



JURIDISKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Eutanasi - en möjlighet i vårt svenska
rättssystem?

Examensarbete
20 poäng

Författare
Peter Hagerman

Handledare
Professor Lars Lindahl

Allmän rättslära

VT-01

<u>FÖRORD</u>	5
<u>BAKGRUND</u>	5
<u>FÖRKORTNINGAR</u>	8
<u>AVDELNING 1</u>	9
<u>1 INLEDNING</u>	9
<u>1.1 EUTANASI - VAD ÄR DET?</u>	9
<u>1.2 SYFTE OCH METOD</u>	9
<u>2 DÖDEN ANGÅR OSS ALLA</u>	12
<u>2.1 HUR DÖR VI?</u>	12
<u>3 VÅRD AV DÖENDE – DEN PALLIATIVA VÅRDEN</u>	13
<u>3.1 PASSIV OCH AKTIV EUTANASI - I TEORI</u>	13
<u>3.2 EN MYSTISK DISTINKTION</u>	14
<u>4 HUR SER DEBATTEN UT I SVERIGE?</u>	15
<u>4.1 SJÄLVBESTÄMMANDERÄTT OCH INTEGRITET VID ANGREPP PÅ EGEN RÄTTSSFÄR</u> ... 16	16
<u>4.2 MORALISKA VÄRDERINGAR INOM DEN SVENSKA SJUKVÅRDEN</u>	17
<u>4.3 DISKREPANS MELLAN JURIDIK OCH SAMHÄLLSVÄRDERINGAR?</u>	18
<u>4.4 ÄR DISKREPANSEN MELLAN LAG OCH MORAL AV BETYDELSE?</u>	19
<u>4.5 LIVSKVALITET OCH EN VÄRDIG DÖD</u>	21
<u>AVDELNING 2</u>	23
<u>5 ETIK OCH MORAL</u>	23
<u>5.1 VAD ÄR ETISKA TEORIER?</u>	24
<u>5.1.1 Begreppen norm och värde, princip och teori</u>	24
<u>5.1.2 Begreppet etisk konflikt</u>	26
<u>5.1.3 Etiskt neutrala handlingar</u>	26
<u>5.1.4 Etiska krav och etiska ideal</u>	27
<u>5.1.5 Etiska konflikter och etiska dilemman</u>	28
<u>5.1.6 Etisk relativism?</u>	29
<u>5.2 ETISKA MORALTEORIER</u>	30
<u>5.2.1 Motivbaserade teorier</u>	30
<u>5.2.2 Konsekvensbaserade teorier</u>	31
<u>5.2.3 Plikt- eller obligationsbaserade teorier</u>	31
<u>5.2.4 Situationsbaserade teorier</u>	32
<u>5.3 MEDICINSKA ETISKA REDSKAP</u>	32
<u>5.3.1 Autonomi</u>	32
<u>5.3.2 Självbestämmande och medbestämmande</u>	33
<u>5.3.3 Vålgörande och icke-ondgörande - omsorgsprincipen</u>	33
<u>5.3.4 Rättvisa</u>	34
<u>5.4 HUR AVVÄGS PRINCIPERNA MOT VARANDRA?</u>	35
<u>5.5 VILKEN TEORI ÄR DEN RÄTTA?</u>	36
<u>5.6 MEDICINSK ETIK - BÅDE KONSEKVENSER OCH PRINCIPER?</u>	36
<u>5.7 KONKLUSION</u>	37
<u>AVDELNING 3</u>	39
<u>6 FINNS DET STRAFFRÄTTSLIGT STÖD FÖR EN DISTINKTION?</u>	39
<u>6.1 STRAFFRÄTTENS SYN PÅ EUTANASI</u>	39
<u>6.1.1 Vad konstituerar en straffbar gärning?</u>	39

<u>6.1.2 Rekvisit för otillåten gärning</u>	40
<u>6.1.2.1 Straffbelagd gärning</u>	40
<u>6.1.2.2 Gärningskontroll och gärningsculpa</u>	40
<u>6.1.2.2.1 Vad är en handling?</u>	41
<u>6.1.2.2.2 Orsak och följd</u>	41
<u>6.1.2.2.3 Tillräcklig och nödvändig betingelse</u>	42
<u>6.1.2.2.4 Läkarens skuld?</u>	42
<u>6.1.2.3 Stridighet mot svensk lag</u>	43
<u>6.1.2.4 Rättsenlighet</u>	43
<u>6.1.2.4.1 Nöd</u>	44
<u>6.1.2.4.2 Angrepp på egen rättssfär</u>	45
<u>6.1.2.4.3 Samtycke</u>	45
<u>6.1.2.4.4 Socialadekvans</u>	45
<u>6.1.3 Uppsåts- eller oaktsamhetsbrott?</u>	46
<u>6.1.4 Underlåtenhet eller aktiv handling?</u>	50
<u>6.1.5 Kommissiv- och omissivdelikt</u>	52
<u>6.1.6 Garantläran</u>	52
7 SAMTYCKE	54
<u>7.1 SAMTYCKETS RÄTTLIGA GILTIGHET SOM ANSVARSFRIHETSGRUND</u>	54
<u>7.2 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSRÄTTENS KRAV PÅ SAMTYCKE</u>	55
<u>7.3 GRUNDLAGENS SKYDD MOT PÅTVINGAT KROPPSLIGT INGREPP</u>	57
<u>7.4 SPECIALREGLERING AV SAMTYCKESKRAV</u>	58
<u>7.4.1 Ställföreträdande beslutsfattande</u>	59
<u>7.4.1.1 God man/förvaltare</u>	59
<u>7.4.1.2 Närstående</u>	60
<u>7.4.1.3 Myndighet</u>	60
<u>7.5 ÄR SAMTYCKE RELEVANT?</u>	61
<u>7.6 MITT LIVS TESTAMENTE</u>	62
AVDELNING 4	64
8 ÅTGÄRDER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	64
<u>8.1 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSFÖRFATTNINGARNA</u>	64
<u>8.1.1 Övergripande lagstiftning</u>	64
<u>8.1.2 Speciallagstiftning</u>	64
<u>8.1.3 Patienträttigheter</u>	64
<u>8.2 PROFYLAKTISKA OCH TERAPEUTISKA ÅTGÄRDER</u>	65
<u>8.2.1 Passiv eutanasi</u>	65
<u>8.2.2 Kan vi skilja på terapeutisk behandlingsunderlåtenhet och -avbrott?</u>	65
<u>8.2.3 Psykologisk skillnad</u>	66
<u>8.2.4 Kan vi skilja på eutanasi och terapeutisk icke-behandling?</u>	67
<u>8.3 LÄKARENS SÄRSKILDA STÄLLNING - LEX ARTIS MEDICI</u>	70
<u>8.3.1 Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet</u>	72
<u>8.4 KONTROVERSIELLA FÖRSLAG FÖR 35 ÅR SEDAN IDAG ALLMÄNT ACCEPTERADE</u>	75
<u>8.4.1 Konkurrerande lagstiftningsobjekt</u>	76
<u>8.5 KONKLUSION</u>	77
AVDELNING 5	80
9 SLUTSATSER	80
BILAGOR A OCH B	83
LITTERATURFÖRTECKNING	85
RÄTTSFALLSFÖRTECKNING	87

Sammanfattning

I takt med att läkvetenskapen gör större och större framsteg lyckas vi skjuta sjukdom och död allt längre fram på tidsaxeln. De landvinningar som gjorts de senaste decennierna har fått oss att överge våra gamla religioner till förmån för den senaste; den blinda tron på vetenskapen. Men är ett nytt behandlingssätt, som uppfattas av läkare som den bästa metoden att hålla någon vid liv ett slag till, alltid vad som uppfattas som bäst av patienten? Hur mycket skall vara upp till patienten att bestämma inom sjukvården? Hur långt sträcker sig egentligen ett samtycke? Dessa frågor kan ha ett svar i den juridiska litteraturen, men ett annat i det praktiska arbetet inom sjukvården eller rättstillämpningen. I Sverige är s k passiv eutanasi sedan 60-talet accepterad, medan den aktiva varianten i flera rättsfall har varit att likställas med dråp. Samtidigt pågår en debatt om behovet att förbättra den s k palliativa vården, med betoning på vården i livets slutskede. Denna kan i många fall endast med svårighet skiljas från en aktiv eutanasi, i det att skillnaderna i tillvägagångssätt kan vara minimala om alls befintliga, samt att resultatet är detsamma i båda fallen. Inom debatten rapporteras från flera håll att aktiv eutanasi trots lagförbud ändå förekommer inom sjukvården. Trots en ”allmän” kännedom härom har dessa rykten inte föranlett någon reaktion från berörda myndigheter eller den breda allmänheten. I likhet med så många tidigare tabun, som abort, transplantationer, eller plastisk kirurgi i kosmetiska syften, har turen nu kanske äntligen kommit till eutanasi frågan. Med hänvisning till samhällets syn på läkare, och den särställning inom juridiken som intas av de åtgärder vilka tillåts inom hälso- och sjukvården, borde det i konsekvensens namn inte vara kontroversiellt med ett legaliserande av den aktiva eutanasi i Sverige. Och den särskilda beskaffenheten hos detta nya institut, skulle också i så många bemärkelser skilja sig från de kriterier som krävs för att handlingen i sig skulle utgöra ett brott, att de nuvarande brottsrubriceringarna mord eller dråp inte borde vara tillämpliga härpå. I enlighet med de regler som redan gäller inom sjukvården och det övriga samhället, samt den allmänna moralen om det acceptabla i eutanasi, är en legalisering av aktiv eutanasi för vissa fall påkallad.

Förord

Bakgrund

Redan tidigt i mitt liv kom jag i kontakt med döden. Den skrämde och fascinerade mig samtidigt på ett sådant sätt att den för mig var närvarande i kanske större utsträckning än vad som kan antas vara det gängse för en ung pojke. Jag erinrar mig Hjalmar Söderbergs ord i "Martin Bircks ungdom": "Martin var redan som ung hänfallen åt det sorgliga; men det visste han inte än."¹ Under åren har jag fått erfara att ett antal personer har gått ur tiden, vissa som stått mig mer nära än andra, men vad de har gemensamt är att de alla fått mig att fundera över deras död, och inte desto mindre, över deras liv.

I den svenska folkhemsidyll där vi vuxit upp, besparade under mer än 200 år från krig och massförstörelse, är vi, som inte tillhör sjukvården, ofta inte vana vid att behöva handskas med sjukdom och död. I det gamla jordbrukssamhället var döden någonting som man tidigt fick erfara inom de stora familjehushållen där många generationer levde under samma tak. Därför kom också de äldres sjukdom och hädangång att bevittnas av även de yngsta i hushållen. Till följd av sekulariseringen och urbaniseringen av jordbrukarsamhället splittrades familjer och många gamla traditioner kom av praktiska och livsåskådningsrelaterade skäl att falla i glömska eller mer sällan kunna praktiseras. Genom den ökade specialiseringen i samhället är umgänget med våra gamla och sjuka något som vi inte längre personligen behöver befatta oss med, utan vården av dessa i vårt samhälle inte längre användbara individer har övertagits av en särskild sektor, där vår kontakt med dessa människor kan begränsas till det minimum av kontakt som vårt samvete påbjuder, och deras existens egentligen inte kräver något mer från oss än att vi accepterar att betala skatt för att de institutioner som håller dem vid liv skall kunna drivas. Det i ett äldre samhälle så naturligt ingående temat döden har blivit något vi läser om i tidningarna eller hör om i mediabruset på TV, där det inte i något av fallen berör oss personligen. Tron på vetenskapen som räddaren som kommer att frälsa oss ifrån sjukdom och handikapp genom tekniska framsteg har blivit en av våra nya religioner. Nya metoder för diagnostik, nya antibiotika, medel för cancerbehandling och genmanipulation har i stor mån tagit över den trygghetssänkande roll som religionen tidigare haft. Man har för första gången fått anledning att mynta begrepp som "en dödsfri generation", när endast en av tio tjugofemåringar har upplevt ett dödsfall i den närmaste omgivningen.²

Ändå är sjukdom och död ingenting någon av oss kan komma undan eller gömma oss ifrån. Var och en av oss kommer förr eller senare att drabbas, om inte först

¹ H Söderberg, *Martin Bircks ungdom*

² SOU 2000:6 s 19

genom vår egen hädangång, så i vart fall genom förgänglighetens avtryck på en släkting eller vän. Döden är en omistlig del av livet, och det ena kan inte existera utan det andra. Frågan är om människan över huvud taget kan föra en betydelsefull tillvaro utan att vara medveten om döden. För att uppskatta livet måste döden finnas där som den naturliga motvikten. Utan mörker inget ljus. Utan sorg ingen glädje. Döden är en del av oss, lika mycket som livet är det. Dyrkandet av den ensamma starka och vackra individen har orsakat ett bortjagande av döden från livets arena och skapat ett tabubelagt område. På grund av idealiseringen av det friska och levande i kombination med en avtagande religiös eller annan livsfilosofisk åskådning har livets nedgång med avtagande kroppsstyrka och ökad skröplighet börjat att betraktas som något ont istället för en naturlig del av livet. Oviljan eller ointresset att tala om förgängligheten ger av döden en bild som skrämmer och skapar mer olycka hos människor än förr. Men på senare tid har en förändring kunnat skönjas. Den avsaknad av utlopp för personlig sorg som präglat de senare generationerna har givit upphov till att vi drivs att istället få denna drift tillfredsställd av att empatiskt lida med i andras olyckor. Vi har sett hur nationer förenas i sorg i samband med olyckor som Estonia-färjans förlisning, diskoteksbranden i Göteborg, färjeolyckan i Norge och brand- och explosionsoffren i Enschede i Holland. Samtidigt börjar traditioner återupptas, som vallfärder till, och smyckning av, framlidna släktingars gravplatser under Allhelgonahelgen och minnesstunder anordnade till hågkomst av olyckor, där långt fler människor än de direkt berörda deltar. Ibland kan behovet ta sig närmast absurda uttryck, som när en CP-skadad noshörningsunges kamp för överlevnad under en veckas tid tar upp allt tabloidutrymme på bekostnad av alla andra nyheter. Närhetsprincipen gör att allt som man har lättare att identifiera sig med än något mer avlägset kommer i förgrunden, med resultatet att en CP-skadad noshörningsunge uppmärksammas långt mer än svältande barn i u-länderna. Människor utan egentlig nära relation till varandra förenas kring en gemensam sak de egentligen inte borde ha något intresse av för att känna till- och samhörighet. Som människor har vi ett behov av att få visa och leva ut vår sorg, utan vilket tillfredsställande vi inte fungerar normalt. Döden betraktas normalt som det, vilket man per definition vill undvika. Detta har naturligt återspeglats i allmän moralbildning och nationell lagstiftning. Men för vissa människor är inte förlusten av livet det värsta som kan drabba en. För dem kan andra saker, som förlusten av förmågan att ha kontroll över sin kropp, att tvingas bli beroende av andra, att inte längre kunna njuta av sådant som gör livet värt att leva, vara sådant som upplevs som ett större ont än döden i sig. Om döden vet vi väldigt lite, om vad som kommer efter den ingenting. Men vem skall då få bestämma vad vi får och inte får göra med våra liv? I dagens rättssamhälle, som det ter sig ut i Sverige, har vi låtit denna fråga i så gott som samtliga fall avgöras av individen själv, så länge denna kan anses tillräknelig. Det finns också undantag från huvudregeln, i fall då detta ansetts vara till individens bästa. Garantier för att detta verkligen är fallet är givetvis svåra att ge, och motiveringar till olika åtgärder måste baseras på en empiriskt grundad övertygelse om det för individens skull bästa alternativet. Hur var och en av oss närmar sig döden är vår ensak. Men det är nog till allas

vårt bästa att vi lär oss att handskas med tanken på livets slut, eftersom underlåtelse därtill får oss att förlora det som gör oss till de civiliserade djur som kallas människor; förmågan till att fundera över vår egen existens och att kunna förändra den.

Förkortningar

BrB	Brottsbalken (1962:700)
CIOMS	Council for International Organizations of Medical Sciences
FB	Föräldrabalken (1949:381)
HD	Högsta Domstolen
HovR	Hovrätten
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
IVA	Intensivvårdsavdelning
JK	Justitiekanslern
JO	Justitieombudsmannen
KR	Kammarrätten
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LR	Länsrätten
LUÅ	Livsuppehållande åtgärder
LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
NJA	Nytt juridiskt arkiv
RB	Rättegångsbalken (1942:740)
RegR	Regeringsrätten
RF	Regeringsformen
RÅ	Riksåklagaren
Sifo	Marknadsundersökningsföretag
SoS	Socialstyrelsen
SOU	Statens offentliga utredningar
SvJT	Svensk juristtidning
TR	Tingsrätten
ÅL	Lagen (1994:953) om åligganden för personal inom sjuk- och hälsovården
ÄktB	Äktenskapsbalken (1987:230)

Avdelning 1

1 Inledning

1.1 Eutanasi - vad är det?

Då man rent etymologiskt definierar eutanasi brukar den generella betydelsen anges som en rak översättning från det grekiska ordet vars översättning lyder "den goda döden" eller "den lätta döden". Mina egna grekiska kunskaper är förvisso starkt begränsade, men jag bär från andra områden med mig olika definitioner av det grekiska prefixet eu-. Det förekommer i en rad olika termer, som de i biologin använda orden *eukariot* (den äkta cellen) eller *eutrof* (som i den friska, "rätta" sjön), eller som inom den psykologiska litteraturen som *eufori* (den sanna glädjen). Stavelsen avser i dessa ord betydelser som "den äkta", "den rätta" eller "den sanna". Beroende på vilken betydelse man vill tillskriva ordet kan eutanasi få en innebörd som kanske skiljer sig från den allmänt vedertagna.

Då man talar om eutanasi avses vanligtvis en läkares rätt eller plikt att hjälpa sina patienter till att få en god eller underlättad död. En definition av eutanasi skulle därför kunna vara, att en läkare i kraft av sitt medicinska kunnande bidrar till att en döende patient får en god död. Men denna definition av eutanasi skulle implicera, att eutanasi inte var något otillåtet eller kontroversiellt. Alla torde anse att det ligger inom varje läkares grundläggande plikt att se till att dennes patienter inte får något annat än en så lite smärtsam och ond död som möjligt. Det är ju här inte den rent palliativa vården vi vill definiera. Alltså måste eutanasi definieras på något annat sätt som mer beskriver vad det är vi avser med termen. Barmhärtighetsdödande och dödshjälp kan användas som varandras ungefärliga synonymer, men innehåller kanske lite olika laddningar som gör att orden tillskrivs olika innebörd angående vad varje term egentligen innefattar.

Med eutanasi avses i den här uppsatsen, när en läkare på basis av sitt medicinska kunnande, avsiktligt och med konstaterat samtycke från den som är föremål för ingripandet, efter att vissa enligt lag uppställda kriterier uppfyllts, företar ett förfarande som leder en patient till en tidigare död än vad som på ett naturligt sätt skulle följa av det tillstånd patienten befann sig i innan det påskyndande förfarandet (eutanasin) inleddes.

