag klart störst vikt vid argumentet att människor bör få bestämma själva när de ska dö och att de bör få hjälp med detta om de behöver det.

Att livet i sitt slutskede blir i olika hänseenden bättre för den som har tillgång till dödshjälp är också ett mycket viktigt argument.

Bland argumenten mot dödshjälp anser jag nr 8 och 9 väga klart tyngst. Om det är svårt att veta om en begäran om dödshjälp är frivillig och bestående, då är det ett viktigt skäl emot en reform. Detsamma gäller risken för att patienter vill dö för att inte vara en börda. Det är viktigt att det verkligen är patientens egen vilja att få dö, och att denna vilja är bestående.

De argument mot dödshjälp som nämnts i punkterna 1, 2, 3, 4, 10, 13 och 15 måste betraktas som missuppfattningar e.d. De kan inte anses ha något egentligt värde.

*Sammantaget* väger särskilt självbestämmandeargumentet enligt min mening så tungt att kvarvarande motargument klart överskuggas. En person som kvinnan i inledningen borde enligt min mening få hjälp att dö när det står klart att det verkligen är hennes önskan. Men en reglering bör innehålla bestämmelser som så långt det är möjligt säkerställer att det verkligen är patientens vilja att dö, och att denna vilja är bestående.

## Vilken modell bör väljas?

Nästa fråga är då vilken modell för dödshjälp som bör väljas. För den s.k. Oregonmodellen – alltså en rätt till medicinskt assisterat inkl. läkarassisterat döende – talar framför allt att den är mindre ingripande och säkert lättare för skeptikerna att acceptera. Det som talar för detta är att det alltid är patienten som vidtar den åtgärd som är avgörande för att livet ska ta slut. Därmed väger argumenten mot en utvidgad dödshjälp lättare.

För den ordning som finns i Benelux-länderna talar å andra sidan att Oregonmodellen kan fungera mindre väl vid outhärdliga symptom. Detta beror främst på att patienten i Oregonmodellen måste vara beslutskompetent vid det tillfälle då dödshjälpen ges och således inte alltför påverkad av kraftig medicinsk behandling. Men det beror också på det krav som gäller enligt Oregonmodellen på minst 15 dagars väntetid från den första begäran till dess att läkemedlen skrivs ut.

Enligt min mening talar det mesta för att Sverige väljer Oregonmodellen med möjlighet att senare gå över till Benelux-modellen eller Schweiz-modellen om det visar sig att de nämnda nackdelarna med medicinskt assisterat döende är för stora. Denna möjlighet att ändra lagen bör inte ses som ett argument emot att över huvud taget genomföra Oregonmodellen. En ny modell kommer ju inte att införas utan ordentliga överväganden i demokratisk ordning.

## 9. Ett förslag till lagreglering

En sådan ordning som jag förespråkar kan införas genom en särskild lag om självvalt slut på livet. Den kan förenklat se ut ungefär så här:<sup>17</sup>

---

17 Texten är till stora delar hämtad från Death with Dignity Act i Oregon.

1 § Denna lag gäller för svårt sjuka patienter som enligt en rimlig medicinsk bedömning har mindre än sex månader kvar att leva.

2 § Om patienten önskar det, och det saknas anledning att räkna med att han eller hon ändrar sig, får läkare överlämna sådan medicin som patienten kan inta för att ta sitt liv. Läkaren ska bedöma på sitt läkaransvar vilket preparat som är lämpligt och vilken mängd av medicinen som ska ges.

3 § Innan läkaren beslutar överlämna medicin enligt 2 § ska patienten informeras om den medicinska diagnosen, prognosen, de medicinska riskerna med att ta medicinen och den sannolika effekten samt tillgängliga alternativ, såsom palliativ vård, hospicevård och smärtlindring. Läkaren ska även informera patienten om dennes rätt att när som helst ta tillbaka sin begäran.

4 § Bedömningen enligt 1 § ska göras av minst två läkare som är oberoende av varandra. Det gäller också bedömningen att patienten är beslutskompetent och agerar frivilligt. Om någon av läkarna bedömer att patienten kan lida av en psykisk störning som påverkar hans eller hennes omdöme, ska en psykiater eller psykolog avge ett yttrande i frågan om patientens omdöme är nedsatt på grund av psykologisk eller psykiatrisk störning eller depression. Är så fallet får medicin inte ges enligt 2 §.

