



Foto: Filip Wahlberg

## Så funkar juridiken

Förra sommaren samlade RTVD många namnkunniga jurister till ett panelsamtal om dödshjälpens rättsliga ställning i Sverige, bland annat en före detta ordförande i Högsta domstolen och en expert på Europarätt. I detta nummer har vi samlat deras anföranden till en koncis genomgång av möjligheter och hinder på vägen mot en ny lagstiftning.

*Sida 8*

## Det senaste från omvärlden

Våra omvärldsbevakare har återigen spanat och avlägger en ny rapport om läget för dödshjälp i andra länder.

*Sida 3*

## Seminarium om palliativ vård

Årets RTVD-seminarium i Almedalen handlade om palliativ vård och hur man sätter patienten i centrum.

*Sida 4*

## Kan vi prata om annat än elpriser nu?

Den nyss avslutade valrörelsen kändes ovanligt torftig. Det var kanske för mycket att hoppas på att just dödshjälp skulle segla upp på agendan men nog hade vi kunnat prata mer om värden, och många andra frågor som kom att överskuggas av elförsörjning och gängvåld. Men, som vår nye ordförande **Hans Forsslund** skriver på sista sidan: det är upp till oss väljare vad som ska hamna på den politiska agendan, och inte bara när det är val.

**Ulf Kristerssons** sida har ju varit tydlig med att den sätter sakpolitik framför ideologi, och att utreda rätten till en värdig död är sakpolitik som alldeles för länge har fått stå tillbaka för ideologiska läsningar. Upp till bevis!

Under valåret har vi trots allt gjort vårt bästa för att synas så mycket som möjligt. Vi har varit representerade såväl i Almedalen som i dess motsvarigheter Järvaveckan i Stockholm och Frihamnsdagarna i Göteborg. I Almedalen höll vi i ett välbesökt seminarium (se sida 4) och vid de övriga tillfällena hade vi medhjälpare som gick runt och pratade med folk och delade ut vårt nya flygblad. Dessutom gjorde vår busigaste styrelseledamot en liten kupp på PRO:s kongress och lade i smyg ut flygblad på alla stolar!

Vi fortsätter att synas så mycket vi kan där människor som är intresserade av vår sak samlas, härnäst planerar vi exempelvis att stå vid Seniorsmässan i Älvsjö den 4-6 oktober.

Om du själv vill hjälpa till med sådana insatser eller vill tipsa om ett arrangemang där vi kan informera och få gehör, hör av dig till [info@rtvd.nu](mailto:info@rtvd.nu)

Filip Wahlberg  
[buletinen@rtvd.nu](mailto:buletinen@rtvd.nu)



Foto: Andreas Carlsson

### RTVD – Riksföreningen Rätten Till en Värdig Död

Hemsida: [www.rtv.d.nu](http://www.rtv.d.nu)

Allmänna frågor om RTVD:

tel 076 - 808 59 72 (tel.svarare) eller [info@rtvd.nu](mailto:info@rtvd.nu)

Medlemsavgift 200 kr/pers/år

För medlemskap, ring 08-1215 1315

eller e-posta [rtvd@foreningshuset.se](mailto:rtvd@foreningshuset.se) och be om avi.

För gåvor: plusgiro nr 56682-8

Tryck: TMG Sthlm

Layout och redigering: Filip Wahlberg

Adress: RTVD c/o Föreningshuset  
Lumaparksvägen 7, 120 31 Stockholm

Org. nr 802007-3865

Undertecknarna ansvarar för innehållet i Bulletinen.

## RTVD startar vårdnätverk

Bland läkare i Sverige har vi just nu ett nätverk av närmare 300 läkare som är positiva till en utredning av assisterad dödshjälp som en del av den terminala vården då den palliativa vården ej räcker till. Nu söker vi sjuksköterskor, undersköterskor och sjukvårdsbiträden med flera som har stor och patientnära erfarenhet av vård av mycket sjuka i livets slutskede. Vi vill ge en röst åt dig och många andra som har denna erfarenhet och har startat ett nätverk av vårdarbetare i syfte att påverka Vårdförbundet och skapa opinion för självbestämmande för de allra svårast sjuka och döende.

Vill du veta mer? Mejla till [catherine@klokabeslut.nu](mailto:catherine@klokabeslut.nu) och berätta med några få ord vem du är. Vi tar också gärna emot berättelser från livets slut (du kan vara anonym om du vill).

Varmt välkommen!



## På plats under Frihamnsdagarna

Vi var sju RTVD-medlemmar som delade ut flygblad och försökte påverka politiker och andra under Frihamnsdagarna, "Göteborgs Almedalen" 25-27/8 där ett flertal partiledare framträdde. Valspurten hade som förväntat andra frågor främst på agendan men vi har samtalat med och skrivit till ett flertal riksdagsledamöter. Frågan om självvalt livsslut/assisterat döende vid svår sjukdom skär som tidigare genom alla partier men störst motstånd finns fortsatt i KD och S.

Ulla Sellgren

## Öppet samtal i Göteborg om livsslut

Ett samtal med inledning av Rolf Ahlzén kommer att hållas tisdagen den 15 november kl. 19-20.30 på Sveagatan 29 i Göteborg. Rubriken är "Frihet att välja livsslut?" och samtalet är öppet för RTVD-medlemmar och deras gäster.

Rolf Ahlzén är leg. läkare och medlem i styrelsen för RTVD.

Deltagande är kostnadsfritt. Anmälan till:

Ulla Sellgren  
+46 705 118818  
[ulla@ubsellgren.se](mailto:ulla@ubsellgren.se)



Foto: Filip Wahlberg

# Patienten i centrum i livets slutskede – självbestämmande och delaktighet i palliativ vård

RTVD höll ett seminarium i Almedalen, Visby, den 4 juli i år. Staffan Bergström, professor emeritus i internationell hälsa, före detta ordförande i RTVD, var moderator och de fyra paneldeltagarna inledde med varsitt anförande.

## *Självbestämmande vid livets slut*

Mattias Elmlund, Överläkare i palliativ vård, Central-sjukhuset, Karlstad.

Mattias beskrev viktiga ingredienser inom den palliativa vården, där patientens självbestämmande, självbild, symtomlindring, sociala relationer, sammanhang och strategier är grundläggande begrepp.