Detta är en bred definition, som avses innefatta vad som idag allmänt omnämns som passiv och aktiv dödshjälp, samt palliativ vård då dessa kriterier uppfylls.

1.2 Syfte och metod

Inom den debatt som florerat angående eutanasi, har man inom det dagliga

språkbruket såväl inom vården som hos allmänheten, kommit att göra en distinktion mellan *passiv* och *aktiv* eutanasi. Gränsdragningen har väl hitintills, på ett praktiskt eller rentav juridiskt plan, varit tillfredsställande, om man nöjer sig med att tänja gränserna för vad som kan godtas i praxis utan att behöva ta till lagstiftning. I takt med de nya möjligheter som framkommer genom den medicintekniska utvecklingen, ändras emellertid förutsättningarna för dragningen av dessa gränser. Av denna anledning, och då distinktionen mellan den passiva och den aktiva eutanasi vid ett närmare påseende framstår som godtyckligt gjord, bör den revideras.

Syftet med denna uppsats är att utreda begreppet eutanasi och särskilt den distinktion som görs mellan den aktiva och den passiva eutanasi. Min avsikt är att visa på den inkonsekvens som idag råder genom ett accepterande av den passiva eutanasi samtidigt som den aktiva formen förbjuds. Samma inkonsekvens föreligger i förespråkandet av en långt driven palliativ vård, då denna i många fall inte till resultatet kan anses skilja sig från en aktiv dödshjälp. I arbetet upptas olika vägar som kan väljas för att möjliggöra ett legalt utövande av aktiv eutanasi. Genom en skärskådning av den praxis som gäller den passiva eutanasi illustreras hur en acceptans av aktiv eutanasi inte skulle komma i konflikt med den idag existerande lagstiftningen, då det som praktiseras idag och det som är i lag förbjudet egentligen inte skiljer sig sinsemellan. Detta åstadkommes genom en granskning av de rättigheter samt skyldigheter som tillkommer och åligger patienter och läkare. Genom arbetet upptas och analyseras ett antal påståenden.

(1) Distinktionen mellan aktiv och passiv eutanasi är inte väl underbyggd utan har gjorts på ett godtyckligt sätt. Som konsekvens härav har man kommit att tillåta en sorts dödande men inte en annan, vilka vid en närmare skärskådning inte skiljer sig från varandra.

(2) Liknande undantag har redan accepterats genom godkännandet av den särskilt läkarkåren tillerkänts att med samtycke skada och inte minst genom omhuldandet av den passiva eutanasi

(3) Man har tidigare avfärdat krav på en specialreglering med hänvisning till att de regler om dödande som redan finns i BrB täcker även eutanasi. Behovet är dock idag uppenbart med hänsyn till de personer som redan dömts för eutanasi och de läkare som i framtiden riskerar straff vid administrering av dödshjälp. Anledningen till att detta måste ske är att förfarandet att tilldela eutanasi successivt redan i praxis tillåtits genom åtalsunderlåtelse från åklagare och med samhällets tysta konsensus. Att använda sig av traditionella straffrättsliga verktyg och kriterier då man betraktar eutanasi blir förfelat, då detta institut kräver egna verktyg på grund av den särskilt ifråga om dödande som eutanasi intar. Det behövs genom speciallagstiftning ett upprättande av ett eget rättsinstitut där eutanasi blir tillåtligt, i likhet med vad som tidigare gjorts med exempelvis abort, transplantationer eller sterilisering.

Som metod kommer jag att använda mig av de offentliga utredningar samt den myckna litteratur som framkommit i kölvattnet av den debatt som med jämna

mellanrum blossat upp både i Sverige och den övriga världen. Arbetet kommer att innehålla såväl rent refererande delar som egna analyser och tankar om vad som egentligen ryms i de lagrum och principer som ansetts tillämpliga vid bedömandet av tidigare avkunnade domar.

2 Döden angår oss alla

I en tid då människor blir allt äldre och därför i högre utsträckning än förr kommer i behov av vård, samtidigt som det gamla storfamiljesamhället splittrats upp, finns det inte längre alltid möjlighet att ha sina nära tillgängliga under den sista tiden av livet. Idag spenderar de flesta människor som når en hög ålder eller drabbas av sjukdom sin sista tid på institutioner särskilt upprättade för detta ändamål. I ljuset av detta är det därför viktigt att vården tar hänsyn till vad som gör denna tid till en så värdig tid som möjligt.

2.1 Hur dör vi?

Enligt uppgift från Socialstyrelsens register över dödsorsaker dog i Sverige under 1996 94 036 personer. Tidigare dog flertalet människor på akutsjukhus. I Socialstyrelsens underlag till vårdprogram år 1989 uppgavs att 90 % av dödsfallen skedde på sjukhus eller annan institution, som t ex olika särskilda boendeformer. Under senare år har det dock skett en förskjutning av dödsplats från akutsjukhusen till dessa nya boendeformer, men även tillbaka till det egna hemmet. I en kartläggning av dödsplatser som gjorts av Landstingsförbundet i samarbete med Statistiska centralbyrån visas, med reservation för stora regionala skillnader, att:

- 42 % dog på sjukhus
- 31 % dog inom särskilda boendeformer
- 20 % dog i eget hem
- 7 % dog på okänd ort, d v s dödsplats framgår ej av statistiken.³

Bland dessa får varje år tusentals människor hjälp med att dö, antingen genom att livsuppehållande åtgärder aldrig sätts in eller genom att de tas bort då behandling inte anses kunna tillföra något mer. I sin studie från en svensk intensivvårdsavdelning (IVA) skriver Dr Peter Sjökvist att 58 % av alla dödsfall vid den avdelningen dessa hade föregåtts av läkarbeslut om begränsad behandling.⁴ Detta förfarande har i ett avgörande från en underrätt accepterats som i linje med gällande lag så länge det utförs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Aktiv eutanasi, där läkare genom en aktiv handling exempelvis administrerar ett läkemedel som inte bara påskyndar utan till och med direkt orsakar patientens död, har inte prövats av Högsta Domstolen (HD), men efter vad som anförts i domskälen till det s k Hedebymålet (NJA 1979 s 802) skulle detta inte vara tillåtligt. Domskal är som bekant inte bindande, men kan vara till vägledning för tankegångarna i HD. Anledningen till motvilligheten att särslagstifta är att man räds att ett tillåtande av aktiv eutanasi skulle kunna missbrukas och

³ SOU 2000:6, s 29

⁴ P Sjökvist, The decision to limit life support, s 38

leda till önskade resultat. Men i samhället cirkulerar rykten om att detta inte utgör något hinder för begagnandet av aktiv eutanasi. Många läkare har anonymt eller offentligt vidstått att de vid ett eller flera tillfällen givit aktiv eutanasi, och andra att de i princip inte är motståndare till tanken att i framtiden göra det.⁵ Det finns alltså en opinion för att utreda och eventuellt legalisera även aktiv eutanasi.

3 Vård av döende – den palliativa vården

Vård av döende människor innefattas i den s k *palliativa* vården. Generellt inbegrips i den palliativa vården allt som har med symtomlindring att skaffa, från behandling av unga med s k benign smärta av övergående natur till de kroniska smärttillstånd utan biologiskt syfte som ingår i maligna terminala sjukdomar. Mestadels används dock uttrycket för att beskriva den behandling som ges till patienter med en “obotbar, symtomgivande progressiv sjukdom, med ett begränsat eller kort tidsperspektiv”⁶. Den palliativa vården tar vid där den kurativa, symtomupphovsgivande behandlingsvården upphör. Målet för denna gren av vården är inte längre att bota, utan endast att lindra de symtom som sjukdomen eller dess behandling ger upphov till. Genom att avstå från insatser som förlänger dödsprocessen, kan det palliativa vårdteamet koncentrera sig på att erbjuda smärt- eller annan symtomlindring. Detta kan ibland innebära att patientens liv kanske avsevärt förkortas jämfört med om en annan behandling hade satts in, men utgör i debatten en variant som särskiljer sig från vad som brukar avses med eutanasi. Detta är även ett förfarande som accepterats i rättspraxis, se nedan bl a kapitel 6.1.6.

3.1 Passiv och aktiv eutanasi - i teori

I vanligt språkbruk brukar man göra en distinktion mellan passiv och aktiv eutanasi. Denna bygger på att man ser till vad orden i de olika uttrycken verkar stå för. När en läkare hjälper en patient att få en god död, kan förfarandet ske på olika sätt.

Detta kan åstadkommas genom ett beslut om huruvida en patient skall erhålla livsuppehållande åtgärder, eller om någon som redan är mottagare av sådana åtgärder skall sluta uppbära dem. Olika exempel härpå kan vara att koppla bort någon som tidigare kopplats upp till exempelvis hjärt- och lungmaskin, eller att upphöra med annan medicinsk behandling som cytostatika, strålning eller dylikt. Detta är att hänföra till den *passiva* eutanasin, som utan egentlig reglering men ändå i praxis har avgjorts vara tillåtligt i Sverige. Det finns dock ingen reglering i lag om när, av vem, eller på vilka sätt detta låter sig göras.

⁵ Ibid

⁶ P Strang, Symptomkontrollens betydelse, kap 27, Palliativ medicin.

Utöver att lindra patientens plågor kan läkaren förkorta dessa genom att *påskynda* patientens död. Detta är vad som i debatten brukar kallas *aktiv* dödshjälp, och är i Sverige förbjudet idag.

3.2 En mystisk distinktion

Vad är det då som i sak utgör den skillnad som tillåter att man faktiskt skall göra en distinktion mellan den passiva och den aktiva eutanasi? Varför är den ena accepterad och till och med förväntad, medan den andra renderar ett straff som signalerar att handlingen likställs med det strängast betraktade brottet en människa kan begå mot en annan, när resultatet av de båda handlingarna blir detsamma, och skillnaden mellan handlingarna kanske bara är rent akademisk? Var skall gränsen dras mellan eutanasi och den palliativa vården? Är en sådan gränsdragning alls möjlig, och är den relevant? Föreligger verkligen en reell artskillnad eller rör det sig endast om en gradskillnad? Finns det alls någon skillnad som motiverar skilda betraktelsesätt för de båda varianterna?

När man i debatten och i litteraturen gjort distinktionen mellan aktiv och passiv eutanasi, har gränsen enligt undertecknad dragits på ett teoretiskt och praktiskt mer eller mindre godtyckligt sätt. Detta verkar även vara fallet i praktiken, då de som utför eutanasi har låtit sig nöjas med den enkla distinktionen. Man har menat att den avgörande skillnaden, rättfärdigande den ena typen av dödande och inte den andra, är att den aktiva dödshjälpen är resultatet av en aktiv handling, medan den passiva endast orsakas av en underlåtenhet att handla. För att denna distinktion skall kunna upprätthållas, måste man vara av den övertygelsen att det mellan olika förfaranden som resulterar i samma konsekvens föreligger en etisk och juridiskt relevant skillnad som motiverar en sådan distinktion. För att upprätthålla distinktionen måste det vidare med fog kunna anföras att en handling innebärande ett avstängande av en livsuppehållande apparat betraktas som en underlåtenhet.

Att detta inte beror på ett logiskt felsslut hos hela den i debatten insatta populationen torde framstå som uppenbart. Men varför har man då låtit sig nöjas med denna inkonsekvens?

För den icke-juridiskt skolade kan det vara en vanlig uppfattning att det inte är lika förkastligt att underlåta en påbjuden handling som att aktivt utföra något som inte är tillåtet. Genom att acceptera underlåtenhetshandlingen som godtagbar gör man det inte bara praktiskt enkelt, utan handlar i överensstämmelse med den allmänna uppfattningen om att icke-ingripande utgör en sådan situation där den underlåtande personen inte bör ställas till svars för sitt beteende. Men är det verkligen så, eller endast en chimär? Denna problematik tas upp nedan i kapitel 8.2.1 och framåt.

4 Hur ser debatten ut i Sverige?

I målet NJA 1979 s 802 dömdes en författare och journalist, Berit Hedeby, för att ha orsakat en persons död genom att hon tillhandahållit och hjälpt personen med självadministration av läkemedel, samt att hon egenhändigt injicerat insulin. Berit Hedeby anförde till sitt försvar att det endast hade varit fråga om medhjälp till självmord och att hon därför i enlighet med svensk rättspraxis inte kunde dömas till ansvar härför. TR:n dömdes för dråp till åtta månader fängelse, HovR:n ändrade domen till ett år vilken HD fastställde.

Idag ligger i Sverige praktiskt taget alla brott under allmänt åtal (RB 20:3), vilket i princip innebär att åklagare har en skyldighet att åtala den som på goda grunder misstänks ha begått brott. Åtal kan initieras på olika grunder. I första hand brukar åtalsprövning påbörjas efter angivelse, men kan också vara påkallat ur allmän synpunkt, då åklagaren på eget bevåg skall företa åtalsprövning (RB 20:6). Förundersökning skall inledas, så snart det på grund av angivelse eller av annat skäl finns anledning att anta att ett brott som hör under allmänt åtal har förövats (RB 23:1). Åtalsunderlåtelse får egentligen endast ske, under förutsättning att något väsentligt allmänt eller enskilt intresse ej åsidosätts (RB 20:7). Vad gäller eutanasi har man i det stora flertalet av fallen, att döma av vittnesmålen från personal och inblandade i vården, tydligen valt att blunda för det olagliga i gärningarna, och det är endast i ett litet antal s k pilotfall som man har prövat omständigheterna för handen. Dessa har till största delen inte involverat läkare utan privatpersoner som hjälpt sina sjuka anhöriga till en tidigare död. Detta har gjort att man endast fått besked i de specifika fallen, varför rättsläget idag inte är klart.

Det finns endast allmänna principer att ta till vid avgörandet av vilka åtgärder som är tillämpliga för när en läkare kan på ett rättsenligt sätt förkorta en människas liv. Socialstyrelsen har i ett antal skrifter kommit med direktiv som kan vara av värde vid en straffrättslig bedömning, men dessa är varken juridiskt bindande eller tillräckligt detaljerade för att ge mer än en fingervisning om hur olika fall skall bedömas⁷.

I det senaste inlägget i debatten om vård i livets slutskede har just utkommit en utredning från kommittén om vård i livets slutskede, SOU 2000:6. I denna för debatten så viktiga utredning har dock från början bestämts att frågan om eutanasi inte alls skall beröras, utan hela fokus har istället kommit att ligga på utformningen av den palliativa vården. Ännu en gång har alltså frågan om eutanasis utredning sopats under mattan.

⁷ Allmänna råd från SoS, 1992:2, Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede

4.1 Självbestämmanderätt och integritet vid angrepp på egen rättssfär

Att begå självmord är inte att begå en brottslig gärning i Sverige. Detta i första hand för att angrepp på egen rättssfär inte utgör brottslig gärning, åtminstone inte så länge det inte utgör ett intolerabelt ingrepp i någon annans rättssfär eller är föremål för särskild reglering. Följaktligen är inte heller medhjälp till självmord straffbart. Även om regeringsformens bestämmelser endast är tillämpliga på förhållandet mellan enskilda och det allmänna har det hävdats att den ändå skulle kunna fungera som ett hjälpmedel för att mer allmänt fastställa vissa oantastliga värden (se närmare nedan kapitel 7.3). För andra relationer utanför de som rör det allmännas återfinnes ett långtgående skydd för mänskligt liv och dess hälsa i 3 kap BrB. Offrets samtycke till handlingar som överskrider graden av ringa misshandel kan i normalfall inte göra en skadande handling rättsenlig. Dödande av annan är således trots samtycke strängeligen förbjudet. Medicinska ingrepp godtas emellertid, trots deras omfattande beskaffenhet, på grundval av deras sociala adekvans. Men skyddet för människokroppen och dess inneboende liv, såväl i grundlagen som i brottsbalken, syftar emellertid endast till att träffa angrepp från *annan* än individen själv. Följaktligen är det inte belagt med straff att försöka ta sitt eget liv eller att åsamka sig själv allvarlig kroppsskada. Detta är dock fallet i Norge, där en läkare som i någon mån medverkar till att en patient försöker ta sitt eget liv är straffbar.⁸ I Sverige åtnjuter dock inte en människas liv något rättsordningens skydd mot angrepp från henne själv. Så länge hennes handlande inte faller under de rekvisit som gäller för tvångslagar som LVU, LVM eller LPT, lägger sig inte rättsordningen i vad en människa gör med sitt eget liv. Man har valt att låta en beslutskompetent människas självbestämmanderätt och integritet väga tyngre än det tvivelaktiga intresset i att skydda en individs liv och hälsa mot angrepp från henne själv, samt samhällets intresse av att bevara respekten för mänskligt liv. De bestämmelser som syftar till att tillvarata den enskildes egna intressen tar endast sikte på dem som av olika skäl kan anses vara oförmögna att själva tillvarata dessa. Huvudregeln är dock att man har rätt att avböja kroppsliga ingrepp oavsett dessas syften. Det framgår klart och tydligt av hälso- och sjukvårdslagens förarbeten att en patient har rätt att avböja vård som kan anses vara livsnödvändig.⁹ Av detta framgår tydligt att den enskilda människans rätt till självbestämmande över sin egen person uppfattas som ett mycket skyddsvärt intresse av rättsordningen. Det skyddsvärde som tillskrivs människolivet, och som har hög prioritet i grundlag såväl som i resten av rättsordningen, tillerkänns ingen generell prioritet över individens självbestämmanderätt över sin egen kropp. Detta trumfförhållande ser vi starka exempel på genom rättsordningens acceptering av aborter, där det ofödda barnets liv anses mindre skyddsvärt än kvinnans kroppsliga och personliga integritet. Det finns inte ens vid långt gångna graviditeter med livsdugliga foster någon rättslig möjlighet att med tvång utsätta kvinnan för

⁸ Se K E Tranöy, s 52

⁹ Se prop. 1981/82:97 s 117-118

åtgärder som syftar till att värna om barnets liv eller hälsa.

4.2 Moraliska värderingar inom den svenska sjukvården

Det är som tidigare dryftats ovan enligt i Sverige idag gällande rätt inte tillåtet med dödshjälp i vidare utsträckning än den som faller under vad som kallas "passiv" dödshjälp. Enligt ett rättsfall från en underrätt, återgivet i SvJT 1965 rf s 77, är det enligt praxis tillåtet med s k passiv dödshjälp som genomförs genom borttagande av livsuppehållande åtgärder (se vidare kapitel 6.1.6).