5 § Läkaren ska ge patienten sådana anvisningar för intaget av medicinen som är nödvändiga för att patienten inte ska lida mer än nödvändigt. Läkaren ska vidare rekommendera att patienten informerar sina närstående om sitt beslut, samt informera om lämpligheten i att en annan person närvarar när läkemedlen intas.

Flera av de använda uttrycken behöver preciseras i lagen eller dess förarbeten. I lagen behövs sannolikt också ytterligare föreskrifter för att säkra att patientens beslut är slutgiltigt och välövervägt. De olika krav som bör ställas, och gränsdragningar som aktualiseras, behöver övervägas i en utredning.

## 10. Avslutning

I dag är all form av dödshjälp där någon annan än patienten vidtar den avgörande åtgärden brottslig i Sverige som dråp. Straffet är normalt ett års fängelse. Dödshjälp är tillåten om patienten själv vidtar den avgörande åtgärden. Men det är i strid med läkaretiken att ge patienten medicin med det syftet att patienten ska kunna ta den för att avsluta sitt liv. Om en läkare gör på det sättet antas det leda till att han eller hon förlorar sin läkarlicens. Det sagda gäller oavsett hur allvarligt sjuk patienten är, hur lång tid patienten har kvar att leva och vilka smärtor han eller hon har.

Enligt min mening strider det mot principen om självbestämmande att inte tillåta eutanasi. Att hänvisa till att "livet är heligt" o.d. är otidsenligt och nästan skymfande mot den som inget hellre vill än att dö. Det kan visserligen sägas att livet är i någon mening "heligt", men det bör inte hindra den som vill dö att göra det. Vi har kommit bort från att hävda att självmord är "en synd", och då bör det inte heller anses fel att be någon annan om hjälp när man inte själv kan ta sitt liv.

Men det finns vägande skäl emot en ordning där den anhörige eller läkaren får vidta den avgörande åtgärden för att patienten ska dö. Ett viktigt skäl är att den som ska ge hjälpen ställs inför en svår och pressande situation som för många kan te sig

mycket påfrestande. Ett annat skäl är att det för många framstår som helt oacceptabelt att en så radikal ordning skulle tillåtas. Det bör därför fordras att patienten själv vidtar den avgörande åtgärden för att ta sitt liv.

Men om man kräver att den avslutande åtgärden ska vidtas av patienten, bör det å andra sidan vara tillåtet att hjälpa denne så att döendet kan bli så smärtfritt som möjligt. Läkare bör ha rätt att under vissa omständigheter ordinera medicin som ger en sådan hjälp.

Vad jag förespråkar är alltså den s.k. Oregonmodellen. Och liksom i USA bör det krävas att patienten har endast kort tid kvar att leva, men däremot inte att smärtorna är outhärdliga e.d. Det är svårt att mäta smärta, om inte annat så för att den psykiska smärtan kan vara mycket svår utan att detta kan konstateras på något säkert sätt.

Det är enligt min mening ett svek av den svenske lagstiftaren att inte åtminstone låta utreda ett system med dödshjälp. Mycket talar för att det finns en viss politisk beröringskräck kring ämnet på grund av dess natur. Det antas nog knappast finnas några politiska vinster att göra på att öppna för en reform.

Men frågan är mycket viktig för många. Och en ordning där dödshjälp tillåts om det finns goda säkerhetsgarantier har sannolikt starkt stöd bland svenskarna. Då bör politikerna visa det mod som fordras.<sup>18</sup>

---

18 Efter att artikeln färdigställts har Tysklands Högsta författningsdomstol den 26 februari 2020 slagit fast att en lag som förbjuder dödshjälp strider mot landets konstitution. Den lagen tar enligt domstolen ifrån obotligt sjuka patienter den rätt att själva kunna besluta att dö som föreskrivs i den tyska konstitutionen. Denna rätt inbegriper med domstolens tolkning inte bara friheten att ta sitt liv utan också rätten att söka hjälp för att göra det.