*Självbestämmande.* Det är viktigt att stötta personen att bevara sin förmåga till självbestämmande, både att fatta beslut och att genomföra dem. Vem ska fatta besluten när du själv inte längre kan? Vi har rätt att avstå omvårdnad och mediciner.

*Självbild.* Identitet och självbild förändras vid sjukdom, förlust av funktioner och roller påverkar självbilden. Minskad kontroll och oberoende kan kännas betungande. Det är av stor vikt att ge stöd och information samt främja självständighet och kontroll. Vad behöver vi veta om dig för att kunna anpassa vården till dina behov?

*Symtomlindring.* Kroppslig symtomlindring, respekt för social eller existentiell oro. Ställa frågor som "Hur påverkas ditt liv av symtomen och vad besvärar dig mest?"

*Sociala relationer.* Vid livets slut är nära relationer oftast det som är mest meningsskapande. Viktigt att uppmärksamma och bekräfta patienten.

*Sammanhang.* Viktigt att patienten får en känsla av sammanhang och kan blicka tillbaka på sitt liv. "Vad har varit viktigt i ditt liv?" Att få berätta sin livshistoria och reflektera över livet och lämna minnen efter sig.

Var tydlig och ärlig, ta upp rädsla och oro inför döden (såsom smärta, kvävning).

*Strategier.* Att blicka framåt och ta reda på hur personen tänker inför sin begränsade framtid. Det är viktigt att respektera olikheter, en del vill inte tänka utan bara ta en dag i taget, andra vill planera detaljerat. Mattias betonade ansvaret att lyfta frågan "Hur tänker du om tiden framåt?" Var tydlig och ärlig, ta upp rädsla och oro inför döden (såsom smärta, kvävning).

## *Tre perspektiv på läkarassisterat döende*

Niels Lynöe, seniorprofessor i Medicinsk etik, Centrum för hälso- och sjukvårdsetik, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

Niels delade upp sitt anförande i tre delar:

### **Rättvisa i livets slutskede.**

Merparten kommer att dö en stillsam och fredlig död men en liten andel behöver palliativ vård. En ännu mindre grupp skulle behöva läkarassisterat döende. Vi vet inte på förhand vilken grupp vi kommer att tillhöra. Det måste bli rättvist i livets slutskede, det ska inte vara läkaren som avgör! Ingen godtycklighet!

### **Läkarnas attityder 2007 och 2020.**

I en forskningsstudie om läkarattityder till dödshjälp från Karolinska Institutet och Svenska Läkaresällskapet 2007 var det 35 % inom sex relevanta läkarspecialiteter som var för läkarassisterat döende. I en uppföljande undersökning med samma metodologi 2020 hade siffran ökat till 47 %.

Bland gruppen av yngre läkare (<46 år) fanns det en majoritet (54 %) som var för läkarassisterat döende. Hos palliativläkarna var en majoritet emot men 26 % av de 76 som svarade var positiva till läkarassisterat döende.

Läkare med religiös hållning var mindre benägna att erbjuda terminal sedering. Deras personliga uppfattning spelar in. Detta är inte rättvist!

---

Läkare med religiös hållning var mindre benägna att erbjuda terminal sedering.

---

### **Patientcentrering och medbestämmande i livets slutskede.**

Viktigt att lyssna (utan att avbryta) på patientens oro, värderingar och önskemål/förväntningar och även sammanfatta för att undvika missförstånd.

I patientlagen (från 2015) föreskrivs medbestämmandet i detalj: 7 Kap Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel. 1 § När det finns fler behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Exempelvis fortsätta den givna palliativa behandlingen eller att man föredrar kontinuerlig, djup sedering – utfallet blir ju detsamma!

***Patienten i centrum i livets början och slut***

**Petra Hellberg**, sjuksköterska och barnmorska som idag jobbar på ett hospice i Göteborg. Hon dras till det svåra både i livets början och livets slut.

Hur är det i den palliativa vården? Tyvärr råder godtycklighet, det beror på vem som vårdar hur vården blir. Detta är inte rättvist, den döende ska inte vara i händerna på andra. Vi har självbestämmande till exempel vid förlossningar. Ingen lägger sig i, här är självbestämmandet mycket starkt. Men i den palliativa vården är vi utlämnade åt dem som vårdar.

Petra framhöll att vi behöver prata om döden. Hon har skrivit en bok som heter "Med mina händer". Där återberättar hon sina erfarenheter inom förlossningsvården som barnmorska parallellt med erfarenheterna från den palliativa vården. Vi behöver prata om känslorna. Vi behöver också ha god självkänedom för att klara av arbetet. Det är den döendes röst som är viktig.

Som avslutning läste Petra ett stycke ur sin bok om döden i förlossningsrummet där livets början blir livets slut: upplevelsen av det dödfödda barnet.

***I den individuella palliativa vårdplanen måste patientens vilja respekteras***

**Anette Holmfred**, överläkare i palliativ vård, Hospice Gabriel i Lidköping.

I hospicevård är det mötet som är det väsentliga! Anette berättar att hon försöker vara så öppen som möjligt och lyssna in patienten. Vad är det viktigaste, vad tänker personen? Vilken historia finns bakom människan, vad är det vi behöver veta för att gemensamt kunna besluta det bästa? Ibland säger patienten ingenting, då får man vänta och sen kanske ett samtal plötsligt kan komma igång. Bra dialog och personlig känedom om patienten underlättar och är en förutsättning för bra vård.

Hospicevård betyder inte en slutstation. Drygt 20 % av dem som kommer till hospice går hem igen efter utförliga samtal och utredning med symtomlindrande läkemedel som patienten kan ta i hemmet. Den individuella palliativa vårdplanen måste baseras på upprepade dialoger med patienten. En plan för möten måste uppställas.

***Avslutande diskussion***

Staffan Bergström ställde avslutningsvis två frågor till

panelen:

Skulle **Björn Natthiko Lindeblads** förutbestämda död (läkarassisterat döende) i hemmet ha kunnat ske på en palliativ vårdavdelning? Uppenbarligen åsidosattes hans rätt till självbestämmande i palliativ vård genom att han måste dö i hemmet.

Valde **Per Maritz Dignitas** framför ALS-död på hospice därför att självbestämmande i Sverige förvägrades honom? Denna patient kände att han inte kunde lita på att få sova in i döden på hospice och vägrade därför transport dit och fick läkarassisterat döende i hemmet.