I sin studie från en svensk intensivvårdsavdelning (IVA) vid Örebro sjukhus skriver Dr Peter Sjökvist att det för 7 % av alla patienter och för 58 % av alla dödsfall vid den avdelningen gäller att dessa hade föregåtts av läkarbeslut om begränsning av livsuppehållande behandling (LUÅ). I drygt hälften av fallen (54 %) diskuterade läkaren beslutet med patienten eller familjen innan beslutet fattades¹⁰. Genom att kombinera dessa siffror tycker jag mig kunna tolka fram att i ca 25 - 30 % av dödsfallen vid den här avdelningen beslutades om begränsning av livsuppehållande åtgärder utan att vare sig anhöriga eller ens patienten själv tillfrågades eller kanske ens informerades om vad som skulle ske med honom/henne. En stor del av dessa siffror kan säkert förklaras genom omständigheter, som att patienten inte var kontaktbar, att inga anhöriga fanns eller var kända, e t c, men detta var säkert inte fallet inför samtliga beslut. Vid en jämförelse mellan kanadensisk och svensk IVA-personal som presenterades i Dr Sjökvists avhandling framgick att de senare var mer restriktiva med att inställa LUÅ-behandling. De kriterier som lades till grund för avgörandet av beslut om inställelse av LUÅ var bland den svenska personalen kort- och långsiktsprognos, tidigare direktiv från patienten, samt patientens ålder och kognitiva funktioner.

I en enkät besvarad av 1168 läkare, sjuksköterskor och medlemmar ur allmänheten, där 771 personer var ur allmänheten och 397 IVA-personalanställda, ansåg hela 80 % av allmänheten och 90 % av IVA-personalen att livsuppehållande behandling i vissa situationer kan avbrytas. Vidare ansåg 73 % av allmänheten och 70 % av sjuksköterskorna att i fall med en beslutsinkompetent patient ett beslut om upphörande av livsuppehållande åtgärder skulle fattas gemensamt av behandlande läkare och anhöriga i samråd. 61 % av läkarna ville dock själva fatta beslutet utan samråd med anhöriga.

Det har också varit en vanlig uppfattning sedan länge att eutanasi är "en praxis vilken, som var och en vet, pågår över allt"¹¹, något som "är mycket vanligare än de flesta människor vet och de som vet medger"¹².

¹⁰ P. Sjökvist s 9

¹¹ Anförande från kommitté med 2000 läkare i New York, bildad 1946 för att arbeta för en legalisering av aktiv eutanasi, ur I Hedenius Om dödshjälp, s 48

¹² Uttalande av Clarence Blomquist, ur I Hedenius, *Om dödshjälp och andra essayer*, s 49

4.3 Diskrepans mellan juridik och samhällsvärderingar?

Att det förekommer stora skillnader i samhället om vad som skall anses vara straffbara gärningar är ingen nyhet. Mellan å ena sidan dem som är satta att beivra överträdelser av i samhället antagna lagar och regler, såsom åklagare, advokater och domare, samt å andra sidan övriga, icke juridiskt skolade medborgare, sammanfaller kanske inte alltid synen på vilka handlingar som är att fördöma. Vad den juridiskt skolade gruppen av funktionärer anser bör göras eller underlåtas refererar Hedenius till som "juridikläran"¹³. Denna består av två delar.

Den första innefattar vad funktionärerna måste göra för att hålla sig inom de ramar som deras skolning och position i samhället kräver av dem, för att de skall kunna utöva sitt yrke på ett korrekt sätt, få möjligheter till befordran, e t c. Det är till dessa funktionärer som straffsatserna i BrB vänder sig, då de stadgar att den som gör si eller så, skall dömas till det eller detta.

Den andra delen av juridikläran är att de regler som återfinnes i rättskällorna inte endast vänder sig till dessa funktionärer, utan även skapar en slags moralisk kod enligt vilken hela samhällets medborgare bedömer sin omgivningens gärningar. Vi underlåter helst att göra saker som vi kan komma att straffas för, antingen av övertygelse om det rätta och vår känsla av moralisk plikt att inte göra det orätta, eller åtminstone av rädsla för att bli avslöjade och straffade med allt vad det innebär av omgivningens fördömande. Detta kan till och med dras så långt som till att säga att varje straffbar handling är moraliskt förkastlig.

Ändock gör många av oss då och då saker vi vet vara orätta. Att folks faktiska uppfattningar om vad som är rätt och orätt inte i alla delar överensstämmer med juridikläran är uppenbart. Som människor kan vi anse att vissa beteenden inte är mer förkastliga än andra, trots att juridikläran ser olika strängt på de båda företeelserna. De flesta av oss anser t ex inte spontant att det är någon större skillnad mellan att, för att använda Hedenius exempel, snatta för fyrtio öre som att förfalska ett värdebevis, som exempelvis ett frimärke, å samma belopp. Lagen ser dock betydligt strängare på det senare förfarandet än det tidigare. Ur en moralisk synvinkel kan det ena anses vara likvärdigt med det andra, men på grund av juridiska detaljer som fara i bevishänseende vad gäller förfalskningar ser juridikläran avsevärt strängare på förfalskningen, och fördömer därför detta starkare genom att stadga om en högre straffsats. Att i egenskap av vittne ljuga för att skydda en vän vars oskuld man är övertygad om är enligt juridikläran väldigt allvarligt och belagt med hårda straff. Men ur en moralisk synvinkel är detta ibland att betraktas som något sympatiskt och inom vissa kretsar är det ju som bekant till och med så att den som inte skyddar sin kamrat utsätts för ett

¹³ I Hedenius, *Om dödshjälp och andra essayer*, s 9

större förakt och ett straff som vida överträffar det som juridikläran stadgar.

På många ställen tiger lagen och väljer att inte fördöma sådant som en majoritet i samhället kanske tar avstånd ifrån. Kort sagt förekommer det många exempel på att juridikläran och det allmänna rättsmedvetandet har diametralt motsatta uppfattningar om vad som är mer eller mindre allvarliga gärningar, samt att juridikläran ibland frikänner vad rättsmedvetandet fördömer och vice versa.

Tanken är även att den straffsats som är knuten till ett brott i möjligaste mån skall återspegla gärningens fördömlighet. Detta är önskvärt för att det allmänna rättsmedvetandet skall tillfredsställas i bemärkelsen att den allmänna opinionen står bakom det resultat som en dom för den avsedda gärningen ger upphov till. De till juridiken bundna funktionärerna har till uppgift att tillmäta den straffbara handlingen det mått av betydelse som den förtjänar enligt tradition eller överenskommelse, utdela det till gärningen motsvarande straffet, och behöver därefter inte ägna sig åt något vidare moraliskt fördömande. Detta bestraffande är kanske inte vad den mer filosofiskt lagda, s k "upplysta" delen av funktionärerna skulle anse vara det för framtiden bästa sättet att avhålla brottslingar från att återfalla i brott eller göra dem till bättre individer. Dessvärre kanske nuvarande straffsystem för närvarande vid en samlad bedömning är bättre än alternativen. Ett sådant synsätt motiveras av att ett frångående av det nuvarande systemet i sin helhet skulle leda till ett sämre resultat än det vi ser för närvarande. Detta ligger även till grund för accepterandet av de s k justitiemorden, d v s de av rättsordningen oskyldigt dömda. Enligt ett allmänt vedertaget synsätt kan det aldrig motiveras att oskyldiga döms, utan varje fällande dom måste vara underbyggd av en säker bevisning. Emellertid är det ju så, att det inte kan finnas något som med rätta kan kallas för en absolut säker bevisning enligt den ordagranna betydelsen. Detta är en omständighet som måste accepteras av rättsordningen då ett krav på 100 %-ig bevisning inte kan krävas, vare sig av praktiska skäl vad gäller tillvaratagandet av bevis, och framförallt eftersom det osannolika ibland är det sanna. Praktiskt sett måste man nöja sig med en hög grad av sannolikhet för att fastslå en skuld. Detta är ändå något som jurister anser räcker för att bedriva domsverksamhet, eftersom alternativet skulle vara långt mindre tillfredsställande. Det är nödvändigt att döma. Man tvingas istället att välja en beviskravsnivå där man hoppas att antalet dömda skyldiga brottslingar kan motivera antalet dömda oskyldiga.

4.4 Är diskrepansen mellan lag och moral av betydelse?

Men om det nu har fungerat i flera decennier att låta lagen diktera ett förhållningssätt medan alla som berörs av lagstiftningen tillåts agera stick i stäv med densamma, är detta då någonting som vi idag skall dra upp och skapa oreda i? Varför inte bara låta saken bero, och övertrampen ske i det tysta? Hedenius säger ju att "vid varje konflikt mellan ett straffrättsligt bud och ett moraliskt bör

det moraliska följas och det straffrättsliga skjutas åt sidan, ty 'moraliskt' kallar vi just ett sådant bud som bör avgå med segern vid konflikt med andra konsiderationer'¹⁴. Med denna syn på juridiken skulle vi alltså endast vara skyldiga att följa våra lagar så länge de är i överensstämmelse med våra moraliska värderingar, och en civil olydnad vara tillåten eller rent av påbjuden så fort konflikt uppstod mellan våra övertygelser och den stiftade lagen. Häremot kan dock följande invändning riktas.

Om vi ponerar att lagen består av mestadels förnuftiga påbud, skulle det i det långa loppet leda till bäst resultat om vi alltid följde vad lagen stadgade. Detta är ett exempel på "regelns så långt möjligt undantagslösa upprätthållande", och vad moralfilosofer skulle referera till som regelutilitarism. Den kräver att vi följer lagen även i de situationer då vi inte kan se någon god verkan därav. Tanken med ett sådant system är att principen tros få så goda verkningar att de inte får uppoffras till förmån för de eventuella kortsiktiga goda konsekvenserna som ett ens undantagsmässigt frångående av reglerna skulle ha. Anledningen härtill är att en överträdelse riskerar att underminera regelns auktoritet i framtiden. Även om avsteget från regeln hemlighålls kommer den som brutit mot regeln få en mindre respekt för regelns auktoritet. Alternativet vore att endast frångå regeln då det vore uppenbart för den handlande att regeln inte bör tillämpas i en viss situation. Men i vilken situation är detta tillåtet, och vilket är handlingsalternativet att tillämpa? Att låta en sådan lös regel avgöra vad som är det riktiga att göra i beslutssituationer kan måhända vara tillfredsställande om det endast gäller en själv, där man vet vilka åsikter som ligger till grund för ens beslut. Men skulle detta kunna upphöjas till allmän maxim? Om var och en skulle gå efter sin egen individuella mall om under vilka omständigheter det skulle vara korrekt att frångå lagen till förmån för sin egen övertygelse skulle man snabbt få en ohållbar situation.

Enligt en ofta proklamerad princip skulle en grundläggande skillnad i den auktoritet en demokrati har framför en diktatur vara att finna just i följande distinktion. Den går ut på att i en diktatur är medborgarna inte skyldiga att följa lagarna, om tillämpningen av dessa framstår som motbjudande för ett någorlunda upplyst samvete. Under sådana lagar är man istället moraliskt skyldig att trotsa lagarna, trots det straff man därav kan ådra sig. Men i en demokrati, där medborgarna genom sina fritt valda representanter själva avgör vilka lagar som är att tillämpa, är var och en moraliskt skyldig att lyda lagen, tills den avskaffas av de folkvalda. Alltså är vi, så länge vi accepterar att leva i en demokrati, skyldiga att rätta oss efter de lagar vi genom systemet själva stiftar. Det är därför så viktigt att vi stiftar lagar som står i överensstämmelse med våra övertygelser. Men med vilka hänsyn och enligt vilka regler skall då lagarna stiftas?

¹⁴ I Hedenius, Livets mening, 1964, s 134

4.5 Livskvalitet och en värdig död

I takt med att debatten om sjukvårdens prioriteringar och eutanasi har tagit fart har ett begrepp som inte tidigare varit så närvarande uppkommit: livskvalitet. Även om begreppet är förhållandevis nytt inom den medicinska etiken känns det igen redan från sokratiska tider. Ett oreflekterat liv är inte värt att leva, menade John Stuart Mill. "Hellre en missnöjd Sokrates än en glad gris". Detta är nog ämne för diskussion, men människor har alltid en tendens att jämföra och fördöma saker som inte befinner sig på samma nivå som de själva. Mången människa i unga år menar sig hellre vilja avlida än att hamna i rullstol eller handikappas i än mindre mån. Detta hör ungdomen till. Men många människor kan trots högre ålder eller uppskattning av de "smärre" värdena i livet känna att det finns situationer då livet faktiskt inte är värt att leva längre. Även om det är svårt att definiera livskvalitet är det inte svårt att visa på exempel som belyser ämnet. Många kvinnor, som drabbade av bröstcancer skulle kunna räddas genom kirurgiskt avlägsnande av den drabbade kroppsdel, väljer att avstå från amputation för att behålla sin könsidentitet, trots att detta kanske innebär att sjukdomen inte går att bota eller åtminstone att metoder med sämre prognos istället används. Inkontinens är knappast ett livshotande tillstånd, men det är ett bra exempel på vad som upplevs som avsaknad av livskvalitet. Begreppets individuella prägel måste av nödvändighet vara förankrat i den subjektiva upplevelsen. Det går inte att sätta någon generell norm som avgör var gränsen går. Livskvalitet måste upplevas av den som lever livet för att inte mista sin verklighetskaraktär. Men det finns även en objektiv sida, som kanske mer har med värdighet att göra. Det kan vara oerhört påfrestande för anhöriga att se en sjuk släkting tvingas leva ett liv som vederbörande själv upplever som nedvärderande. Det är ett liv som det är svårt att önska ett förlängande av, även om detta inte behöver betyda att döden därför påskyndas. Även de mest fromma kan i sådana situationer be till sin gud att göra slut på ett lidande som de hoppas den sjuke redan förlorat medvetenheten om. K E Tranöy talar om en slags asymmetri med både praktiska och teoretiska konsekvenser som kännetecknar livskvalitet¹⁵. Livskvalitet ger sig tydligare tillkänna genom sin frånvaro än genom sin närvaro. Först när livskvaliteten sjunker under en viss nivå, och frånvaron erfars i närvaron av ett meningslöst liv fyllt av lidande, upplevs kravet på livskvalitet som en realitet. Det är först då som den drabbade kan be om att få ett snabbt slut på sitt lidande, och de anhöriga kan önska ett barmhärtigt slut; en värdig död. Men det är svårt att i närvaron av livskvalitet känna den betydelse som tillståndet har när det istället lyser med sin frånvaro, och det är kanske endast när livskvalitet saknas som dess betydelse till fullo kan uppskattas. Begreppet må vara svårutrett på grund av sin subjektiva och individuella prägel, men det betyder inte att det kräver mindre diskussion. Ty trots att vi kanske alla hypotetiskt hyser olika preferenser om vad som ger vårt liv kvalitet, kan vi alla enas om att begreppet livskvalitet som sådant representerar ett värde vi alla eftersträvar. Utvecklingen inom den medicinsk-etiska forskningen verkar understryka en

¹⁵ K E Tranöy, s 42

gammal insikt; det finns sådant som är värre än döden. Många kan enas om att människolivet inte alltid har ett absolut och oövertrumpat värde. Inom de flesta kulturer ses den som offerar sitt liv för andra som en moraliskt högstående person. Det kan vara att ses som god medicinsk praxis att prioritera smärtlindring trots att detta kan komma att förkorta en patients liv. I vissa situationer är livskvalitet att föredra framför en viss vinning av livslängd. Det kan ibland vara moraliskt acceptabelt att prioritera andra värden högre än livet självt.

Avdelning 2

5 Etik och moral

Att leva är att interagera med omgivningen. Detta skulle kunna vara en definition på vad liv är. Genom att leva påverkar vi hela tiden vår omvärld på mer eller mindre ingripande sätt. I vårt dagliga liv gör vi ständigt olika ställningstaganden i olika frågor, och de handlingar vi baserar på dessa ställningstaganden har olika effekter på vår omgivning. De flesta av våra handlingar kan vi nog påstå inte utgör några större problem att identifiera och vi kan direkt se vilka resultat som kommer ut från dem. De flesta har heller inte, åtminstone vid ett första påseende, någon etisk eller moralisk konsekvens vi behöver ta hänsyn till. Men många frågor, och kanske fler än vi till en början kan se, har olika följder som gör att vi kan behöva överväga vilket beteende som är att iaktta i olika situationer. Inför ett ställningstagande i en fråga där alternativen har olika följder kan det vara svårt att vara säker på vilket förfarande som leder till det resultat man vill uppnå. För att komma fram till vilken handlingsplan som är den för situationen rätta, kan man se på de olika alternativen genom särskilda filter, såsom etiska moralprinciper.

De båda termerna etik och moral vilka ofta nämns i samma mening och närmast fått status av ett sammansatt uttryck, är väl ursprungligen två glosor från olika språk avseende i stort samma sak. Etik härstammar från grekiskans "ethos", "sed", medan moral kommer från latinets "moralis", "som rör sederna", i sin tur från "mos", "sed". Torbjörn Tännsjö använder i sin bok *Vårdetik* de båda orden som varandras synonymer. Följaktligen skulle orden vara varandras motsvarigheter, och Tännsjö menar till och med att den som tanklöst talar om "etik och moral" inte skulle veta vad han pratade om.¹⁶

Detta må vara sant ur en rent idiomatisk synvinkel, men oavsett ordens ursprungliga betydelser gör vi idag en mängd associationer till de båda termerna. Föreställningar om gott och ont, rätt och fel, värderingar och normer, frihet och ansvar, behov och krav, rättigheter och skyldigheter, är alla målande exempel på vad vi kan avse att förmedla genom vårt hänvisande till "etik och moral". Att göra en distinktion, eller att åtminstone definiera sitt eget språkbruk, borde vara något som ingår i varje seriös avhandling. Knut Erik Tranöy beskriver moral som stående för konkreta normer och värden vi försöker leva efter, som kärlek, rättvisa och den svages rätt till skydd. Etik skulle då istället stå för teoretiska reflektioner runt dessa normer och värden, som då olika normer kommer i konflikt med varandra. Etik är alltså "teori om moral"¹⁷

¹⁶ T Tännsjö, *Vårdetik*, s 14

¹⁷ KE Tranöy, *Medicinsk etik i vår tid*, s 49

Jag har valt att ansluta mig till det ovanstående och använda mig av den definition som kommittén om vård i livets slutskede talar för i sin skrift. Med etik avses läran om moral och moralens teori. Moral innebär etikens praxis respektive etikens tillämpning i konkret handling. Meningen med etiska teorier är att de skall återspeglas i moraliska insatser.¹⁸

På den medicinska etikens område glider emellertid de båda uttrycken lätt in i varandra, varför det kan bli svårt att hålla isär de båda termerna i många sammanhang. Detta borde dock inte inverka menligt på förståeligheten av problematiken.

5.1 Vad är etiska teorier?

Etiska teorier är värderingssystem som kan erbjuda ramar för att utvärdera handlingssystem eller enskilda handlingar. Etiken kan delas upp i två delar, en generell s k *grundvalsetik*, och en inom olika områden specialiserad s k *områdesetik*.

Grundvalsetiken kan delas upp i tre kategorier¹⁹. I den första kategorien ställer man sig frågan om vilka etiska värderingar och normer som är de förhärskande eller alls förekommande i ett visst samhälle eller region, t ex inom en särskild befolkningsgrupp eller kultur. Detta är den *deskriptiva* etikens uppgift.

Den andra kategorien söker avgöra vad som är rätt eller rimligt när man skall ta ställning i konkreta frågor. Detta är den *normativa* nivån där man väger alternativ mot varandra för att kunna välja bland flera konkreta handlingssätt.

Den tredje kategorien har det primära intresset att söka efter meningen med ord, som rätt och fel, gott eller ont. Detta är *metaetiken*, där analysen av etiska satser, termer och teorier hör hemma.

Områdesetiken är inte generell, utan som beteckningen antyder specifikt adapterad till det område inom vilket den existerar. Den medicinska etiken är ett exempel på en sådan enskilt specialiserad konstruktion.

5.1.1 Begreppen norm och värde, princip och teori

Inom studiet av etiska teorier cirkulerar många begrepp och idéer. Vissa av dessa är mer eller mindre återkommande, och mer eller mindre konsekvent använda av olika debattörer. Exempel på sådana är plikt, norm, värde, rätt och fel, gott och

¹⁸ SOU 2000:6, s 62

¹⁹ Ibid, s 63

ont, e t c. Det är alltså inte alltid det enklaste att bibehålla ett enhetligt bruk av dessa termer. För att börja någonstans att definiera ord som används i detta arbete, har jag valt ut dessa fyra; *norm*, *värde*, *princip* och *teori*.²⁰

Etiska och moraliska *normer* har att göra med vad som kan betraktas som rätt och orätt, eller riktigt och felaktigt. Exempel härpå är påbud, förbud, tillåtelser och rättighetsnormen. Alltså sorteras lagar och juridiska regler in under normer, men även mindre tungt vägande påbud som riktlinjer, uppmaningar och dylikt. Även religiösa och sociala regelverk räknas in här. Normer har sin egen logik, vilken utarbetats och klarlagts under det senaste halvsekle. Denna s k normlogik bygger på vardagslivsbaserade argumentstrukturer. Exempel kan låta som följer:

Om en handling H är påbjuden, måste den också vara tillåten. Ty om den inte vore tillåten, så vore den förbjuden, och då kan den inte vara påbjuden. En rättighet att utföra en handling H innebär en tillåtelse för den som har rättigheten. Ty om inte NN hade tillåtelse att både utföra H och låta bli, måste H antingen vara förbjuden eller påbjuden.

Normlogiken kallas inom logiken också för deontisk logik, härrörande från det grekiska ordet för plikt. Vad som kan känneteckna denna argumentationsteknik är att textens normlogiska resonemang inte nödvändigtvis är giltiga argument enligt en annan logik, utan endast exempel på argument som vi använder till vardags där olika typer av normer ingår.

Moraliska *värden* har att göra med gott och ont, bra eller dåligt. Som en konsekvens härav är det väldigt svårt, för att inte säga praktiskt omöjligt, att generellt definiera vad dessa värden är. Det finns flera typer av värden bland vilka de moraliska endast utgör ett exempel, som ekonomiska, estetiska eller historiska värden. Det har hittills inte lyckats framkomma något enhetligt system enligt vilket det skulle vara möjligt att jämföra eller ens behandla dessa olika värden. Att definiera ett värde genom att ange dess motsats, som "bra" i kontrast mot "dåligt", ger ingen vägledning i fråga om var de olika begreppen befinner sig på en värderingsskala.

Man har försökt att bringa klarhet i värdenas logik genom att utgå från preferenser. Genom att säga att x är bättre än något annat, y, och att y då följaktligen är sämre än x. Det är emellertid tveksamt om ett godhetsbegrepp låter sig definieras genom en hänvisning till relationen "bättre än". Att något, x, är "bättre än" ett alternativ y säger ju inget om var på skalan detta befinner sig, och om x representerar det värsta tänkbara scenariot betyder den inbördes relationen ingalunda att y för den sakens skull är ett tillfredsställande alternativ.

Till vardags utgör dock denna slags argumentation en tillräcklig grund för basis av enkla beslut, eftersom vi för det mesta är mer eller mindre överens om vad de

²⁰ Framställningen i detta kapitel bygger på K E Tranöys femte inledningskapitel, s 24

olika värdena representerar. Och är det bara fråga om två alternativ, är det kanske inte så svårt att välja det minst onda, om man nu är på det klara med vad som skall kvalificeras som “mer ont”.

Härav följer, att man borde anse att vad som är att kvalificera som “mer gott” eller “mindre ont”, borde också vara tillåtet, för att inte säga påbjudet. Det finns emellertid en uppfattning om, att handlingar som är moraliskt goda faller utanför vår moraliska plikt. Att man kan vidmakthålla en sådan uppfattning är dock endast möjligt i en kontext där man redan enats om var gränsen skall dras för vad som är ett moraliskt krav och vad som endast utgör ett moraliskt ideal.

Moraliska eller etiska *principer* används också ofta i etisk argumentation eller moralfilosofi. Vad som faller under termen illustreras enklare med exempel än med en definition. Inom en religion som den kristna eller islam utgör tio guds bud ett målande exempel. “Du skall icke dräpa” är en moralprincip uttryckt i en norm. I den medicinska etiken kan man finna en motsvarighet i: “Inom medicinen är barmhärtighet ett viktigare värde än rättfärdighet”, vilket är ett argument för likabehandlingsprincipen som gäller alla patienter oavsett uppkomsten till deras tillstånd.

En *etisk teori* omfattar alla de tre ovan uppräknade termerna vilka teorin försöker samla och kombinera till ett logiskt system. Dessa system har traditionellt utvecklats främst av filosofer eller teologer vilka söker att förklara tillvaron och ge ett rättesnöre för svåra val. Exempel på etiska teorier är Immanuel Kants pliktetik och John Stuart Mills utilitarism.

5.1.2 Begreppet etisk konflikt

För att definiera vad jag avser använder jag mig av Tore Nilstuns ord. En etisk konflikt är en situation som uppfyller fyra olika villkor: (1) det finns etiska skäl för en person P att utföra en handling A, (2) det finns etiska skäl för P att också utföra en annan handling B, (3) P har förmågan att utföra A för sig och B för sig, men (4) P kan inte av logiska skäl utföra både A och B.²¹

5.1.3 Etiskt neutrala handlingar

Det är väl som tidigare påpekats så att de flesta, dock inte alla, anser att inte alla handlingar faller inom moralens område. Moraliskt oladdade handlingar, som att gå, tala eller utföra andra vardagliga eller ovanliga handlingar anses inte ha någon etisk implikationer då de inte ”drabbar” någon. Samtidigt anser vi generellt att många handlingar är av det slaget att det finns etiska skäl till att utföra eller underlåta att utföra dem. Samtidigt finns det även ett otal handlingar där varken

²¹ T Nilstun s 19

skäl för eller emot dem kan anföras. Den stoiska skolans grundare, filosofen Zenon från Kition på Cypern, ca 336-265 f Kr, ger i sina skrifter exempel på vad han menar vara ting utan inneboende värde, vilka han kallar *adiafora*, likgiltiga ting. Att de exempel som han anför till stöd härför kanske är stick i stäv med vad de flesta skulle anse vara etiskt neutralt inverkar inte på denna sanning. Zenon skriver att:

Det likgiltiga är; liv och död, ära och ärelöshet, lust och smärta, rikedom och fattigdom, sjukdom och hälsa och annat sådant. (*Citerat efter Marc-Wogau 1983:I, s 248*)²²

Vad Zenon skulle benämna som etiskt neutrala ting idag är osäkert, men framför allt om han även avser att med detta innefatta handlingar som till sitt resultat ger upphov till dessa följder. Jag är nästan benägen att ge honom rätt i sitt påstående, inte endast generellt, d v s i situationer som brukar betraktas som etiskt oproblematiske på grund av deras neutrala innebörd, utan även kanske att göra det i de mer kontroversiella situationer som anges i citatet. Dock sätter ett civiliserat samhälle en ära i att stävja sådant som man allmänt betecknar som "ont", och främja vad som kan betraktas som "gott". För mig är det en kasuistisk fråga om vad som skall falla under det ena eller det andra, d v s det är först i det enskilda fallet som en handling i en viss kontext i jämförelse med andra alternativ får ett värde. Innan dess att dessa specifika kontexter definierats kan olika handlingar inte etiketteras såsom "onda" eller "goda", utan endast att sorteras under ett slags *värdeagnosticism* (se närmare nedan under 5.1.6).

5.1.4 Etiska krav och etiska ideal

Det är svårt att dra en gräns mellan vad som är att betrakta som ett etiskt krav och ett etiskt ideal. Många av de regler som finns i etiska koder och riktlinjer, formuleras med uttryck som "måste", "skall", "får inte" och "har ansvar för". Dessa torde väl kunna vara att betraktas som etiska krav. En annan typ av handling tillhör vad som kan kallas "etiskt överkvalificerade handlingar", och avser handlingar där agenten gör mer än vad som etiskt rimligen kan krävas av henne. Att ställa upp som försöksperson i ett icke-terapeutiskt försök skulle kunna vara att betrakta som en handling som uppfyller ett etiskt ideal. Man kan inte med hänvisning till etik kräva att någon utsätter sig för skada, då det är oförenligt med rätten till självbestämmande. Tore Nilstun säger sig vilja betrakta sina tre värdepremisser - autonomi-, omsorgs- och rättvisepincipen - som etiska krav. Helsingforsdeklarationen anger emellertid endast autonomi- och nyttoprincipen som etiska krav och rättvisepincipen endast som ett etiskt ideal, medan CIOMS´ riktlinjer från 1993 helt klart utpekar rättvisepincipen som ett etiskt krav.²³

²² Ibid, s 20

²³ Ibid, s 21

Inom medicinen är självbestämmanderätten ett krav och man kan inte på grundval av den medicinska etiken ålägga någon att donera en del av sin kropp till ett medicinskt ändamål, som t ex att med tvång använda brottslingar till medicinska experiment eller som donatorer i transplantationer. Inom juridiken är inskränkningar i självbestämmanderätten dock inget konstigt. Straffrätten dömer människor till böter eller skadestånd, och inte minst spärrar man in människor som begått brott i fängelse, inskränkande så deras personliga frihet. Detta betraktas inte allmänt som ett fysiskt straff i den bemärkelse man tidigare tillskrev ordet, men vilket straff är egentligen mer inskränkande på den fysiska personen än det långvariga frihetsberövandet? Att genom inspärrande beröva någon rörelsefriheten, med allt vad det innebär av inskränkning av alla andra friheter, måste väl betraktas som det ultimata fysiska straffet²⁴.

5.1.5 Etiska konflikter och etiska dilemman

Det sägs att man inte kan jämföra äpplen och päron. Men om man inte kan jämföra dem, hur skall man då kunna göra en distinktion mellan de båda frukterna? Vad det kommer an på är vilket betraktelsesätt man använder för att närma sig ett problem. De är ju faktiskt inte samma frukter, och just därför kan man ju skilja dem åt och tillskriva dem olika attribut. Vad som nog avses med talesättet är, att det inte är fruktbart (!) att söka klassificera äpplen och päron såsom varande bättre eller sämre än varandra. Kan man då jämföra etiska skäl? I många fall kan man jämföra skäl för ett handlingsalternativ med de skäl som kommer ur ett annat handlingsalternativ. Många menar t ex att det etiska kravet att inte ljuga väger lättare än det etiska kravet att inte döda. (Krav? Kanske bara ideal?) Därför är konflikter som beror på oförenliga etiska krav i många fall lösbara. Bland förespråkarna härför återfinnes Mill²⁵, Ross²⁶ och Hare²⁷, vilka menar att alla etiska konflikter är lösbara, då t ex kravet på sanning får ge vika inför kravet på att inte döda.

Flera namnkunniga moralfilosof²⁸, som Williams (1973a), Nagel (1979) och Sinnott-Armstrong (1988), har dock hävdad att det finns eller åtminstone kan finnas olösbara etiska konflikter. Enligt Sinnott-Armstrong²⁹ skulle det finnas två typer av olösbara etiska konflikter. Den första typen föreligger när de relevanta skälen för de olika handlingsalternativen är jämförbara och symmetriska, d v s när de skäl som talar för den ena handlingen och de som talar för den andra väger lika tungt. Den andra typen föreligger när de olika skäl som talar för de respektive

²⁴ För jämförelse med äldre tiders kroppsstraff se M Foucault, Övervakning och straff, 1987

²⁵ J S Mill, On Justice, 1861, kap 2 och 5

²⁶ 1930, ss 16-34, ur T Nilstun, *Forskningsetik i vård och medicin*

²⁷ 1981, kap 2, ur T Nilstun, *Forskningsetik i vård och medicin*

²⁸ Ur T Nilstun, *Forskningsetik i vård och medicin*, s 25

²⁹ 1988 ss 53-71, ur T Nilstun, *Forskningsetik i vård och medicin*, s 25

handlingarna inte kan vägas mot varandra. Dessa utgör då s k “incommensurables“, och omtalas i den moralfilosofiska litteraturen som “etiska dilemman”.

5.1.6 Etisk relativism?

När det i detta arbete talas om allmänmoral avses de konkreta normer och värden som generellt kan anses vara gällande eller accepterade inom den kultur man erkänner sig till. En allmänmoral är sällan helt homogen, utan består ofta av en blandning av ett antal närgränsande kulturellt betingade moraler. En kontinent som Europa kan tillskrivas en särskild sorts moral av länder utanför, pekande på likheter mellan exempelvis den svenska eller den franska moralen, sinsemellan differentierade men ändå enade under ett s k allmänt västerländskt synsätt. Inom i stort sett varje kulturnivå finnes skillnader som ger upphov till nya subkulturer, som inom sig hyser olika inställningar till de moraliska bud som tillhör deras egen kategori. Vissa är mer konservativa, ortodoxa eller militanta, medan andra är mer liberala eller toleranta.

Jag vill ifrågasätta idén om att det skulle kunna finnas några etiska krav i den mening som Tore Nilstun avser (se 5.1.4 ovan), i större bemärkelse än den att varje individ kan ha personliga åsikter om vad som utgör ett etiskt krav för vederbörande. Att det skulle finnas universella kriterier, som vid en applikation på ett tillstånd skulle rendera detta ett värde som inte med hänsyn till omkringliggande faktorer skulle kunna öka eller minska i förhållande till ett annat, är något jag vänder mig emot. Varje värdering måste för att få ett innehåll kunna relativiseras till en annan. Följaktligen kan inte en viss etisk teori tilldela ett tillstånd ett visst värde som det sedan behåller oförändrat vis-à-vis andra tillstånd. Ett exempel härpå är en statisk syn på döden som något ont i kontrast med livet som något gott. Detta betyder inte att moraliska principer inte skulle ha någon betydelse. De är emellertid inte eviga eller självständiga, utan måste för att gälla motiveras. Man kan endast komma fram till vissa allmänna principer, vars giltighet är beroende av giltigheten hos de övriga principer de omgärdas av.

Det finns moralprinciper som övergriper och förenar andra kulturer och därmed utgör egna gränsöverskridande subkulturer. Exempel härpå är medicinen som internationell disciplin och profession. Att rädda liv, förhindra död, befrämja hälsa, och att förebygga sjukdom är allmänmänskliga värden som medicinen har gjort till sin speciella uppgift att ta sig an. Men även synen på hur och i vilken utsträckning detta skall göras skiljer sig starkt åt mellan olika kulturer. För den medicinska etiken är det ofrånkomligen allmänmoralen som utgör det moraliska fundamentet.

Om den medicinska etiken kränker accepterade allmänmoraliska normer kan detta inte göras utan att tillitsförhållandet dem emellan tar skada. Detta är naturligtvis olyckligt, eftersom en effektiv och human sjukvård måste vila på medborgarnas allmänna trygghet och tillit till systemet. Att för att avhjälpa lidande

“hjälpa” patienter till en mildare död, kan inte, de bakomliggande goda avsikterna till trots, undvika att väcka starka reaktioner i samhället. Att medicinsk forskning och praxis inte kan ta på sig att stå för en mer “upplyst” form av moral än den allmänna, har klarlagts som en grundläggande etisk princip i modern medicin. Detta var en av den på efterkrigstiden följande moderna medicinska etikens nya principer, framlagd bl a vid den s k Nürnbergsprocessen.³⁰ Emellertid kan man inte härleda medicinsk-etiska principer direkt ur den allmänna moralen, utan behovet av *medicinfacklig förankring och relevans* förutsätter medicinfacklig sakkunnighet hos dem som befattar sig med medicinsk etik.

Att det är svårt att fastställa gemensamma allmängiltiga moralprinciper får dock inte hindra att man för enskilda eller generella fall kan reglera och avgöra vad som *in casu* utgör det rätta förhållningssättet till ett problem. Det måste gå att trots vetenskapen om att det förekommer individuella skillnader utforma generella regelverk och förhållningskrav på medicinsk och annan aktivitet. Men det gör det desto viktigare att hänsyn tages till övertygelsen hos individen i det enskilda fallet.

5.2 Etiska moralteorier

Man kan hävda att alla etiska ståndpunkter kan hänföras till någon eller en kombination av de följande konstruktionerna: motivbaserade teorier (s k virtue ethics), konsekvensteorier, plikt- eller obligationsbaserade teorier (deontologiska teorier), samt situationsetiska teorier.

5.2.1 Motivbaserade teorier

Dessa teorier fokuserar på agenten, den som skall utföra en handling eller fatta ett beslut. Vad som är avgörande för huruvida handlingen uppfattas som rätt eller fel är hur den som utför handlingen ser på den. Enligt denna teori är det rätt att döda någon om det görs av en anledning baserad på omtanke till den som drabbas, som t ex vid ett av medlidande med den sjuke motiverat barmhärtighetsdödande. Ett exempel härpå upptogs av fängelsestraffkommittén i ett uttalande i favör för dödshjälp.³¹ Exemplet gäller en soldats avlivande av sin dödligt sårade kamrat, som efter att ha störtats till marken vid ett misslyckat fallskärmshopp ber att få sitt liv avkortat, i en situation där ingen hjälp står att få.

³⁰ Vid Nürnbergsprocessen 1947 åtalades och dömdes efter andra världskriget tyska läkare som utfört medicinska experiment på fångar i tyska koncentrationsläger för krigsförbrytelser och brott mot mänskligheten. Vid rättegången fastställdes tio normer, den s k Nürnbergkoden.