Diskussioner och olika inställning från panelen, både ja och nej. I rätta händer skulle Björn Natthiko Lindeblad fått det, men beslutet vore godtyckligt. Per Maritz skulle ha kunnat få sova in i döden om ventilatorn togs bort på hans begäran men han visste inte med säkerhet detta.

Det finns inget motsatsförhållande mellan palliativ vård och dödshjälp ansåg **Mattias Elmlund**. Men om så är fallet, kan frivillig dödshjälp i Sverige bli en integrerad del av den palliativa vården – liksom i Belgien – när dagens palliativa verktygslåda är tom?

**Catherine Carlstedt Söderman**



Paneldeltagare i samspråk med några av RTVD:s förtroendevalda efter seminariet.

Fler reflektioner och argument hittar du i det fullständiga seminariet. Alla seminarier och föredrag från de senaste åren finns på [föreningens Youtube-konto](#). Du kan söka efter RTVD på [youtube.com](https://www.youtube.com) eller scanna denna kod med mobilen för att hitta dit.



## Allt fler länder på vår karta

Så mycket händer i världen att en ny lägesrapport görs här efter två år. Texten skrevs innan sommaren, men den senaste utvecklingen kan hittas på världsorganisationens webbsida [wfrtds.org](http://wfrtds.org)

Schweiz var 1942 först i världen med laglig dödshjälp. Det får endast ske i form av läkarassisterad död där patienten själv måste inta en dödlig medicin; eutanasi (aktiv dödshjälp) är förbjudet. Cirka 1,5 % av dödsfallen i Schweiz sker med dödshjälp. Flera organisationer finns som erbjuder hjälp; tre av dessa även till utländska medborgare. Schweiz är ensamt i världen att hjälpa utländska medborgare, men det kräver en mycket dyr och krävande process.

Dödshjälp tilläts informellt i många år i Nederländerna innan en lag stiftades 2001. Både läkarassisterad död och eutanasi finns. Lagen är nog världens mest långtgående, där även små barn, vissa psykiatriska indikationer och förhandsdirektiv finns med. 2020 skedde 4,3 % av alla dödsfall via dödshjälp, den högsta andelen någonsin.

Belgiens lag är från 2002 och liknar Nederländernas men är inte lika långtgående. Författningsdomstolen har godkänt ett tillägg till dödshjälplagen som innebär att en stor majoritet av vårdinrättningar måste tillåta dödshjälp. Frekvensen av dödshjälp är ungefär en tredjedel mindre än i Nederländerna. Sedan 2009 finns dödshjälp även i Luxemburg.

Delstaten Oregon i USA legaliserade dödshjälp 1998 efter en folkomröstning. Enbart läkarassisterad död tillåts, och då endast för vuxna och under stränga villkor om bland annat "obotlig sjukdom som leder till död inom 6 månader". Cirka en tredjedel av utskrivna recept tas inte och den totala frekvensen av dödshjälp ligger på 0,6 % av alla dödsfall (0,6 % av Sveriges cirka 90 000 dödsfall motsvarar 540 stycken). Ett domstolsut-

Ett domstolsutslag gör det nu möjligt för alla amerikaner oavsett hemstat att söka dödshjälp i Oregon.

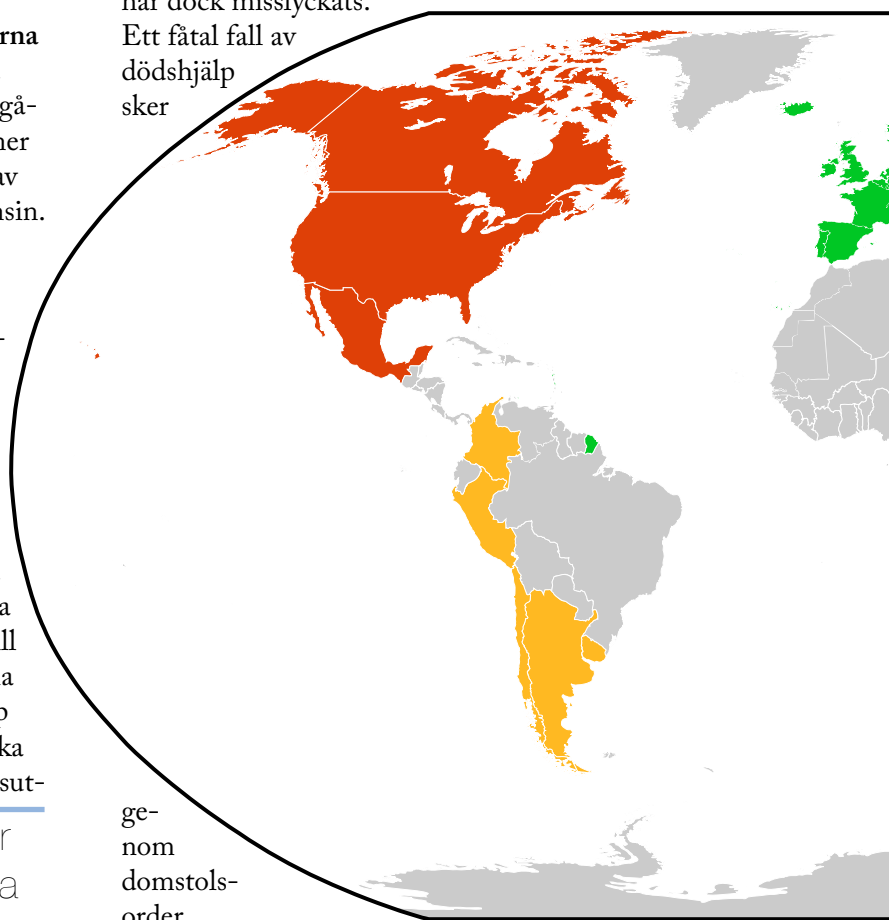
slag gör det nu möjligt för alla amerikaner oavsett hemstat att söka dödshjälp i Oregon.

Nio andra delstater i USA samt District of Columbia (huvudstaden Washington) har från 2009 till 2021 stiftat dödshjälplagar. Ingen omfattar eutanasi. De 11 geografierna rymmer 24 % av USA:s befolkning. Lagförslag debatteras i flera delstater; New York och Massachusetts ligger närmast ett genombrott.