³¹ SOU 1988:7 s 124

5.2.2 Konsekvensbaserade teorier

Dessa teorier lägger fokus på de konsekvenser en handling får. Är dessa goda är handlingen rätt. Jeremy Benthams eller John Stuart Mills utilitarism är de oftast avsedda teorierna, vilka dikterar att vi skall utföra den handling som bringar störst antal "lyckoenheter" till dem som berörs. Exempel kan vara olika former av dödande då en dålig prognos hos patienten föreligger, och det skulle då kunna tas hänsyn till vad som kan anses vara till störst nytta för patienten i den föreliggande situationen. Nyttoberäkningen kan utgå från patientens egna preferenser för smärt- eller annan obehagsminimering. Teorin ger emellertid också utrymme för andra hänsyn, såsom anhörigas önskningsar och samhällets inställning i stort, krassa ekonomiska kalkyler eller andra vidkommande aspekter. Konsekvensbaserade teorier kan åberopas som motiv för paternalistiskt dödande, som i situationer då prognosen är dålig och knappa resurser anses kunna utnyttjas på ett mer effektivt sätt. På grund av de kontroverser denna teoribildning ofta kan ge upphov till har den blivit föremål för mycken debatt. Några av de viktigaste invändningarna har gällt hur man skall kunna mäta lycka mellan individer, vems eller vilkas lycka som är relevant (t ex Dworkins teorier om interna och externa preferenser)³², samt i vilken mån lyckokalkylen skall kunna begränsas av olika rättigheter eller dyl (J S Mill)³³.

5.2.3 Plikt- eller obligationsbaserade teorier

I kontrast mot konsekvensbaserade teorier tar deontologiska teorier sikte på huruvida vissa handlingar är moraliskt obligatoriska oavsett deras efterföljande konsekvenser. Den filosof som i första hand har associerats med denna riktning är Immanuel Kant (1724 - 1804). Man kan sammanfatta hans filosofi som följer:

1. En handling kan i sig själv vara rätt eller fel;
2. Det är möjligt att dra en slutsats angående etiska problem genom logiska resonemang;
3. Alla personer i liknande situationer skall behandlas likadant.

Under denna teori dyker moralbildningarna om livets okränkbarhet och autonomi och rättigheter upp. En grundsten för Kant är vad han kallar sitt *kategoriska imperativ*. Detta anses ha två separata innebörder. Den första dikterar, att man alltid skall handla så, att ens handlingssätt kan upphöjas till allmän lag. Den andra innebörden av det kategoriska imperativet är, att ingen människa får användas enbart som medel för att uppnå något annat. En handling skall därför för att vara moraliskt riktig se till individen som mål. Applicerat på en patient, ger Kants teori att oberoende av naturen hos individens egen önskan om behandling måste denna tillgodoses, utan att väga in andra omkringliggande hänsyn. Då principen om livets okränkbarhet ligger i den ena vågskålen, och respekten för patientens på autonomiprincipen grundade önskan att få en tidigarelagd död i den andra, måste

³² Dworkin R, *Life's Dominion*, s 213

³³ Mill, John Stuart, *On liberty*

enligt min tolkning av Kants filosofi den tyngre skålen vara det senare alternativet. Den behandling som ges måste därför inte vara den som kanske hade varit till störst nytta, utan hänsynen till patientens integritet och självbestämmanderätt väger tyngre än intresset att till varje pris hålla denne vid liv.

5.2.4 Situationsbaserade teorier

Situationsbaserade teorier lägger fokus på praktiskt beslutsfattande i individuella situationer, d v s pragmatisk *in casu*-bedömning. Det är endast de särskilda omständigheterna i det enskilda fallet som avgör huruvida ett handlande är rätt eller fel. För att kunna avgöra detta kan man inom ett visst område skapa för detta område specifika etiska redskap som man applicerar på problemet för att bedöma vad som är rätt eller fel i det enskilda fallet. Tranöy talar om skillnaden mellan grundvalsetik och områdesetik, där särskilda etiska instrument tillämpliga inom en viss ämbetskategori utgör exempel på den sistnämnda typen (se ovan kapitel 5.1). Exempel på sådana specifika redskap kan inom den medicinska etiken vara medicinska indikationer, patientens egna preferenser, nuvarande och framtida livskvalitet, och omständigheter i övrigt (se nedan kapitel 5.3 ff).

Detta synsätt kan ge, att trots att olika människor kan anse att det föreligger en etisk skillnad mellan att inte ge och att undandra redan given livsuppehållande behandling, de faktiskt inte har något problem med att komma överens om vad som är det tillbörliga att göra i en konkret situation med vissa givna omständigheter. Det som emellertid avgör vad som i en konkret situation är det rätta att göra måste, med undantag för rent pliktetiska hänsyn, vara att hänföra till vilka specifika konsekvenser olika handlingssätt får. Att göra en särskild skillnad mellan kasuistiska och konsekvensbaserade teorier är egentligen bara att dela upp något i flera mindre delar. De båda till synes olika teorierna skiljer sig enligt min mening i själva verket åt endast av en grad- snarare än en artskillnad.

5.3 Medicinska etiska redskap

I avgörandet av vilka som är "berättigade" att erhålla dödshjälp, ingår flera svåra frågor. Vilka sjukdomar/tillstånd skall berättiga, vem skall fatta beslutet, vilka åtgärder får vidtas? Medicinen har för att besvara dessa frågor utvecklat särskilda situationsbaserade etiska verktyg. Dessa är *autonomi*, *välgörande*, *icke-ondgörande* och *rättvisa*.

5.3.1 Autonomi

Autonomiprincipen kräver respekt för de medvetna val som en person kan göra i linje med sina egna värderingar. Denna princip kommer ur de deontologiska idéerna om ett rationellt jag som har ett oinskränkt värde, och den liberala idén om att vi är fria att göra vad som faller oss in så länge det inte inskränker någon annans frihet. (Snarare så länge denna frihet inte inskränks för mycket, vår rättsordning tillåter oss ju faktiskt att ingå avtal och dyl som kan försätta oss i en

sämre position än tidigare). För att autonomi skall kunna existera krävs såväl frihet från kontrollerande påverkan som kapacitet för medveten handling. För en IVA-patient kan detta betyda tillräcklig och precis information från personalen, patientförståelse och möjligheten till fritt val. Den som berörs av ett beslut och måste ta konsekvenserna av det, bör också vara med att fatta beslutet. Autonomiprincipen vilar på en moraliskt grundad rätt till självbestämmande.

Eftersom autonomiprincipen betraktas som ett uttryck för en allmän mänsklig rättighet är den någonting som, även om den i dagligt tal har blivit synonym med patientautonomi, givetvis inte bara tillkommer patienterna utan även läkare och övrig sjukvårdspersonal. Denna fråga om självbestämmande är en av de mest centrala inom den medicinska etiken idag.

5.3.2 Självbestämmande och medbestämmande

Det är inte svårt att se att det måste finnas många tillfällen då de olika agenternas autonomiintressen kommer i konflikt med varandra. För att kunna lösa denna måste vi göra skillnad på två olika sorters bestämmanderätt.

Att en patient inte skall kunna behandlas mot sin vilja, utom i vissa särskilda undantagsfall³⁴, är en princip enligt vilken man tilldelar patienten en rätt att avgöra huruvida vederbörande vill acceptera ett behandlingsförslag som läkaren menar är till patientens bästa. Det är här fråga om en medbestämmanderätt, till skillnad från en självbestämmanderätt, i den bemärkelsen att patienten inte kan kräva av läkaren att utföra något som är etiskt eller yrkesmässigt oförsvarligt, som t ex att ge en behandling som läkaren menar kommer att vara till skada för patienten.

Ifråga om eutanasi, är det idag en förhärskande uppfattning att en patient i livets slutskede skall ha en medbestämmanderätt innebärande att de kan avsäga sig en livsuppehållande behandling. Det är dock inte i dagens läge möjligt för en patient att kräva att läkaren administrerar en dödlig spruta, då detta skulle sätta patient- och läkarautonomin i en kritisk konflikt.

Tanken med ett införande av en positiv lagstiftning i favör av aktiv eutanasi är ju inte att tvinga ovilliga läkare att avliva sina patienter, utan endast att lämna ett utrymme för dem som menar att detta skulle vara befogat. Det avgörande kriteriet måste ju fortfarande vara läkarens diagnos, baserad på ett objektiva iakttagande av vetenskap och beprövad erfarenhet.

5.3.3 Vägfarande och icke-ondgfarande - omsorgsprincipen

Redan i den Hippokratiska eden från 400-talet f Kr ingick ett krav på vägfarande och icke-ondgfarande. Denna princip är också känd under namnet "mål och

³⁴ LVU, LVM, LPT, et c

medel - principen om dubbel effekt”. Principen innebär att en läkare är påbjuden att använda sina kunskaper att hjälpa folk, men inte till att skada dem. Lite annorlunda lagt har det tolkats som att en läkare har rätt att utföra en “god” handling som kan få vissa negativa konsekvenser, men aldrig en “ond” handling som medför vissa goda konsekvenser. Följaktligen får läkaren lindra smärta även om detta kanske påskyndar en senare död, men inte döda för att patienten skall undkomma ett smärttillstånd. Denna princip fungerar väl så länge alla är överens om vilka handlingar respektive konsekvenser som är att betraktas som “onda” respektive “goda”. Att ta en människa från en livsuppehållande behandling kan emellertid falla under både “ont” och “gott”, beroende på vilket betraktelsesätt man lägger på livet som sådant samt de omständigheter som omger det. För en religiöst troende människa kan handlingen (!) att ta bort LUÅ ses som att leka gud och blanda sig i sådant som människor inte skall syssla med, medan en annan, inom samma religion troende människa, ser själva livsuppehållet som just en sådan lek. En person kan mena att man inte visar respekt för människolivets värde då man låter en människa i förtid ta livet av en annan. En annan kan åberopa samma krav på respekt för människolivet för att låta en terminalt sjuk och svårt lidande människa få dö snabbt istället för att på konstgjord väg mekaniskt hålla henne fast i ett liv som inte har något värde längre. Det hela mynnar ut i subjektiva bedömningar som varken kan understödjas eller vederläggas på något annat plan än det rent individuellt subjektiva.

Dessa frågor kan av många betraktas som rent akademiska hårklyverier. Men i sjukvårdsarbetet är det inte fråga om något sådant. Där tvingas man dagligen ta ställning till frågor som dessa, vilket inte alltid är så enkelt. Ofta är det som väl är lättare att i det konkreta fallet bilda sig en uppfattning om vilken behandling som är mest lämpad i en given situation. *Primum non nocere*, i första hand inte skada, är en latinsk sentens som verkar ligga de flesta inom sjukvården närmast hjärtat, utan att vara något som de behöver reflektera över. Omsorgen om patienten kommer alltid i första hand.

När principen om välgörande går före principen om autonomi är det dock fråga om paternalism. Och det är inte alla gånger som en persons uppfattning om vad som är mest välgörande för någon annan är den allmänt förhärskande. Särskilt kan man ha olika uppfattning om vilken ståndpunkt som skall prioriteras när en åtgärds värde på kort sikt inte sammanfaller med värderingen av dess effekter på längre sikt.

5.3.4 Rättvisa.

Principen om rättvisa kan beskrivas genom flera etiska principer. Torbjörn Tännsjö presenterar fem modeller om rättviseteorialternativ inom vård med knappa resurser³⁵:

³⁵ T Tännsjö, *Vårdetik*, s 150

- resurserna bör gå dit där de gör störst nytta (utilitarism)
- resurserna bör gå till dem som gjort sig mest förtjänta av dem (förtjänstteorin)
- resurserna bör fördelas så att allas levnadsnivå jämnas ut (jämlikhetsidén)
- resurserna bör fördelas så att individernas grundläggande rättigheter tillgodoses (rättighetsteorin)
- resurserna bör fördelas enligt en fri överenskommelse mellan den som tillhandahåller och den som mottar vård (kontraktualism)

Av dessa har olika teorier prioriterats vid olika tidpunkter inom den medicinska etiken, eller åtminstone i dess praktiska genomförande. Principen om alla människors lika värde samt solidaritetsprincipen (eller behovsprincipen), med vilken avses att resurser skall läggas främst på dem som är i störst behov av hjälp, är alltså de som inleder Hälso- och sjukvårdslagen samt Socialtjänstlagen, men det är uppenbart att politiska (läs monetära) intressen idag har en betydligt mer framträdande roll än de hade på 70-talet då lagarna tillkom.

I övrigt är det inte att se som orimligt att prioriteringar hela tiden görs efter prognos, ålder och tillgänglighet av resurser. En renodlad rättviseteori är därför svår att hitta inom den medicinska etiken.

5.4 Hur avvägs principerna mot varandra?

Att finna en inbördes rangordning mellan dessa principer är inte något som så lätt låter sig göras. Härom råder för övrigt delade meningar. Olika dokument och system som dessa baserar sig på prioriterar principerna olika. CIOMS riktlinjer för forskningsetik, Nürnbergkoden och Helsingforsdeklarationen, är exempel på olika regelverk som vill fastlägga de principer som skall vara rådande på området. Var och en framhäver de olika principer som de tycker skall komma i första rummet framför de övriga. Själv vill jag nog ansluta mig till en mer osäker, men kanske mer sanningsnära uppfattning, som just med tanke på de olika synsätten mellan de olika skolorna nog bör hysas generellt. Denna uppfattning går ut på att de grundläggande principerna inte skall betraktas som absolut bindande, utan endast som bindande *prima facie*, samt att de inte kan placeras i någon inbördes rangordning. Man måste istället vid en konflikt mellan de olika principerna göra en sammanvägning av de enskilda omständigheterna i det enskilda fallet, och låta dessa avgöra vilken princip som i första hand är att lägga till grund för sjukvårdspersonalens handlande.³⁶

³⁶ E Rynning s 75

5.5 Vilken teori är den rätta?

När man studerar ovanstående teorier var och en enskilt är det inte svårt att känna att de alla har något viktigt att lära oss. Det är svårt att föredra någon framför en annan, då de alla kan komma att vara mer eller mindre relevanta för olika situationer. Vid tankeexperiment är det möjligt att glatt upptäcka omständigheter som gör en teori till synes självklart tillämplig, för att sedan genom att vända på luppen och betrakta samma fråga ur en annan vinkel inse att det är den till synes diametralt motsatta teorin som blir den mer självklara. Hur skall man då använda sig av dessa bångstyriga och ombytliga teorier? Gemensamt för dem är, att de alla försöker besvara frågan: "vad är det etiskt rätta att göra?" De sysslar med ett slags "substansetik". Sinsemellan skiljer sig dock dessa olika teorier uppbyggnadsmässigt rätt så mycket åt. Att förena t ex Kants och Mills teorier kan verka omöjligt.

5.6 Medicinsk etik - både konsekvenser och principer?

Dagens medicinska etik brukar alltså beskrivas såsom vilande på fyra grundläggande principer: 1) självbestämmandeprincipen, med ett krav på respekt för patientens autonomi, 2) inte-skada-principen, 3) göra-gott-principen, samt 4) rättvisepincipen. Denna uppräkningslista visar, att den medicinska etiken innehåller flera element, tagna såväl från den deontologiska som den konsekvensbaserade etiken. Normer om sanning och lögn är viktiga och rikligt förekommande i den medicinska etiken. Detta vittnar även en hel del lagstiftning på området om, från bestämmelser om sekretess till regler om informationsplikten. Detta betyder emellertid inte att det hos läkare eller övrig sjukvårdspersonal föreligger någon obetingad sympati för ett absolut förbud mot lögn. Istället för man fram uppfattningen att det i flera situationer kan vara motiverat att förtiga sanningen, eller till och med om nödvändigt använda sig av lögn som då betraktas som "vita", när detta är befogat med hänsyn till patientens bästa. Om det deontologiska förbudet mot att ljuga av många betraktas som huvudregel inom den medicinska etiken, ryms inom samma etik i många fall förståelse eller rentutav en preferens för en konsekvensetisk syn som då får företräde. Detta återspeglas också i den juridiska regleringen av sjukvården, och är nog den främsta anledningen till att sjukvården mer än annan verksamhet i stort bara är ramreglerad, och att det mesta av åtgärder som vidtas inom yrket är upp till utövarens, d v s läkarens, eget skön.

De pliktetiska inslagen är emellertid många och tydliga inom den medicinska etiken. I främsta rummet kommer en stark rättighetsmoral, som prioriterar rättighetsinnehavarens rätt till att få det han önskar, och inte vad denne "objektivt" skulle vara mest betjänt av. Denna nyvunna rättighet förpliktar givetvis inte läkaren att ge en behandling som han inte frivilligt skulle gå med på eller som han tror skulle kunna skada patienten, utan syftar endast till att låta patienten ha en valfrihet i huruvida han/hon alls vill motta någon vård, eller, i situationer då flera behandlingar kan vara aktuella, välja den som faller mest i smaken. Detta följer av

normen om individens autonomi, som spelar en stor roll inom sjukvården. Det gamla betraktelsesättet att läkaren får välja vad som finnes bäst för patienten har lämnats i och med den moderna medicinska etikens rättighetstankars intåg. Alla de normer som reglerar individens rätt inom den medicinska etiken, som autonomi, integritet och informerat samtycke är med logisk nödvändighet deontologiska konstruktioner. De försök som moralfilosofierna gör att samla etik och moral i ett koherent och konsekvent system skapar stora problem. Det är svårt att strikt hålla sig till en av idéerna då de olika lösningarna i extremfallen leder till ohållbara slutsatser. Det är därför uppenbart att den medicinska etiken behöver finna stöd i både de deontologiska och de konsekvensbaserade teorierna. Den primära teoribildningen måste för medicinen vara den konsekvensbaserade s k *negativa utilitarismen*, att motverka sjukdom och att befrämja eliminering av lidande. Men för att kunna fungera och nå sina mål måste den medicinska etiken använda sig av vissa verktyg, och dessa måste givetvis för att uppnå enhetlighet utgöras av vissa fastlagda överenskomna normer. Dessa kan liknas vid de plikter som förespråkas av den deontologiska etiken. För att kunna ta till vara de fördelar de respektive teorierna på olika områden har och den viktiga funktion de fyller inom den medicinska etiken, måste de både till synes diametralt motstående moralbildningarna kombineras till en enda, ett slags *regelutilitarism*. Denna motiveras av att det i de flesta fall är klokt att följa en regel på grund av de goda konsekvenser som följer härutav. Anledningen till att något kan betecknas som en plikt är det förhållandet att ett agerande i enlighet med normen leder till de bästa resultaten i det långa loppet. Resultatet blir att den medicinska etiken bygger på en blandning av idéer där olika teorier sinsemellan motiverar varandras existens. Kants kategoriska imperativ i sina olika varianter motiveras av att detta leder till de bästa konsekvenserna. "Agera alltid så, att den princip som styr ditt handlande skulle kunna upphöjas till allmän lag!" Detta är ju en formulering av det kategoriska imperativet som direkt tar stöd i konsekvensetiken, genom att säga att man skall följa den regel som leder till de bästa konsekvenserna i majoriteten av fall. "Om alla gjorde som du, vilka skulle då bli konsekvenserna?" Att människan kan tillskrivas okränkbara rättigheter är inte på grund av att hon i sig kan tillmätas ett självständigt intrinsiskt värde, utan genom att tilldela var och en av oss detta "trumfkort"³⁷ skapar vi en trygghet för oss själva. Det är ju inte för intet som vi också skapat en mängd undantagsregler där människans värde på olika sätt inskränks då det kommer i konflikt med andra värden.

5.7 Konklusion

Med utgångspunkt i de ovan beskrivna etiska teorierna är det vad gäller eutanasi svårt att argumentera för ett vidmakthållande av ett förbud. Med tanke på vad vårt moderna samhälle redan har accepterat, skulle det inte vara rationellt och

³⁷ Dworkin R, [Taking rights seriously](#)

konsekvent att förneka svårt sjuka tillgång till eutanasi. Att alla de olika ovan presenterade moralteorierna talar till eutanasiens fördel när det gäller obotligt sjuka, är uppenbart vare sig man baserar sig på den kantianska pliktetiken eller den benthamska utilitarismen. En kantiansk uppfattning skulle kunna vara förenlig med eutanasi eftersom eutanasi inte strider mot den första definitionen av det kategoriska imperativet med krav på att alltid behandla människor som mål och ej enbart som medel. Den andra versionen som menar att man skall agera så att principen för ens agerande skall kunna upphöjas till allmän princip är inte heller ett hinder för en frivillig eutanasi. Vad gäller konsekvensetiken, är det så länge man misstänker att det bidrar till en större lycka tillåtet att göra vad som helst. Att det just i fråga om eutanasi handlar om minimering av lidande gör ju att inget annat exempel bättre skulle kunna motivera varför utilitarismen skulle vara tillämpbar, då detta är precis vad som krävs av den negativa utilitarismen och delvis utgör själva grunden till hela teorin.

Avdelning 3

6 Finns det straffrättsligt stöd för en distinktion?

För att kunna avgöra huruvida den skillnad som hittills gjorts mellan den tillåtna passiva och den förbjudna aktiva eutanasin är hållbar, betraktas de båda varianterna från olika inom samhället existerande perspektiv. De olika varianterna av betraktelsesätt är den allmänmoraliska, den akademiska och den straffrättsliga etikens. Dessa är i stor grad överlappande, men skiljer sig ändå åt i teorin. Om en allmän samhällslik uppfattning, i kombination med en argumentation enligt vedertagna etiska teorier, pekar mot att eutanasi bör tillåtas, borde detta vara ett starkt argument för att även den straffrättsliga synen på eutanasi borde vara i linje härmed. Vi ska nedan se om detta kan vara möjligt.

6.1 Straffrättens syn på eutanasi

Inom den klassiska straffrätten förekommer ett antal verktyg som specifikt utarbetats för området. Vissa av dessa är unika för straffrätten och förekommer kanske endast där, medan vissa andra är gemensamma för och delas med andra områden. Vi skall nedan försöka applicera dessa verktyg på fenomenet eutanasi.

6.1.1 Vad konstituerar en straffbar gärning?

Brott är en gärning, som är beskriven i en författning och för vilken straff är föreskrivet, BrB 1:1. Detta är dock som bekant inte en uttömmande beskrivning av de krav som ställs på en gärning för att den skall konstituera brott. Det är endast en nödvändig förutsättning att en gärning är belagd med straff för att utgöra brott, och inte en tillräcklig. För att en gärning skall vara att betraktas som brottslig och beläggas med påföljd, finns ett antal brottsförutsättningar, *brottsrekvisit* som måste uppfyllas. Dessa kan delas upp i två avdelningar:

- (1) rekvisit för otillåten gärning, och
- (2) rekvisit för personligt ansvar.

Jareborg använder sig i sin doktrin av en checklista med sex punkter beskrivande omständigheter som måste vara för handen för att domstolarna skall anse ett straffvärt brott vara begånget. Dessa är:

- Straffbelagd gärning,
- gärningskontroll och gärningsculpa,
- gärningens stridighet mot svensk lag,
- rättsstridighet,
- det allmänna skuldkravet, och
- frånvaro av helt ursäktande omständigheter.³⁸

³⁸ N Jareborg, Straffrättens ansvarslära, s 50

Genom att peka på, inte bara en utan flera, vid eutanasi ickeförhandenvarande omständigheter vill jag visa att ett införande inte skulle vara stick i stäv med den tidigare fastlagda straffrätten som man idag anger som hinder för tillåtandet av aktiv eutanasi.

6.1.2 Rekvisit för otillåten gärning

Innan den subjektiva skulden prövas undersöks om de s k objektiva rekvisiten är uppfyllda.

6.1.2.1 Straffbelagd gärning

Detta kriterium ställer krav på att den gärning som skall bedömas för att anses vara påföljdsvärdig skall vara beskriven i BrB eller annan strafflagstiftning, och innehålla dels en beskrivning av en eller flera gärningstyper, dels en härtill knuten straffskala. Även om dessa brottsbeskrivningar är mer omfattande än vad som kan utläsas ur deras formuleringar, bl a på grund av dessas kompletterande genom de s k osjälvständiga brottsformerna, ställer legalitetsprincipen krav på att de inte får tolkas vidare än vad som avsetts kunna falla därunder i kraft av den befintliga ordalydelsen. Följaktligen skall inte gärningar som inte avsetts falla under en brottsbeskrivning kunna "klämmas in". Att eutanasi, med tanke på den snabba moraliska utvecklingens långsamma straffrättsliga motsvarighet, sorterats under brottsbeskrivningarna för mord eller dråp är emellertid inte så kontroversiellt att jag kommer att argumentera mot dessa brottsbeskrivningars tillämpning härpå. En reglering av så allvarliga dåd som eutanasi obestridligen utgör är oundgänglig. Men det är på grund av naturen av syftet med eutanasin missvisande att behandla den som i paritet med dessa de i vår straffordnings värsta brott. Därför krävs en sedan länge väntad särreglering härav.

6.1.2.2 Gärningskontroll och gärningsculpa

Att en handling är kontrollerad innebär att gärningsmannen på order kan avsluta eller hejda det kausala skeende som hans handlande innebär. Att en underlåtelse är kontrollerad innebär att gärningsmannen på order kan utföra den relevanta handlingen. Det rör sig således om en persons förmåga att göra något visst som har kausala konsekvenser.³⁹ *Gärningskontroll* för en brottslig gärning sägs föreligga då denna kan förverkligas genom att gärningsmannen har kontroll över skeendet fram till brottets fullbordan, t ex genom att han håller offrets huvud under vatten tills dess att det vederbörande inte längre kan återbringas till liv. Det krävs dock inte att gärningsmannen faktiskt har kontroll över skeendet, utan det räcker med att det från gärningsmannens synpunkt rör sig om en *kontrollerbar* gärning.

³⁹ N Jareborg, Straffrättens ansvarslära, s 30

Emellertid förekommer många situationer där gärningsmannen inte råder över hela det förlopp som föregått det brottsliga resultatet. I fall där brottsbeskrivningar endast kräver orsakandet av ett visst resultat finns vissa begränsningar av det straffrättsliga ansvaret, vilket är en förutsättning då ett orsakssammanhang inte har någon naturlig avgränsning. Det är i praktiken omöjligt att exakt avgöra vilka orsaker som kauserat en viss följd.

Lösningen på problemet står att finna i Jareborgs modell om begreppet *gärningsculpa*. Detta innefattar två led. Dels krävs att gärningsmannen i sitt kontrollerade handlande gör sig skyldig till ett *otillåtet risktagande*, och dels skall det oönskade resultatet ha orsakats genom att detta risktagande varit *relevant* för förverkligandet av det uppkomna resultatet. Detta innebär också, att en gärningsmans ansvar för en uppkommen effekt inte utesluts på grund av att han inte kan anses ha kontroll över det skeende som motsvarar brottsbeskrivningen, under förutsättning att han/hon haft gärningskontroll under ett tidigare skede.

6.1.2.2.1 Vad är en handling?

En handling är föremål för individens kontroll och därför beroende av dennes skäl, motiv, avsikter, föreställningar, böjelser, önskemål, o s v.”⁴⁰ Att koppla bort en patient måste vara att anses som att orsaka dennes död genom att handlingen faller under *betingelse teorin*, som säger att en handling är att betrakta som orsak till en viss följd om den utgör en *tillräcklig* betingelse för uppkomsten av resultatet.

6.1.2.2.2 Orsak och följd

Vid bedömning av huruvida en viss orsak givit upphov till uppkomsten av en följd undersöks om man kan etablera en kausalkedja mellan orsaken och den följd man misstänker varit resultatet av den föreliggande orsaken. För att den omständighet som ligger till grund för uppkomsten av följden kan sägas utgöra en straffrättsligt relevant orsak till den uppkomna följden, krävs också att man kan visa på att det samband som varit för handen utgjort en *nödvändighet* (under de förevarande omständigheterna) för uppkomsten till följden. Vid en applicering på eutanasi problemet torde detta innebära, att en läkare som utför s k passiv eutanasi, skulle på denna punkt kunna ses som potentiellt straffrättsligt ansvarig för en patients död, under förutsättning att läkaren är den som utövar kontroll över bortkopplandet av de livsuppehållande åtgärder som håller patienten vid liv. Det direkta orsakssammanhanget är i detta givna exempel inte svårt att konstatera, och lider inte av svårigheten att avgöra när en särskild handling leder till ett särskilt resultat. Det torde stå klart för vem som helst att det är genom

⁴⁰ N Jareborg, Straffrättens gärningslära, s 52

avlägsnandet av de livsuppehållande åtgärderna som patienten, som tidigare under deras närvaro levde, nu istället dör. Uppkopplingen till LUÅ var nödvändig för patientens fortsatta överlevnad, och avlägsnandet av LUÅ utgör en nödvändig och tillräcklig betingelse för uppfyllandet av resultatet, vilket utgörs av patientens tidigare död. Invändningar, som att det är av sjukdom som inte tillfogats av läkaren som patienten avlider och inte av upphörandet av åtgärder i sig, är inte relevanta på ett juridiskt plan. Att en man omkommer på grund av en detonering i förväg tidsinställd bomb som en person utplacerat en tid innan detoneringen, är inte desto mindre mord bara för att det inte är gärningsmannens omedelbara handling som orsakar döden. Får en person efter apteringen av bomben hand om en mackapär som förhindrar bomben från att detonera men väljer att stänga av den, skulle man nog tvingas gå med på att det är denna sista handling som har orsakat den efterföljande effekten. Anledningen härtill är att även om skadan tillfogas av en handling som vidtagits av person i ett tidigare led, så har den senare agenten övertagit gärningskontrollen i efterhand. Läkaren skaffar sig gärningskontroll då han kopplar upp patienten till den behandling som håller vederbörande vid liv och förhindrar dennes död.

6.1.2.2.3 Tillräcklig och nödvändig betingelse

Conditio sine qua non är en teori som i många fall kan leda till märkliga och svårutredda problem, eftersom man måste göra ett s k hypotetiskt prov angående vad som skulle ha inträffat om man inte utfört den handling som antas ha lett till följden. Men i situationen med bortkopplande av livsuppehållande åtgärder ger detta hypotetiska prov ingen anledning till bryderier. Det som orsakar patientens omedelbara istället för senare död, är otvivelaktigt själva bortkopplandet från den maskin som håller honom/henne vid liv.

6.1.2.2.4 Läkarens skuld?

Av ovanstående resonemang följer att läkaren enligt läran om gärningskontroll och gärningsculpa gör sig ansvarig för patientens död då han utövar passiv eutanasi genom att avbryta livsuppehållande åtgärder. Förvisso är den tanken absurd, att man skulle ålägga läkaren ett ansvar för att människor avlider av sjukdom, ålder eller vad som helst som skulle kunna förhindras eller förskjutas i tiden genom livsuppehållande åtgärder. Det är emellertid fråga om att visa på det felaktiga i att göra en distinktion vad gäller tillåtligheten av passiv och aktiv dödshjälp. Det är också vad anbelangar gärningsculpans endast fråga om, huruvida den gärning som läkaren utför skall vara att ses som otillåten, och inte huruvida läkaren i sig varit culpös. Kravet på personlig culpa är ett skuldrekvisit, som kan hänföras till de subjektiva rekvisiten, medan kravet på gärningsculpa är ett rättsstridighetsrekvisit, som faller under de objektiva rekvisiten. Uppsåtsfrågans betydelse i eutanasi-frågor återkommer jag till i kapitel 6.1.3 nedan.

6.1.2.3 Stridighet mot svensk lag

För att räknas som ett svenskt brott måste gärningen förövas på svenskt territorium. De fall som har förekommit i Sverige har bedömts efter 3 kap BrB. Eftersom vi inte är intresserade av att behandla andra fall än de som förekommer inom svensk sjukvård är denna punkt inte ifrågasatt och heller inte relevant för min vidare argumentering.

6.1.2.4 Rättsenlighet

För ett antal situationer som i övrigt enligt ovanstående punkter skulle utgöra brott och leda till ansvar, har lagstiftaren valt att skapa ett särskilt utrymme att passa in sådant som man inte kan förutse och specialreglera i lagarna, utan utgör omständigheter som utesluter ansvar. Med uttrycket *ansvarsfrihetsgrunder* avser man omständigheter, som utesluter ansvar för handlingar, som i övrigt fyller de anspråk som lagen uppställer för straffrättsligt ansvar. Ibland föreligger nämligen undantagsfall, då enligt lag straffbara handlingar är att betrakta som tillåtna och inte brottsliga. Exempel härpå är en polisman, som berövar en brottsling friheten, en ishockeyspelare, som under en match hårdhänt behandlar sin motspelare, eller en läkare, som amputerar ett finger på en patient, men även den vanliga individ som överfallas och tvingas för att freda sitt liv försvara sig inom rimliga gränser.⁴¹ Dessa är exempel på *objektiva* ansvarsfrihetsgrunder, och utesluter brottslighet. De finns delvis reglerade i lag, som i 24 kap BrB, och delvis fastställda genom rättspraxis. Sammantaget är de:

- nödvärn,
- laga befogenhet,
- nöd,
- förmans befallning, och
- samtycke

Dessa fem är reglerade i lag. Dessutom tillkommer ytterligare en punkt till de allmänna objektiva straffrihetsgrunderna, vilken inte är reglerad i lag, nämligen,

- handlande mot eget intresse, eller angrepp på egen rättssfär.

Bland de ovan nämnda punkterna är det för närvarande för eutanasiens del endast tre som skulle kunna åberopas, samt en annan variant av rättsenlighet som utgörs av vad som kan kallas för *socialadekvat*. På grund av en traditionell önskan att alltid bevara människolivet som det högsta av värden, har dessa befunnits vara tillämpliga vid situationer endast då det förelegat starkt vägande hänsyn för att ta en människas liv. Detta är ett naturligt betraktelsesätt och en sund prioritering i en rättstat, utan vilket vi skulle känna oss väldigt osäkra. Dessa undantag motsvarar situationer då omständigheterna är sådana, att det inte längre går att motivera ens

⁴¹ Brinck, Olsson, Thornell, *Straffrätt enligt BrB*, s 61

att det högsta av värden försvaras *in absurdum*. Exempel på sådana situationer skall jag försöka uppmåla nedan.

6.1.2.4.1 Nöd

En nödsituation innefattar en kollision mellan två intressen, som båda omfattas av rättordningen: den fara som hotar det ena intresset kan avvärjas bara genom ett intrång i det andra.⁴² Enligt BrB 24 kap 4 § 2 st krävs för att ett nödläge skall anses föreligga att en fara hotar *liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse*. Nödrätten förutsätter alltså för att kunna åberopas, att intresset åtnjuter rättsordningens skydd. Det borde för den patient som lider svårt av sin terminala sjukdom vara möjligt att med hänvisning till nödbestämmelsen få erhålla medicineri i den grad som krävs för att lidandet upphör. Kan då en läkare inom ramen för utövandet av sitt yrke genom att åberopa nöd assistera sin patient i givandet av behövlig vård? Vad som ligger till grund för försvarlighetsbedömningen hos nöd är, att en gärning med beaktande av *farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt* utgör brott endast om det anses *oförsvarligt*. Vilket är det intresse som läkaren härmed avser att skydda? Om det är patientens liv eller hälsa som är föremålet för läkarens åberopande av nöd, är detta samma intresse som patienten åberopar. Detta är väl det enda relevanta intresset som kan åberopas till grund för en långtgående medicinsk behandling. Patienten är också den som personligen berörs av resultatet från handlingen/underlåtelsen till behandling. Detta intresse kan i högsta grad anses åtnjuta rättsordningens skydd. Till grund för en vid tolkning av nödparagrafen har hävdats, att "avvärjande eller räddande handlingar kan vara försvarliga i större utsträckning än annars om det uppoffrade och det räddade tillhör samma person."⁴³ Vid tillämpning av nödregeln i 24 kap 4 § BrB görs vid fastställandet av försvarligheten en avvägning mellan de motstående skyddsvärda intressena. För att ett handlande skall anses vara försvarligt krävs att det intresse man har för avsikt att skydda är av *betydligt större vikt* än det offrade intresset. Kan läkaren med stöd av dessa bestämmelser tillmötesgå patientens krav på analgesi eller annan lämplig behandling, till och med i en sådan utsträckning att denna direkt eller indirekt kan komma att orsaka patientens tidigare död? Jag anser att svaret på den frågan i vissa fall måste vara ja. Det kan inte vara försvarligt att en princip om livets okränkbarhet, som skapats för att trygga individens intresse av att inte få sitt liv taget, åberopas gentemot honom/henne själv och används för att hålla honom vid liv i ett tillstånd han/hon själv inte önskar. Detta återspeglas också i samhällets syn på självmord, vilket inte av uppenbara skäl beivras av lagstiftaren. I det tillstånd en patient befinner sig i under det oåterkalleliga terminala skedet av en dödlig sjukdom, torde det vara uppenbart att ett intresse väger tyngre än det motstående. Intresset av att själv få

⁴² N Jareborg, Ansvarsrättens gärningslära, s 147

⁴³ Se SOU 1988:7 s 82, ur E Rynning s 376

utöva självbestämmande över sin egen kropp och få sin integritet respekterad, samtidigt som man erhåller den kanske enda effektiva behandlingen mot sin sjukdom måste utgöra den enda godtagbara avvägningen. Det finns i detta skede ingen god prognos som talar mot ett oåterkalleligt beslut. Ingen förlorar, och patienten vinner dubbelt.

6.1.2.4.2 Angrepp på egen rättssfär

Så länge angrepp på egen rättssfär inte innebär ett intolerabelt ingrepp i annans rättssfär eller är föremål för särskild reglering utgör det ingen otillåten gärning. Denna princip gäller oavsett graden av skada som kan tillfogas individen genom dennes eget handlande, och innefattar alltså även självmord. Se även kapitel 4.1 för utveckling av principen på eutanasi-problemet.

6.1.2.4.3 Samtycke

Tidigare var samtycke endast en sedvanerättslig ansvarsfrihetsgrund inom straffrätten, men genom införseln av 24:7 BrB har nu samtycke fått en egen bestämmelse. Den lyder:

En gärning som någon begår med samtycke från den mot vilken den riktas utgör brott endast om gärningen, med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som den medför, dess syfte och övriga omständigheter, är oförsvarlig.