I Kanada förklarade högsta domstolen att dödshjälp under vissa omständigheter är en mänsklig rättighet och krävde parlamentet att stifta en lag. 2016 trädde lagen om MAiD (*medical assistance in dying*) i kraft. Såväl läkarassisterad död som läkaradministrerad död är tillåtna och nästan alla patienter föredrar att låta sjukvårdare administrera dödshjälpen. 2020 skedde 2,5 % av alla dödsfall genom dödshjälp. En vetenskaplig studie visar inga tecken på något "sluttande plan". En eventuell möjlighet till "förhandsdirektiv" är under utredning.

Colombias konstitutionsdomstol erkände redan 1997 rätten till en värdig död och uppmanade parlamentet att reglera rätten i en lag. Alla senare försök till lagstiftning har dock misslyckats.

Ett fåtal fall av dödshjälp sker



ge-  
nom  
domstols-  
order.

De senaste åren har lagförslag presenterats i **Argentina, Peru, Chile och Uruguay.**

**Australien** har nu dödshjälp i alla sex delstater. Kriterierna liknar de i Oregon.

Lagen om dödshjälp antogs i **Nya Zeeland** efter en folkomröstning (66 % för – 34 % emot) och trädde i kraft i november 2021. Lagen tillåter såväl assisterat döende som eutanasi.

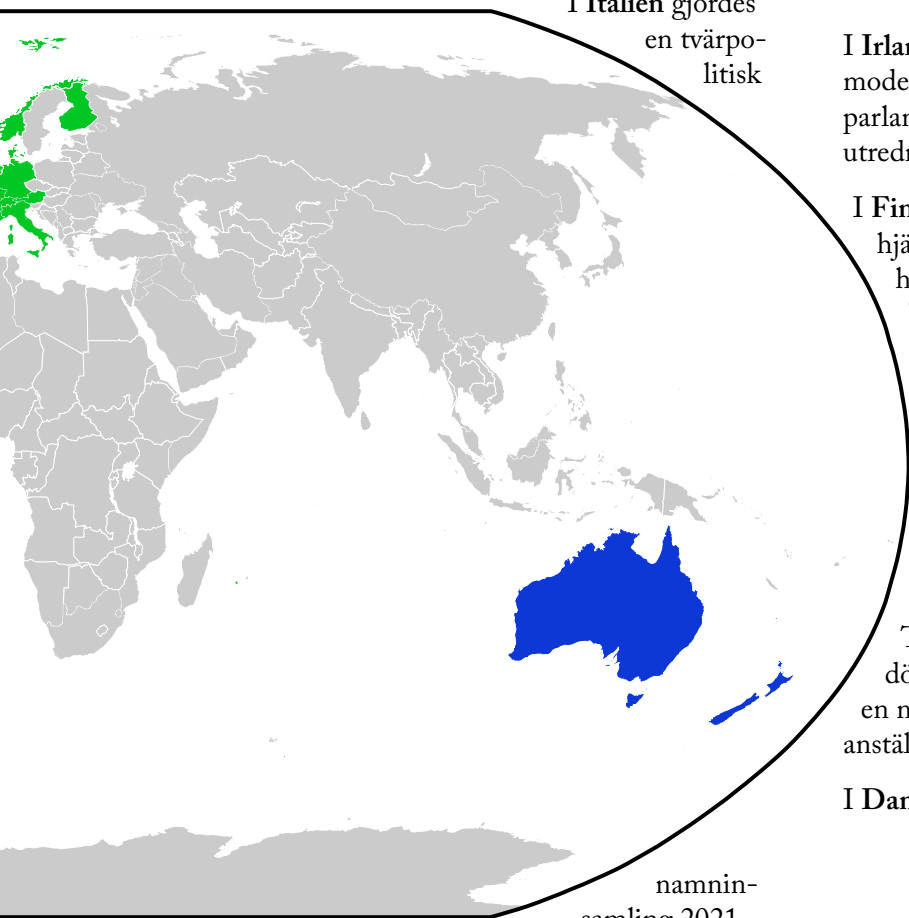
Den nya lagen som trädde i kraft i **Spanien** i juni 2021 har hittills endast lett till ett 50-tal fall av dödshjälp, förmodligen på grund av bristfällig information, otillräcklig utbildning av läkare, och motstånd mot att tillämpa lagen i vissa regioner.

**Portugals** president har vid två tillfällen vägrat godkänna det lagförslag som röstats fram i parlamentet. Efter valet i januari 2022 lär parlamentet ha kvar en klar

Portugals president har vid två tillfällen vägrat godkänna det lagförslag som röstats fram i parlamentet.

majoritet för dödshjälp, och debatten kommer att tas upp igen.

I **Italien** gjordes en tvärpolitisk



namnsamling 2021

för en folkomröstning. Den siktade på en halv miljon underskrifter men samlade in 1,2 miljoner. Landets författningsdomstol bedömde dock att dödshjälp skulle strida mot landets grundlag och sade därför nej till en folkomröstning. Frågan flyttades till parlamentet där underhuset nyligen godkände ett lagförslag. Det väntas nu behandling i överhuset.

RTVD:s motsvarighet i **Frankrike** växer stadigt och har 75 000 medlemmar. Opinionsundersökningar i Frank-

rike visar cirka 90 % stöd för dödshjälp.

**Tysklands** högsta författningsdomstol beslöt i februari 2020 att en värdig död är en mänsklig rättighet och därmed ogiltigförklarade lagen som förbjöd dödshjälp. Flera utkast till en reglering i lag har förekommit men ingen har kommit till en omröstning i parlamentet. En del läkare erbjuder redan dödshjälp.

Situationen i **Österrike**, också efter en domstols beslut, var ungefär som i Tyskland. I december 2021 röstade parlamentet fram en lag om assisterad död som verkar följa Oregon-modellen. Eutanasi är förbjuden.

**England** – och Wales och Nordirland – har en sträng lag mot dödshjälp. 84 % av befolkningen är positiv till dödshjälp och en Oregon-modell godkändes i överhuset i oktober 2021.

I **Irland** har Dying with Dignity Bill 2020 (Oregon-modell) mött starkt motstånd bland läkare och även i parlamentets justitieutskott. Parlamentet har tillsatt en utredning som ska arbeta under 9 månader 2022.

I **Finland** har en expertgrupp undersökt frivillig dödshjälp, utan att nå fram till någon enhällig åsikt om huruvida dödshjälp bör legaliseras. Dock har arbetsgruppen berett två lagutkast som underlag för samhällelig debatt kring de juridiska och etiska frågor som skulle kunna bli aktuella vid en lagändring.