Med anledning av den stora betydelsen som samtycket har i denna uppsats behandlas det utförligare i kapitel 7 nedan.

6.1.2.4.4 Socialadekvans

I vissa fall är de straffbelagda gärningarna av sådan beskaffenhet, att de under vissa omständigheter framstår som *berättigade*, *rättfärdigade* eller åtminstone *tolerabla*. För att de då skall vara tillåtliga krävs att lagstiftaren har uppställt en *undantagsregel*, vilken anges för en eller några få brottstyper. Exempel på detta ser vi i lagar som abortlagen, transplantationslagen, et c.

Domstolarna har även till sitt förfogande att finna en straffbelagd gärning tillåten, om den kan anses vara *socialadekvat*. Med denna term avses, att handlingar som under normala betingelser skulle vara straffbara under särskilda premisser inte är det. Vad som motiverar en särställning för vissa handlingar, kan vara att särskilda behov inom samhället kräver undantag från de normer som gäller generellt, eller att vissa handlingar genom tradition eller annan anledning vunnit en allmän acceptans inom samhället. Exempel på sådana handlingar kan i det första fallet vara de åtgärder som vidtas inom sjukvården, och i det andra fallet sportutövande, omskärelse av gossebarn vilka tillåt(it)s utföras i hemmet, eller kanske till och med samhällets tysta acceptans av aktiv eutanasi.

6.1.3 Uppsåts- eller oaktsamhetsbrott?

Vad är det som bedöms vid fastställande av skuld i vanliga brottmål? Vi har i Sverige i bl a kapitel 3 BrB en mängd paragrafer som reglerar dödande eller andra skadebringande handlingar som en människa kan åsamka en annan. Dessa brottsrubriceringar kräver för att handlingen skall vara straffbar att resultatet eller fara för dess uppkomst framkallats, beroende på vilken handling det är fråga om, genom uppsåt (*dolus*) eller, i paragrafer där detta särskilt anges, av oaktsamhet (*culpa*).

För eutanasi är det nog endast uppsåtligt framkallade dödsfall som blir aktuella att falla under handlingsdefinitionen. I den beskrivning av eutanasi som jag har valt att definiera termen genom ingår inte dödande genom oaktsamhet, ett brott som skulle falla under rubriceringen vållande till annans död, BrB 3:7. Om en läkare på grund av culpa orsakar en patients död blir döden ju inte resultatet av att läkaren använt sig av sitt medicinska kunnande för att påskynda döden och förkorta lidandet, utan detta resultat har ju uppnåtts utan att det förelegat någon avsikt därtill. Vad anbelangar eutanasi kommer alltså inte oaktsamhetsbrotten ifråga. Vid ett misslyckat avlivningsförsök däremot kan givetvis dessa aktualiseras för det fall att patienten ådras skador som en konsekvens av läkarens försök.

Vad som är avgörande då man skall skilja mellan olika former av avsiktligt dödande inom sjukvården, är tre termer centrala; *avsikt* (= varianter av uppsåt), *bieffekt* samt *ändamål*. En uppdelning kan göras enligt följande:⁴⁴

A. Kvalificerad eutanasi ("aktiv" eutanasi)

Avsiktligt dödande

Läkaren företar en viss åtgärd (t ex ger dödande injektion) vid tidpunkten t1, eller underlåter en viss åtgärd (att ge livsnödvändig behandling) vid t1, med *avsikten* (det *direkta* uppsåtet) att patienten skall dö vid tidpunkten t2, men med (det goda) *ändamålet* att patienten skall slippa lidande vid t3, t4, t5 och framåt och att patientens önskan skall uppfyllas. Att patienten dödas är *medlet* för ("vägen till") att uppnå det goda ändamålet.

Skillnaden mellan detta exempel och mord, är att offrets död i det senare exemplet är medlet för ett dåligt ändamål, t ex att mördaren skall få ärva, få hämnd eller dylikt.

Kvalificerad ("aktiv") eutanasi i denna mening utgör den mest omdebatterade varianten av eutanasi, och är alljämt olaglig. Emellertid förekommer den med stor sannolikhet i praktiken.

⁴⁴ Uppdelningen är en konstruktion av Lars Lindahl, professor i allmän rättslära vid Juridiska Fakulteten i Lund och tillika handledare för detta arbete.

B. Icke-kvalificerad eutanasi ("passiv" eutanasi)

(1) Lindra lidande

Läkaren företar en åtgärd vid t1, t ex ger en morfininjektion, eller underlåter en viss handling, t ex underlåter operation, med *avsikten* (det *direkta* uppsåtet) att lindra, eller, vid underlåten operation, inte öka, patientens lidande vid t2, men läkaren gör detta i medvetande om att åtgärden/underlåtelsen kommer att förorsaka att patienten dör vid t3 (eller vid t4, t5 et c). Att patienten dör är här en *bieffekt* av den avsedda effekten att lindra lidandet eller förhindra dess ökning. *Ändamålet* är att patienten skall undgå lidande (eller ökat lidande). Att patienten dör omfattas här av *indirekt* uppsåt. Själva det faktum att patienten dör är inte medlet för ("vägen till") att uppnå ändamålet.

(2) Upprätthålla kravet att behandling skall vara medicinskt meningsfull

Läkaren företar en åtgärd vid t1, t ex ger order om att LUÅ skall upphöra, eller underlåter en viss handling vid t1, t ex underlåter att sätta in LUÅ, med *avsikten* (det *direkta* uppsåtet) att använda personal och resurser på ett mer meningsfullt sätt, och eventuellt att respektera patientens önskan att inte få utsiktslös behandling. Läkaren gör detta i medvetande om att åtgärden/underlåtenheten kommer att förorsaka att patienten dör vid t3. Att patienten dör är även här en *bieffekt* av den avsedda effekten att personal och resurser används på annat sätt respektive att patientens önskan att inte få viss behandling blir uppfyllt. *Ändamålet* är att använda personal och resurser på ett optimalt sätt i enlighet med "vetenskap och beprövad erfarenhet" och eventuellt att respektera patientens autonomi. Att patienten dör omfattas även här av *indirekt* uppsåt. Också i detta fall gäller, att själva det faktum att patienten dör inte är medlet för ("vägen till") att uppnå ändamålet.

I (2) har det ibland ifrågasatts om underlåtenhet att sätta in behandling bör anses ha orsakat patientens död. Detta kan endast vara fallet då patienten hade kunnat förväntas leva ytterligare någon tid om behandling satts in, och om behandling ansetts meningslös är detta krav inte uppfyllt.

Såväl (1) som (2) anses tillåtna i praxis, och de gränsdragningsfrågor som kan uppkomma mellan de båda gäller nog främst huruvida samtycke skall krävas som förutsättning för de olika åtgärderna eller om de skall gå att utföra mot/utan patientens uttalade vilja.

Det är alltså vid utövande av eutanasi fråga om ett uppsåtligt dödande. Vilket slags uppsåt är det då som aktualiseras? Frågan kan nog tänkas besvaras något annorlunda beroende på hur man ser till vilken effekt som är den relevanta för handlandet. Är det patientens död som är målet eller är döden endast en konsekvens av viljan att bespara patienten lidandet som föregår döden? Den

aktiva dödshjälpen av första graden (se I Hedenius, kap 6.1.4 nedan), där behandling med exempelvis smärtstillande ges i sådan mängd att livet avsevärt förkortas, motsvaras inom juridiken av ett s k *indirekt* uppsåt. Med detta avses en sådan gärning med vilken man med vett och vilja tar en brottslig effekt med på köpet för att uppnå ett ändamål, som i sig kanske är lovvärt.

Ur straffrättslig synpunkt är det likgiltigt för ansvar huruvida ett brott utförts med direkt, indirekt eller eventuellt uppsåt. Det räcker med att ett av dessa rekvisit är uppfyllt för att gärningen skall vara utförd med ett straffbart uppsåt. I existerande rättsfall har det påståendet att syftet med eutanasin inte varit att orsaka patientens död *per sui*, utan bara utförts av mänskligt medlidande, endast betraktats som förmildrande omständigheter. Men är det så man skall se på eutanasi? Som ett vanligt dråp som i viss mån begränsas i sin otillåtlighet därför att det är att betraktas som lite mer försvarbart än ett mord? Det har ju visats att det finns ett brett folkligt stöd bland allmänhet och yrkespersonal för eutanasi, och till och med en preferens för att det skall få utföras. Det är ju inte läkarens ”personliga preferens” att patienten skall dö (förutom i något undantagsfall där läkaren själv är anhängig, men dessa fall borde sorteras bort på basis av att läkaren är jävig el dyl), utan eutanasin skall anses ingå i behandlingsprocessen. Den enskilda patientens död är ju inte eftertraktad av läkaren. Att det kan finnas individer inom läkarkåren eller andra gebit som utnyttjar tillåtligheten av eutanasi för att göra sig ett namn eller annan vinning, eller rent utav råkar vara något rubbade och därför baserar sina avgöranden på fel premisser, är något som måste undvikas. Även om dessa undantag förhoppningsvis är sällsynta, så är de inte desto mindre fatala, varför en sträng reglering av vilka som skall få praktisera eutanasi är av största vikt.

Eventuellt uppsåt kan komma ifråga då man ska dra en gräns för var den palliativa vården övergår i eutanasi. Det är ju vid bedömning av exempelvis doser inom den palliativa vården osäkert hur mycket en enskild patient tål. Skulle läkaren ha administrerat smärtstillande eller annat läkemedel i den utsträckning som han gjorde om han hade anledning misstänka att patienten som en följd därav skulle komma att avlida? Denna fråga faller kanske istället inom gränsdragningen mellan culpabrotten och dolusbrotten, men är säkert relevant i många fall där patienten kan tänkas ha fått en tidigare död. Detta borde vara relevant i utredning av det mörkertal som utgörs av misstänkt otillåten dödshjälp.

En behandling där döden riskerar att följa från behandling, som höga doser smärtstillande inom terminalvården, är dock inte främmande för vad som redan anses vara tillåtligt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom den palliativa vården skall det vara möjligt för sjukvårdspersonalen att administrera smärtstillande medel i den utsträckning som krävs, även om detta kan innebära att patientens liv avsevärt förkortas härav. Detta är just vad förespråkarna av palliativ vård med kommittén för *Utredningen av vård i livets slutskede* i spetsen vill uppnå i sin rapport SOU 2000:6, och i enlighet med vad SoS uttalade

för flera år sedan.⁴⁵ Denna palliativa vård skulle alltså för att vara tillåtlig behöva sorteras in i kategorien passiv dödshjälp. Att det inte rör sig om någon underlåtelse är uppenbart, och därför måste kommittén anses förespråka en möjlighet att påskynda en patients död med ett förfarande som inbegriper en aktiv handling där uppsåtet är ett indirekt sådant.

Många av de dödsfall som sker på sjukhus landet runt skulle antagligen falla inom denna kategori, om man valde att utreda de förlopp som föregått dem. Det är också här som den skenbara skillnaden mellan den palliativa vården och den behandling som generellt går under namnet ”aktiv” eutanasi smulas sönder och försvinner. En bredare acceptans av ett drägligt slut på livet genom just en stark palliativ vård är väl egentligen vad de som propagerar för eutanasi vill ha. De som inte vill räknas till eutanasianhängarna måste kanske ändå erkänna, att en effektiv palliativ vård ofta också kan orsaka en prematur död. Det är kanske bara en fråga om att våga ta steget ända ut. Vad som efterfrågas är ju en nödutgång, ett sätt att slippa lida mer då den palliativa vården inte längre kan erbjuda lindring. I de flesta fall kommer frågan om eutanasi inte ens att aktualiseras, utan endast vara den giftampull man kan välja att ta då man inte längre står ut. Det är en försäkran om att sjukvården kommer att ta sitt ansvar hela vägen, och inte överge patienten då det är som värst.

Summa summarum är det vad gäller eutanasi inte relevant att diskutera i termer av uppsåt, eftersom en förutsättning för att eutanasi skall kunna legaliseras är att den frikopplas från det personliga betraktelsesättet vad gäller synen på den utförande läkaren. Detta har ju också redan gjorts i praxis då man tillåter vissa former av dödande med uppsåt och beivrar andra. Det är inte läkarens avsikt (varianter av uppsåt) eller dennes personliga motiv som skall ligga till grund för tillåtligheten av eutanasi, utan det ändamål som ligger till grund för det tillåtliga i eutanasin, nämligen patientens uttryckliga vilja kombinerat med vad som kan anses vara för dennes eget bästa. Uppsåtsrekvisitet blir därmed inte relevant för den eutanasiatilldelande läkaren då han utför åtgärden på grundval av en yrkesbaserad plikt (här avses inte att det skulle utgöra en plikt att mot sin vilja tvingas utföra eutanasi, utan att plikten omfattar de åligganden som kommer an på varje läkare i sitt värv, nämligen att erbjuda den bästa hjälp som kan ges som behandling), vilken skulle ursäkt handlingen på samma sätt som en polismans handlingar inom lagens ramar försvaras av att de utförs å tjänstens vägnar för att tillgodose ett intresse som skyddas av rättsordningen. De objektiva rekvisitens icke-uppfyllande utesluter därigenom de subjektiva.

Om man väljer att låta uppsåt vara avgörande i frågan om eutanasis tillåtlighet, fördömer man också många av de metoder som man inom vården använder sig av sedan redan länge, och som av såväl myndigheter som domstolar redan

⁴⁵ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2 om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede

bedömts vara accepterade.

6.1.4 Underlåtenhet eller aktiv handling?

Ur såväl det allmänna språkbruket som den juridiska terminologin utläses att det traditionellt ansetts värre att döda någon än att låta någon dö. Man har ansett, att det generellt finns anledning att hålla en handling för mer fördömlig än en underlåtenhet. Antalet brottsbeskrivningar som direkt kräver en underlåtenhet är relativt fåtaliga i brottskatalogen⁴⁶, och skälet härtill är bl a att det är enklare att ge explicita förbud än slika påbud. Det är mest vid underlåtenhet att värna om andra lagstiftade intressen som underlåtenhetsbrotten blir aktuella.

Ingemar Hedenius beskriver dödshjälp så här: "Skillnaden mellan passiv och aktiv dödshjälp är att den förra är underlåtelse och den senare positiv gärning. Den passiva dödshjälp har två grader: den första att underlåta igångsättande av livsuppehållande behandling, den andra att underlåta fortsättande av livsuppehållande behandling, som har påbörjats. Den aktiva dödshjälp har också två grader: den första att ge smärtstillande medel i sådan mängd, att livet avsevärt förkortas, den andra att ge en sådan mängd ('hela dosen på en gång'), att döden genast inträder. Bland läkare synes den uppfattningen vara mycket utbredd, att dessa fyra slag av dödshjälp ställer sig olika inte bara ur etisk synpunkt utan också ur straffrättslig."⁴⁷

Utgörs det acceptabla i passiv eutanasi av att döden följer av en underlåtenhet? Att då den kurativa behandlingen är avslutad och livsuppehållande åtgärder som inte längre fyller någon terapeutisk funktion avlägsnats, låta en patient sakteliga tyna bort, är klart att betrakta som en underlåtenhetshandling som knappast kan ådra någon ansvar. Detta är saker vi inte rör över, och ett förlängande av livet i sådana fall är inte något som bör eftersträvas. Men vad är det vi baserar oss på då vi instinktivt känner detta? Allmänt är svaret att det är därför att detta ju inte består i någon aktiv handling. Det skulle alltså vara på grund av att förfarandet utgörs av en underlåtenhet som vi känner att ett sådant handlingssätt är "rätt". Men kan en procedur involverande utförandet av beslutet att fysiskt koppla bort någon från LUÅ betraktas som en underlåtenhet? Även detta att trycka på knappen som initierar själva bortkoplandet, eller för den delen själva fattandet av beslutet att avbryta LUÅ måste väl uppfattas som en aktiv handling?

Det spelar ingen roll hur detta delegeras till annan i hierarkin lägre stående personal eller åstadkommes genom en automatisk process initierad och utförd av

⁴⁶ Ett tidigare kontroversiellt exempel härpå är BrB 23 kap 6 §, om straffansvar för den som underlåter att rapportera ett brott under begående, då detta inte utgör fara för den berörde.

⁴⁷ I Hedenius, Om dödshjälp och andra essayer, 1964, s 70

intelligenta datorer, själva initiativet måste komma från en läkare som avgör när det kritiska ögonblicket är inne. Detta avgörande kan aldrig delegeras utan att hamna i en oändlig spin-off som katten på råttan, råttan på repet e t c. Det avgörande ställningstagandet måste alltid utgöras av en aktiv handling.

Att man har valt att göra en logiskt sett felaktig uppdelning av aktiv och passiv dödshjälp baserad på handling och underlåtenhet, beror säkerligen, utöver den medicintekniska utvecklingen även på det osäkra rättsläget, som redan i många avgöranden skördat flera moraliskt sett oskyldiga offer. Allmänt sett är inte en underlåtenhet att förhindra uppkomsten av en följd lika klandervärd som att ge upphov till följderna genom egen handling. Den som utan personlig inblandning endast likgiltigt bevitnar uppkomsten av en följd ses inte som lika farlig som den som genom eget agerande aktivt företar en handling utan att ta hänsyn till de konsekvenser som uppkommer härav. Vissa handlingar kan man således inte åläggas ansvar för på grund av underlåtenhet. Lagen stadgar ingen skyldighet att ingripa till hjälp för någon som håller på att drunkna bredvid en, såvida man själv inte haft något med uppkomsten till situationen att göra, eller innehar en sådan position att man är skyldig reagera. Man kan inte åläggas mer än moralisk skuld om man inte ingriper.

I ett utlåtande av professor Gunnar Biörck⁴⁸ anförts att passiv dödshjälp endast kan tillåtas då den sker genom en underlåtenhet, och ej genom aktiv handling. Detta tillåter en läkare att välja att inte sätta in behandling då detta anses försvarligt. Har läkaren däremot redan påbörjat en behandling får han inte sluta med den, även om han skulle finna att behandlingens enda verkan är att grymt och meningslöst förlänga livet. Detta betraktelsesätt kan tillskrivas den maxim som ibland tas till för att vägleda vid etiska avgöranden inom läkarkåren, stadgande att det skall vara tillåtet att utföra ”en positiv handling som får negativa konsekvenser men inte en negativ handling som får positiva konsekvenser”. Denna maxim har åberopats till försvar av den palliativa vården, och till fördömande av eutanasi. Hedenius finner ”denna underliga skolastiska maxim skräckinjagande”, och avfärdar Biörcks inställning med motiveringen att upplysning borde tillåta läkaren att fatta ett beslut baserat på ett övervägande som baseras uteslutande på den sjukes bästa och inte är beroende av läkarens samvete.⁴⁹

Maximen ger också i många situationer i sjukvården konstiga resultat, då det vid i stort sett varje ingrepp är fråga om att utföra en negativ handling, som att skära upp någon vid en operation, för att åstadkomma något positivt, nämligen förbättringen av patientens hälsotillstånd. Så länge man inte kan komma överens om en universell lista över handlingar som i varje situation är att stämpas som ”positiva” respektive ”negativa”, är emellertid inte denna maxim särskilt användbar. Ett försök till en sådan uppdelning vore givetvis på förhand dömt att

⁴⁸ Svenska Läkartidningen 1963, nr 16

⁴⁹ Hedenius I, *Om dödshjälp och andra essayer*, s 46 ff

fallera. Tanken bakom maximen kan nog passa in just endast under vissa givna omständigheter, och är kanske en devis som därför inte generellt kan appliceras inom sjukvården.