**Norges** befolkning stödjer assisterat döende med ungefär samma siffror som i Sverige. Stort motstånd finns bland politikerna, men i några partier minskar motståndet.

Tre av fyra på **Island** stödjer rätten till assisterat döende. Nio parlamentariker har nyligen lagt fram en motion om en undersökning bland sjukvårdens anställda.

I **Danmark** har debatten kommit igång.

**Ralf Ahlén**  
**Unn Brudin**  
**Jörg Carlsson**  
**Catherine Carlstedt Söderman**  
**Berit Hasselmark**  
**Christopher Hedström**  
**Ann-Charlotte Ladan**  
**Anders Nässil**  
**Lina Nordqvist**  
**Ellis Wohlner**

## En ny lagstiftning om det självvalda livsslutet?

Ett av RTVDs Almedalsseminarier förra året hade juridiken som tema. Det är ett högintressant perspektiv som kanske inte fått samma uppmärksamhet som det medicinska och politiska. Här följer en sammanställning av deltagarnas anföranden.

### *Straffrättsliga aspekter – vad är brott i Sverige och vad är det inte?*

Lena Holmqvist, fd universitetslektor

I brottsbalken är första brottet mord, det vill säga att uppsåtligt beröva en annan människa livet. Är gärningen mindre allvarlig kallas brottet dråp. Det är tillåtet att beröva sig själv sitt eget liv, det som ibland kallas självmord. Eftersom den svenska medverkansregleringen bygger på att man medverkar till något otillåtet, så följer av detta att det inte är något brott att hjälpa en annan människa att avsluta sitt eget liv. Däremot är det brottsligt att orsaka en annan människas död med dennes samtycke. Samtycket kan göra att det inte är något mord utan i stället ett dråp, alltså det lindrigare brottet. Straffet kan också mildras i sådana fall, brottspåföljden kan bli betydligt mildare än vad andra dråp kan ge.

I ett enskilt fall kan det givetvis vara svårt att avgöra vilken kategori som gärningen tillhör. I NJA 1979 s. 802 gav Högsta domstolen ledning. En kvinna lade in tabletter i en mans mun och tillförde vätska så han (som ville dö) kunde svälja dem, samt injicerade direkt därefter snabbverkande insulin. Kvinnan var ansvarig för helheten genom sitt självständiga handlande. Det var alltså fråga om berövande av en annan människas liv med samtycke, dråp, och inte att hjälpa den andre att ta sitt liv. Därmed kunde läkaren som tillhandahållit medlen dömas för medhjälp till dråpet. I domen antyds att tabletterna i sig annars skulle ha varit tillåten medhjälp till självmord. Så var det i rättsfallet RH 1996:69. A lade tabletter i B:s mun och hällde in vätska som B (som ville dö) svalde. Därmed orsakade B själv sin död och A begick inte något brott (avseende dödsfallet, men hade i stället narkotikaklassat medel hanterats kunde narkotikabrott ha begåtts i denna del). Att en person som inte kan svälja i stället själv öppnar ett dropp kan i sig uppfattas likadant.

Den ALS-sjuka mannen som inte kunde komma iväg till kliniken i Schweiz, för att pandemin stängt gränser, fick hjälp med en blandning som mannen själv kunde dricka. Den som lämnade blandningen hjälpte en annan person att ta sitt liv, och det var alltså inte något berövande av annans liv, och inget brott. (En annan text

behandlar frågan om läkarlegitimationen.)

Varför kan då samtycke till att bli dödad – när man inte kan själv kan – inte rättfärdiga gärningen? Jag kan ju göra vad jag vill med min egen kropp. Jo, men syftet med att straffbelägga brott som dråp och grov miss-handel är inte enbart att skydda en persons eget liv och kropp, utan även att upprätthålla vad som ibland kallas respekten för liv och hälsa, och det intresset kan inte en enskild person ge upp med sitt samtycke.

Men är inte det lite förlegat – kan man inte tänka sig att det finns vissa exceptionella situationer där det skulle vara uppenbart stötande för den allmänna rättskänslan att döma någon till ansvar för brott? Jag har lånat denna fråga från betänkandet SOU 1988:7. Den kommitté som haft i uppgift att se över ansvarsfrihetsregleringen föreslog att samtyckesregeln skulle bli så vidsträckt att den som dödade en annan person med dennes samtycke inte skulle anses ha begått ett brott, i vissa speciella fall.

Remissreaktionerna blev sådana att förslaget inte genomfördes. Det straffrättsliga läget är fortsatt det att orsakande att en annan person dör, med dennes samtycke och kanske rentav på begäran, är dråp. Men att medverka till att en annan person själv tar livet av sig är inte något brott. Detta kan vara en del av förklaringen till att alla senare utredningar och översyner av vård i livets slutskede, som jag har sett, i sina direktiv har haft en begränsning som innebär att seminariets ämne hittills inte utretts. Nu är det dags! lägger jag till. Den bakgrund jag har beskrivit förklarar också att rättsutvecklingen inte kan förväntas glida iväg på egen hand, utan lagstiftning krävs för förändring.

1 maj 2021 infördes brottet uppmaning till självmord i brottsbalken, men det avser andra gärningar än dessa.

### *Hjälp till förkortning av outhärdlig dödsprocess – förprovning och efterprovning*

Stefan Lindskog, fd ordförande i Högsta domstolen

Adekvat hjälp att förkorta en svåruthärdlig dödsprocess förutsätter ett regelverk. Regelverket skall vara till ledning för den som ger hjälpen men också ligga till grund för den efterprovning som kan aktualiseras, vare sig den är disciplinär eller straffrättslig. Efterprovningen kan leda till en påföljd av något slag. Regelverket skall naturligtvis vara ändamålsenligt – det skall tjäna sitt syfte – men det skall också såsom alla regelverk som rymmer påföljder vara tydligt och förutsebart.



Den straffrättsliga sidan av regelverket blir speciell på bland annat det sättet att verket riktar sig mot en yrkesgrupp med särskild professionalitet. Regelverket kommer också att inta en särställning på det viset att det avser en i flera hänseenden synnerligen känslig situation, bland annat genom att det i juridisk-teknisk mening blir fråga om att göra ett slags undantag från brottsbalkens bestämmelser om mord och dråp.

Alla regelverk som rymmer påföljder bygger på en avgränsning av det tillåtna från det otillåtna. Gränsdragning styr naturligtvis efterprovningen, men i den situation som här diskuteras är förprovningen av särskilt stor betydelse. Detta av flera skäl. Det viktigaste är nog

Andra sidan av en förkortad dödsprocess är ett förkortat liv.

situationen som sådan; andra sidan av en förkortad dödsprocess är ett förkortat liv. Det kräver inte bara teknisk professionalitet utan också omsorg och värdighet. Värdighetsaspekten har då betydelse också för efterspelet. Men även den behandlande läkaren är utsatt. En efterprovning kan drabba tungt, oavsett utgången.

Det sagda leder till att det inte bör finnas någon koppling till brottsbalkens regler om mord och dråp. Om den behandlande läkaren inte har tillräckligt stöd i regelverket bör det klassificeras som ett speciellt oaktsamhetsbrott med adekvata påföljder.

Men regelverket bör också styra mot att det stannar vid en kvalificerad förprovning. Tydliga och efterlevnadsbara kriterier bör säkerställa den sjukes vilja, tillåtligheten i övrigt (mot kriterier såsom utgångsprognos och lidandegrad) och möjligheten till efterkontroll (genom dokumentation av underlag och utvärdering). Ett led i förprovningen kan också tänkas vara ett krav på förkontroll; den behandlande läkaren skall redovisa sitt bedömningsunderlag för att få en *second opinion*.

Vid en efterprovning bör – oavsett om provningen är disciplinär eller straffrättslig – oaktsamhetsbedömningen utgå från en metodutvärdering. Den behandlade läkarens ställningstagande bör inte sättas i fråga, om inga metodologiska invändningar kan göras mot förprovningen. Om en gråzonsfråga har uppmärksamats och analyserats på ett adekvat sätt, så skall slutsatsen inte överprövas. Läkaren måste med rimlig säkerhet veta att det han eller hon överväger att göra är tillåtet. Det betyder inte att misstag godtas. Men det betyder att i de svåra fallen måste ett välunderbyggt ställningstagande tolereras, och det oavsett om den som efterprovas skulle ha kommit till samma slutsats eller inte.

## Vad är det för skillnad mellan självmord och det självalda livsslutet (frivillig dödshjälp)?

Håkan Torngren, fd förbundsjurist och ledamot i Arbetsdomstolen

Frivillig dödshjälp har inget att göra med självmord. Som professor **Johan Cullberg** har skrivit (redigerat och förkortat):

”Självmordet innebär att drastiskt förkorta det egna livet. Vanligtvis föranleds det av en djup depression eller annan allvarlig psykisk störning. Det innebär att man föregriper ett döende som inte skulle vara aktuellt annars. Vid ett läkarassisterat döende enligt Oregonmodellen är det underförstått att döden i sjukdom är nära förestående och att man vill föregripa den plåga och utsatthet som man fruktar ligger i döendeprocessen.”

Varför riskerar sjukvårdspersonal sin legitimation om de biträder den som önskar dödshjälp?

Medhjälp till självmord är inte straffbart. Särskilda regler anses dock gälla för vårdpersonal i fråga om assisterat döende. Om en läkare skriver ut medel för att patienten ska kunna ta sitt eget liv kan agerandet stå i strid med de allmänna kraven på att vården ska vara sakkunnig, omsorgsfull, av god kvalitet och stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En läkare som bryter mot dessa krav kan få sin legitimation återkallad.

Däremot är det reglerat hur man i övrigt ska bedriva sjukvård i livets slutskede. En patient kan vägra behandling. En läkare får avbryta livsuppehållande behandling som är meningslös. Patienter kan få omfattande smärtlindring och kan ges kontinuerlig palliativ sedering, som innebär att de inte vaknar igen utan får sova in i döden. Skillnaden mot läkarassisterad dödshjälp blir då härfin.

IVO (Inspektionen för vård och omsorg) utövar tillsyn över sjukvårdspersonal. Den kan hos HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd) kräva att en läkares legitimation återkallas. IVO är ”åklagare” och HSAN ”domare” HSAN:s beslut kan överklagas till förvaltningsdomstol.

**Staffan Bergström** hjälpte sommaren 2020 en svårt ALS-sjuk man i Täby att dö genom att förse honom med läkemedel som mannen själv intog. Mannen hade fått klartecken från den schweiziska organisationen Dignitas att få avsluta sitt liv där men resan blev inställd till följd av covid-spridningen. IVO vill återkalla Staffan Bergströms legitimation eftersom myndigheten anser honom vara uppenbart olämplig att utöva yrket som läkare. IVO åberopar att Staffan Bergström åsidosatt den regel i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen som föreskriver

att sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.

Staffan Bergström behandlade patienten ungefär på samma sätt som han skulle ha blivit behandlad i Schweiz. Liknande behandlingar finns bland annat i Kanada, i Oregon och i andra delstater i USA. I dessa länder finns omfattande erfarenheter och utvärderingar. Man skulle därför kunna påstå att Staffan Bergströms agerande stämmer med internationell vetenskap och internationellt beprövad erfarenhet.

Staffan Bergströms agerande stämmer med internationell vetenskap och internationellt beprövad erfarenhet.

Man kan från allmänna utgångspunkter om självbestämmande och barmhärtighet argumentera för rätten till sin egen död. Frågar man allmänheten så svarar 80 procent att dödshjälp bör tillåtas. Även läkarkåren börjar svänga.

En läkares agerande vid assisterat dödande strider inte mot någon uttrycklig rättsregel, utan utrymme lämnas för tolkningar av allmänna krav på vården och av det oklara begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet. Oavsett vilket beslut HSAN kommer till bör frågan om läkares medverkan vid dödshjälp regleras. Inte minst av rättssäkerhetsskäl. Läkare måste få författningsstöd i ryggen och patienterna måste få veta om de kan påräkna den hjälpen. Slutsatsen blir att det bör tillsättas en statlig utredning som belyser hela frågan och tar fram förslag på en lag som säkerställer att dödshjälp bara ges när vissa förutsättningar är uppfyllda som exempelvis att patienten är obotligt sjuk, har kort tid kvar att leva, är mentalt kompetent och förstår vad det handlar om.

### Om FN och rätten till liv

**Krister Thelin**, fd domare och ledamot av FN:s kommitté för mänskliga rättigheter

Sverige omfattar den så kallade dualistiska principen vad avser konventioner. Det innebär att för att en konvention skall bli gällande rätt i Sverige krävs att den, förutom ratificering av riksdagen, också omfattas av en formell lagstiftningsåtgärd: inkorporering eller transformation. Så blev Europakonventionen 1995, och barnkonventionen för bara något år sedan, gällande svensk rätt.

FN:s *Covenant on Civil and Political Rights* (ICCPR), eller konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, har, i likhet med artikel 2 i Europakonventionen, en bestämmelse om rätten till liv i artikel 6: ”Rätten till liv är en inneboende rättighet för varje människa. Rätten skall skyddas i lag. Ingen skall skönmässigt berövas

livet”. Om den övervakningskommitté, MR-kommittén, som har att övervaka tillämpningen av konventionen, se min artikel i Juridisk Tidskrift (2009): FN:s MR-kommitté – i teori och praktik. Konventionen är inte svensk rätt men likväl ett viktigt tolkningsdatum vid tillämpning av svensk rätt.

I sin Allmänna kommentar (*General Comment*) 36 från oktober 2018 har kommittén gett vägledning till hur artikel 6 bör tolkas vad avser rätten till en värdig död. I paragraf 9 sägs i denna del, sedan det slagits fast att var och en har rätt till självbestämmande och att konventionsstaterna bör motverka självmord, följande (min översättning från engelskan): ”De stater som tillåter medicinsk personal att ge behandling i syfte att underlätta ett avslutande av livet för drabbade vuxna, som obotligt sjuka, vilka upplever svår fysisk eller psykisk smärta och önskar dö med värdighet, måste säkerställa att det finns hållbara rättsliga och institutionella säkerhetsmekanismer för att fastställa att medicinsk personal följer patientens fria, informerade och uttryckliga beslut, i syfte att skydda patienten från tvång och missbruk”.

Alltså, bistånd att avsluta livet förutsätter:

1. Vuxna som lider av obotlig sjukdom som orsakar svår fysisk eller psykisk smärta.
2. Att dessa uttryckt ett informerat fritt beslut att avsluta sitt liv på ett värdigt sätt.
3. Att assistans ges av medicinsk personal.
4. Därutöver säkerhetsmekanism för att förhindra tvång eller missbruk (exempelvis genom fristående bedömning av den fria viljan av annan än medicinsk personal).

### Konstitutionella aspekter på frivillig dödshjälp i ljuset av Europadomstolens praxis

**Walter Gulbrandzén**, jurist, specialisering i Europarätt

Generellt sett kan sägas att i de länder som har någon form av dödshjälp har denna kommit till på antingen politisk eller juridisk väg. Den politiska vägen är vi som svenskar väl bekanta med. Ett politiskt parti driver en fråga, vinner stöd i opinionen, går framåt i valet och får sedan sitt förslag antaget av den lagstiftande församlingen. Det senaste exemplet på detta kan vi se i Spanien, som tidigare i år antog en lag som legaliserade dödshjälp. Den juridiska vägen är generellt sett resultatet av att en domstol (typiskt sett landets högsta) vid en rättslig prövning konstaterat att rådande lagstiftning på något sätt olovligen inskränker en rättighet som finns i konstitutionen eller annan överordnad rättsregel. Exempel på detta kan vara att man ansett att det funnits en

rätt att bestämma över sin egen död utifrån en i landet rådande konstitutionell rätt till personlighet, självbestämmande (autonomi) eller frihet, och att denna rätt sedan olovligt inskränkts av, exempelvis, kriminalisering av medhjälp till självmord. Exempel på länder där man funnit sådana olovliga inskränkningar är Kanada, Tyskland och Österrike.

För svensk del är möjligheterna att komma fram den juridiska vägen, i vart fall utifrån ett konstitutionellt perspektiv, sannolikt små. Vi har vi i Sverige ingen utbredd juridisk tradition av att utkräva (och framförallt inte konstatera ”nya”) rättigheter på juridisk väg och de rättigheter som kan komma att bli mest aktuella i regeringsformen, rätten till privatliv, frihet och värdighet, är betydligt mer försiktigt uttryckta än i många andra länder.

Det är dock inte uteslutet att EKMR kan påverka den

svenska regleringen, då den ju även är lag i Sverige, och dessutom har en särställning i den svenska rättsordningen. Enligt praxis från Europadomstolen är individens rätt att bestämma på vilket sätt och vid vilken tidpunkt dennes liv kommer att avslutas en av aspekterna av rätten till skydd för privatlivet enligt artikel 8 i konventionen. Därutöver faller tillgång till dödliga läkemedel inom ramen för rätten till privatliv. Rätten till privatliv kan dock inskränkas genom lag, om det finns legitima syften och ett trängande socialt behov för inskränkning. Det skulle utifrån detta kunna bli aktuellt med en prövning om huruvida en (om så sker) indragen läkarlegitimation för Staffan Bergström, som med läkemedel bistod en person med att dö, lever upp till de krav som EKMR ställer på en sådan inskränkning.

Sammandraget är sammanställt av  
**Staffan Bergström**

*Moderator och dävvarande ordförande för RTVD*

## “Livet efter dig” (2013) av Jojo Moyes (Printz Publishing)

Romansviten om den unga personliga assistenten Lou har ett genomgående tema: vådan, och nödvändigheten, av att våga ta steget ut i det okända. En intressant fond till detta tema är den dödshjälp som hennes vårdtagare, den cyniske och bittra helkroppsförlamade Will, längtar efter.

Lou känner först inte till Wills önskan att dö, men i själva verket har Will träffat ett avtal med sin familj: För att de ska acceptera hans beslut får de en sista chans att försöka ge honom en anledning att leva. Den olyckliga familjen kan knappast åstadkomma detta på egen hand så modern ger uppdraget till Lou.

Om sex månader är besöket på Dignitas inbokat. Medan Lou har uppgiften att ge Will livslusten tillbaka försöker Will förmå den trygghetsknarkande Lou att pröva sina vingar i hans ställe. Trots att de misslyckas med sina föresatser och trots att deras tid tillsammans är så påtagligt utmätt, börjar en romans att spira.

Med tanke på bokens svenska titel är det väl ingen spoiler att Will slutligen får sin vilja igenom. Själva dödshjälpen skildras summariskt, nästan oinspirerat, men konsekvenserna för de utomstående är den stora behållningen. Även om Wills och Lous familjer inte är religiösa verkar de, och hela omgivningen, vara impregnerade med katolsk moral. Den unisona avskyn mot Wills beslut leder till både förnekelse och hemlighetsmakeri. Avståndstagandet känns chockerande enfaldigt ur ett RTVD-perspektiv; det går så långt att Lous i övrigt sansade mor förskjuter henne endast för att hon

följer med till Schweiz för att trösta honom! Men dessa extrema reaktioner ger en intressant inblick i hur instinktivt och känslomässigt dödshjälpsmotstånd kan te sig.

Jag kan inte utesluta att det finns sådana fickor av dödshjälpshat i England men det känns inte helt realistiskt. Dödsresan betraktas exempelvis som ett sådant “scoop” att reportrar belägrar Lous familjs hus för att ställa henne till svars. Det ligger nära till hands att författaren har överdrivit kontroversen för dramats skull.

Men Jojo Moyes är inte en politisk utan romantisk författare. För den som är ute efter ett romantiskt drama, och gärna får ett annorlunda perspektiv på dödshjälp som en bonus, finns det en hel del att hämta.

Tomrummet som Will lämnar efter sig är utgångspunkten för den andra boken i serien, “Arvet efter dig” (2016). Vid det laget är dödshjälpsfrågan överstämmande men den som vill följa Lous kamp mot “bekvämlighetsbubblan” har alltså mer läsning att se fram emot. Trilogins avslutande del heter “En andra chans” (2018). “Livet efter dig” blev också film 2016.

**Filip Wahlberg**



## ORDFÖRÄNDEN HAR ORDET

## Vad händer nu och hur går vi vidare

Det råder bråda dagar efter valet när politikerna ska forma den nya riksdagen. Rätten till en värdig död blev ingen valfråga. Visst har det känts svårt att tränga igenom bruset. Vi har emellertid en hyggligt gynnsam situation, eftersom sex av åtta partier stödjer vår sak. Nu är det viktigt att vi förmår de positiva partierna att gå fram med så kallade partimotioner. Ni som har kontakt med politiker: tryck på via mejl eller telefon! Ett fåtal sådana motioner räcker för att frågan ska tas upp i riksdagen. Den allmänna motionstiden pågår normalt från riksmötets början till 15 dagar efter att regeringen lämnat budgetpropositionen till riksdagen. Förhoppningsvis urholkar våra aktiviteter långsamt stenen så att vi kan se fram mot en utredning under denna mandatperiod.

Vi har länge haft en diskussion i media som mycket har kommit att handla om det medicinska, och läkarsidan verkar nu antligen svänga. Men för att nå ut till ett bredare lager i befolkningen är det nog dags att mera betona det allmänmänskliga. Vi bör försöka hitta sätt att föra ut vårt budskap också via sociala medier.

Att få hjälp när allt hopp är ute måste vara en mänsklig rättighet. Sjukvårdens möjligheter har utvecklats enormt och man klarar av att lösa många medicinska problem. Det är en stor skillnad på hur det såg ut då vi först lärde känna sjukvården. Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) finns nu och den palliativa vården har vuxit sig stark.

Trots det så finns det döende som inte kan få lindring och stöd när de känner att nu får det räcka.

RTVD har fått in otaliga berättelser om hur det i Sverige kan vara i slutet av livet.

RTVD har fått in otaliga berättelser om hur det i Sverige kan vara i slutet av livet. Läser eller hör man dem så förstår man att vården ibland saknar den avgörande möjligheten att hjälpa folk som lider svårt. Många gånger känner de döende och anhöriga en oerhörd frustration. Det är inte bara den döende som har det svårt utan

också de anhöriga får lida. Många uttrycker att de skulle vilja åka till Schweiz men att kostnaderna och all byråkrati är oöverstigliga för de flesta.

Vårt budskap måste nu bli mera av att framhålla det ojämlika. Vissa får hjälp att avsluta sina liv inom sjukvården, andra får hjälp via informella kanaler i sjukvårdens ytterkanter. Det är inte ovanligt att man använder mera drastiska metoder. På nätet finns tillgång till läkemedel som fungerar men är ytterst vanskliga. Det håller på att sprida sig en rörelse som tar saken i egna händer.

Inte minst av det skälet behövs en lagstiftning som gör att de som arbetar i sjukvården vet vad de ska hålla sig till. Många är osäkra i dag. Situationen påminner mycket om den som rådde när lagstiftningen om abort kom till på 70-talet. Det fanns då en stor ljusskygg verksamhet utförd av personer som inte alltid hade rätt kunskap. Kvinnor åkte ofta utomlands. Till slut kunde inte politikerna rygga undan och insåg att det handlade om kvinnornas rätt att bestämma över sitt eget liv. Man stiftade en lag som vården fick förhålla sig till. Det är dags att rätten till en värdig död regleras på samma sätt.

Världsläget är ju mycket omskakande med svåra ekonomiska konsekvenser och ovanpå allt har vi en analkande naturkatastrof. Man kan då tycka att det vi kämpar för är en marginell fråga som kan stå tillbaka då allt annat är så mycket viktigare. Men livets slut är oerhört viktigt för alla och inget man kan gömma undan och ta hand om senare, bara för att det är problem i omvärlden. Det är en mänsklig rättighet att under alla livets skeden mötas med respekt och få behålla sitt självbestämmande. Dessutom enligt FN:s artikel 5: "Ingen får utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning." En svår dödsstrid kan jämföras med en grym omänsklig behandling eller rentav tortyr.

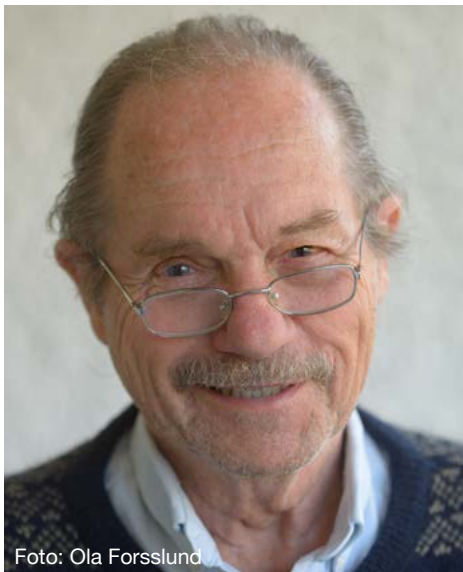


Foto: Ola Forsslund

**Hans Forsslund**  
Ordförande i RTVD