6.1.5 Kommissiv- och omissivdelikt

Inom svensk rätt förekommer två olika slags typer av brott, brottstyper, *kommissivdelikt* (från latinets *committere* = “begå”), och *omissivdelikt*, (från latinets *omittere* = “underlåta”). Skillnaden dem emellan är, att ett omissivdelikt för ansvar kräver att en person inte gjort något visst som han borde ha gjort. Exempel på ett brott som kan utgöras av ett omissivdelikt är försummelse att lämna självdeklaration. För ansvar enligt ett kommissivdelikt är det likgiltigt huruvida normen överträts genom handling eller underlåtenhet. Ett kommissivdelikt blir därför definitionsmässigt ett brott, som inte är ett omissivdelikt, och därför kan begås genom såväl handling som underlåtenhet. Här utgör t ex mord ett sådant delikt. En gärningsman kan dömas till ansvar för mord såväl för att genom en handling hugga ihjäl någon, som genom att underlåta att rädda det icke-simkunniga barn gärningsmannen puttat i vattnet.

Utöver dessa skiljer man även på *äkta* och *oäkta* underlåtenhetsbrott, där den första termen avser uppfyllande av ett omissivdelikt och den senare av ett kommissivdelikt, när överträdelsen sker genom en underlåtenhet. De flesta kommissivdelikt kan begås genom en underlåtenhet. För en mindre grupp brott finns det dock krav på att en aktiv handling skall företas, och underlåtenhet kan aldrig leda till ansvar. Exempel på sådana brott är koppleri (BrB 6:8) och oredlighet mot borgenärer (BrB 11:3), samt brott som tar sikte mer på levnadssätt än på en viss gärning. Detta slags brott är dock numera ovanliga i svensk rätt.

Straffrättsligt ansvar för underlåtenhet kan följaktligen endast aktualiseras då det finns särskild anledning för den underlåtande att ingripa. En av de situationer när sådan skyldighet föreligger, är då den underlåtande befinner sig i någon form av *garantställning*.

6.1.6 Garantläran

Endast den som har särskild anledning att tillvarata ett visst intresse kan göra sig skyldig till ett kommissivdelikt genom underlåtelse. För att fastslå vem som faller under denna skyldighet har man utvecklat vad som härefter kommer att refereras till såsom *garantläran*.

En läkare som fattar ett beslut om att avlägsna en patients livsuppehållande åtgärder, därigenom orsakande vederbörandes tidigare infallande död, utför en handling som till resultatet är jämförligt med att döda vederbörande.⁵⁰ Om läkaren

⁵⁰ Observera att jag i termen döda inte vill lägga någon vare sig positiv eller negativ

skulle betraktas som ett icke i garantställning stående "vanligt" rättssubjekt, skulle hans gärning, under förutsättning att man betraktar avlägsnandet av livsuppehållande åtgärder som en passiv eutanasi på grund av dess klassificering som en underlåtenhet att rädda ett liv, inte vara att ses som en straffbar gärning. Den i Sverige av läkare och åklagare idag accepterade praxis, visar oss att detta är hur man tror att rättsläget ter sig ut. Men är en läkare att klassificera som en aktör stående utanför den av garantläran omfattade sfären, på områden som av tradition måste anses falla inom läkares normala arbetsområden? Skall man inte anse det åligga läkare en skyldighet att vidta åtgärder som traditionellt hör till läkarämbetet då vissa givna omständigheter är för handen?

Som argument för att en sådan garantställning faktiskt borde anses följa med läkaryrket finns olika exempel. Många skulle nog vilja ålägga sin behandlande läkare en plikt att hålla dem vid bästa hälsa, inte minst i situationer som läkaren själv eller någon inom läkarvården framkallat. I Kommentar till BrB sägs att: "Exempelvis kan den som åtagit sig att vårda en dödssjuk anses intaga sådan ställning att han kan vara att döma för underlåtenhet att hjälpa den dödssjuka, under det att annan, som kunnat hjälpa denne men inte gjort det, går straffri."⁵¹ Vissa rättsfall tyder på att man i vissa situationer faktiskt kan se på relationen läkare - patient som utgörande ett exempel på läkaren som skyddsgarant, antingen genom att han/hon gjort ett frivilligt åtagande (se NJA 1946:712) eller genom hans/hennes särskilda yrkesskyldighet (NJA 1952:104).

I det s k Kirunafallet (SvJT 1965 rf s 77) som uppkom på mitten av sextioalet från en underrätt, frikändes en läkare som kopplat bort en patient från livsuppehållande åtgärder, då "(e)n läkare som avbrutit livsförlängande behandling (...) inte förfarit på ett sätt, som ej stod i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet"⁵². Den livsuppehållande åtgärden ifråga i fallet var tillförsel av näringsdropp. Motiveringen var att en fortsatt behandling inte hade haft någon medicinsk eller mänsklig funktion att fylla. Domen överklagades inte. Emellertid uttalade sig RÅ om att han ansåg att läkaren hade handlat oriktigt, dock utan att ha begått ämbetsbrott, men att en läkare som gjorde samma sak i framtiden inte skulle komma lika lindrigt undan. På det hela taget ett märkligt uttalande som inte hjälpte rättssäkerheten på traven. I efterhand har dock detta rättsfall från en underrätt, utan prejudicerande kraft, ansetts stödja tanken att det skulle vara accepterat med passiv eutanasi, så länge denna utförs med stöd av "vetenskap och beprövad erfarenhet".

Syftet med Kirunafallet var nog aldrig att ta upp läkares eventuella

betydelse, som den som finnes i termerna dräpa eller mörda. Således skall själva dödandet inte ses som något intrinsiskt ont per sui, utan endast som något som faktiskt äger rum.

⁵¹ Beckman, Hult m fl, Kommentar till Brottsbalken I, s 20

⁵² Citat av lagmannen Bertil Wennergren, ur SOU 1979:59 om vård i livets slutskede, s 51

garantställning, men hade underlåtenheten att hålla patienten vid liv betraktats som ett brott hade detta behövts baseras på en existerande garantställning, med mindre bortkopplandet från de livsuppehållande åtgärderna skulle vara att betraktas som en aktiv handling.

7 Samtycke

Tanken bakom samtycke brukar uttryckas med sentensen "volenti non fit injuria", d v s den samtyckande sker ingen orätt.⁵³ Denna straffrättsliga tes anses bygga på att var och en inom vissa gränser har rätt att självmant bestämma över sina intressen, och att staten inte har någon anledning att skydda den intressehavare som väljer att avstå från ett intresse. För att kunna åberopa samtycke som ansvarsfrihetsgrund måste dels samtycke ha lämnats av den som gärningen riktas emot och dels får gärningen inte vara oförsvarlig. Vad gäller oförsvarlighetsbedömningen har gränsen för samtyckets befriande verkan vid t ex uppsåtligt tillfogande av kroppsskada, ansetts ligga mellan ringa misshandel och normalgraden av misshandel.

För att ett samtycke skall tillräknas rättslig giltighet krävs att a) det har lämnats av någon som är *behörig* att förfoga över det aktuella intresset, b) den samtyckande är *kapabel att förstå* innebörden av samtycket, c) vederbörande har haft full *insikt* om relevanta omständigheter, d) samtycket har lämnats *frivilligt*, samt e) samtycket är *allvarligt menat*. Samtycket skall även vara *aktuellt*, i den mening att det måste föreligga vid den tidpunkt som gärningen företas. Vad avseende kommunikationen av samtycket, behöver detta inte ha tagit sig något speciellt uttryck, men ett yttre uttryck är givetvis av betydelse i bevishänseende.⁵⁴ Vad som är avgörande är den inom straffrätten tillämpade s k *viljeinriktningsteorin*, innebärande att ett inre helt uttalat samtycke är tillräckligt för att ansvarsfrihet skall föreligga.⁵⁵ Rättsläget är emellertid oklart angående i vilken utsträckning *hypotetiskt samtycke* kan anses vara tillfredsställande som ansvarsfrihetsgrund.

7.1 Samtyckets rättsliga giltighet som ansvarsfrihetsgrund

I Sverige har man under den socialdemokratiska makteran under det senaste århundradet mer eller mindre låtit ett visst drag av beskyddande paternalism vara vägledande i besluten om individens självbestämmanderätt vad gäller medicinska och andra frågor. Bland annat har man ansett samhällets intresse av att värna om respekten för människors liv och hälsa väga så tungt, att inte ens förekomsten av uttryckligt samtycke från den vars intresse drabbas av vissa ingripande åtgärder

⁵³ Se Strahl s 377, eller Jareborg, *Brotten*, s 254

⁵⁴ Prop. 1993/94, s 39

⁵⁵ Se N Jareborg, *Brotten I*, s 253, samt SOU 1988:7 s 107 och där angivna källor

fritar från ansvar. Inom vissa gränser har samhället ändå sett sig tvingat att acceptera att dess medborgare tillåts tillfoga varandra ett visst mått av skada. Inom såväl civilrätt, skadeståndsrätt, förvaltningsrätt, socialrätt som straffrätt förekommer samtycket som en ansvarsfrihetsgrund, tillåtande ingrepp av olika dignitet och betydelse i individers förehavanden. Dessa bestämmelser är en nödvändighet för att kunna applicera vissa regelverk på verkligheten. Inom avtalsrätten bygger hela konstruktionen och syftet med regelverket på att parterna kommer överens och samtycker till att ingå avtal. Här gäller också gemensamma regler, grundade på de kriterier som uppställs för förekomsten av giltigt samtycke, som behörighets- och informationskrav. Familjerätten innehåller ett flertal bestämmelser om samtycke, som makars förfogande över egendom innehavd med giftorätt, ÄktB 7:5, eller vårdnadshavares samtycke till underårigs ingående av arbetsavtal, FB 6:12. Kontentan av de olika områdenas acceptering av samtycket som en ansvarsfrihetsgrund, är att man i rättspraxis har velat tillerkänna en individs övervägda preferens för ett visst beslut en avgörande betydelse för huruvida en gärning skall vara att ses som straffvärd eller ej. Inom straffrätten har man ansett, att handlingar som inte går utöver vad som kan betraktas som ringa misshandel och utförs med samtycke från den som drabbas, är godtagbara och ses enligt rättspraxis som rättsenliga. Att man inom straffrätten valt att dra gränsen vid en relativt låg nivå, som den i misshandelsfallen, beror på de bevisvärigheter som annars skulle uppkomma angående vad en drabbad individ egentligen skulle acceptera. Genom att utesluta samtycke som ansvarsfrihetsgrund förhindrar man att ett skrämt offer under tvång på grund av rädsla för repressalier intygar att hon visst hade samtyckt till den misshandlande behandling som hon utsatts för. Detta är givetvis en paternalistisk syn på individen, men som säkert i många fall har tjänat till att frambringa de bästa konsekvenser. Andra handlingar som faller inom särskilda ramar på grund av en viss aktivitets natur, som t ex vid sportutövande, och vars straffrättsliga värde vid en bedömning inte går utöver vad som kan betrakta som vanlig misshandel, är att betraktas som godtagbara i ett demokratiskt samhälle.⁵⁶ Detta är som angivits ovan (kapitel 6.1.2.4.4) exempel på vad som kan vara *socialadekvat*.

7.2 Hälso- och sjukvårdsrättens krav på samtycke

Det finns få tillfällen när en människa befinner sig i ett så utsatt läge och är så beroende av andras välvilja som när hon drabbas av sjukdom eller annan ohälsa. Vid ett möte med hälso- och sjukvården befinner sig en sökande patient i ett underläge. Förutom sitt försvagade tillstånd som gör henne mindre förmögen att tillvarata sina intressen är hon utlämnad till personalens yrkesskicklighet och goda vilja. För patienten kan mycket stå på spel, hennes fysiska hälsa och ibland till och med hennes liv, men även om det inte är något så allvarligt som vilar i vågskålen, finns det andra kanske väl så viktiga intressen som kan befinna sig i riskzonen att

⁵⁶ Se t ex B Bengtsson, [Skadestånd vid sport, lek och sällskapsliv / Bertil Bengtsson](#)

överträdas. Exempel på sådana är den personliga och den kroppsliga *integriteten*. I vårdssituationer kan det komma att krävas av patienten, att han underkastar sig åtgärder som han inte skulle ha accepterat att underkastas i vanliga situationer. Medicinsk behandling kan medföra en risk för uppkomst av skador, och komplikationer och biverkningar kan uppstå som ett resultat av vård- och behandlingsåtgärder. Dessa risktaganden och kroppsliga ingrepp accepteras emellertid av rättsordningen i långt större utsträckning än vad som är fallet i andra sammanhang, med hänsyn till att syftet med de vårdande åtgärderna, som att bota och lindra, ger de medicinska åtgärderna en särskild ställning, en *social adekvans*. Den som under normala förhållanden i t ex experimentellt syfte skär upp någon för att avlägsna dennes ena njure ådrar sig ansvar för misshandel, medan den läkare som i medicinskt syfte begår samma handling går fri. Den grundläggande rättsliga principen om individens självbestämmanderätt över sin egen kropp upphävs eller inskränks dock inte av att man inträder i rollen som patient. Som huvudregel krävs för att medicinska åtgärder skall anses falla inom vad som betraktas som rättsenligt att dessa inte får stå i strid med patientens vilja. Det är alltså inte tillräckligt för rättsenlighet att åtgärden tillfredsställer ett gott syfte. Det goda syftet representerar en *nödvändig*, men inte *tillräcklig* betingelse för handlingens rättsenlighet (se ovan kap 6.1.2.2.3).

I lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område står i 2 kap 1 § att vården skall *så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten*, samt ett krav på att vården skall visa patienten *omtanke och respekt*. Det finns alltså i lagtexten inget absolut krav på att patienten faktiskt får vara med i beslutsprocessen, och därmed inte heller någon garanti för att samtycke alltid utgör en nödvändighet för en viss vårdåtgärd.

Vid en granskning av förslaget till hälso- och sjukvårdslag ifrågasatte lagrådet om patientens självbestämmanderätt kunde innefatta en ovillkorlig rätt att kräva avbrytande av livsuppehållande behandling, med avseende på det oklara rättsläget.⁵⁷ Det föredragande statsrådet svarade att hon inte hade för avsikt att ta ställning i de svåra frågorna rörande livsuppehållande behandling, men underströk "att i princip gäller att patienten själv bestämmer om den erbjudna vården över huvud taget skall ges och att patienten när som helst kan avbryta vården eller behandlingen."⁵⁸

De allmänt hållna reglerna i hälso- och sjukvårdslagen bör, enligt uttalanden från lagrådet och föredragande statsrådet, tolkas mot bakgrund av att ett av syftena med lagstiftningen var att *förbättra den enskilda patientens ställning*. Meningen bakom detta uttalande var, att det i situationer då samtycke krävs är svårt att uttröna patientens vilja, *in dubio* detta skall inhämtas från en behörig ställföreträdare. Om sådant samtycke inte kunde inhämtas, skulle vård kunna ges

⁵⁷ Prop. 1981/82:97 s 58

⁵⁸ A.a. s 148

endast i de fall där så kan ske med bibehållande av kravet på respekt för patientens självbestämmanderätt och integritet. Detta skulle inte bara utesluta alla former av tvång, utan även garantera att inga åtgärder vidtogs, som man skulle ha anledning att anta att patienten hade motsatt sig om dennes åsikt kunnat inhämtas.

7.3 Grundlagens skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp

I regeringsformens andra kapitel står stadgat att medborgarna i förhållande till det allmänna är skyddade mot påtvingade kroppsliga ingrepp, RF 2:6, samt mot frihetsberövande, RF 2:8. Ur dessa paragrafer kan man utläsa, att ingen får ge någon vård mot dennes vilja, om inte särskilda i lag angivna förutsättningar är uppfyllda. RF 2:12 stadgar, att inskränkningar i dessa grundlagsskyddade fri- och rättigheter endast får göras för syften som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, samt att sådana inskränkningar måste ges form av lag. Dessa stadganden är som sagt tillämpliga vid vård som tillhandahålls av det allmänna. För situationer då vården istället kan erbjudas av privata alternativ vilket i våra dagar blir allt vanligare, är det inte avgjort huruvida dessa privata vårdgivare skall anses utöva offentlig förvaltning och därmed falla under RF 11:6 st 3 eller om ett annat regelverk skall appliceras. Allmänna regler om brott mot liv och hälsa, mot frihet och frid, samt om skyddet för den kroppsliga och personliga integriteten återfinnes i BrB. Det har, i enlighet med läkares skyldighet enligt 3 § 1 p läkarinstruktionen att såvitt möjligt ge en patient den behandling som vederbörandes tillstånd fordrar, anförts att denna paragraf skulle kunna läggas till grund för en påtvingad åtgärd. Detta förkastades dock.⁵⁹

För en patient som befinner sig i livets slutskede där ingen behandling i kurativt syfte finns att erbjuda, kan valet av behandling stå endast till att acceptera en vård som lindrar smärtor men istället ger fritt utlopp för den ångest och desperation ett döende som beroende av sin omgivning kan associeras med. Det är ett faktum att vad som är den främsta anledningen till att patienter anhåller om eutanasi är oviljan att bli hjälplös och beroende av sin omgivning⁶⁰. Det går ofta att döva även en själslig smärta med olika preparat, men dessa ger också biverkningar i form av sederig, förvirring et c, samt gör patienten beroende av dessa preparat för att kunna föra ett anständigt liv. Detta må vara lätt att tolerera för de flesta, men vissa människor som haft ett tidigare självständigt liv, och för vilka kontroll över sin sista tid är viktig, kan finna ett sådant öde oacceptabelt. Att genom att erbjuda endast ett alternativ till en sådan behandling, nämligen det att leva sin sista tid med oerhörda smärtor, tvingar man en döende patient att foga sig i vad samhället anser vara bäst för vederbörande. Då man på detta sätt i strid mot grundlagen tillåter ett påtvingat ingrepp i vad det gäller att fortsätta någons liv mot dennes vilja, borde det vara moraliskt (och juridiskt) mer rätt att respektera denna samma grundlagsprioriterade vilja, och samtidigt i enlighet med läkarinstruktionen lindra och ge den vård som kräves av situationen. RF 11:14 stadgar att en föreskrift

⁵⁹ E Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s

⁶⁰ P Strang, *Palliativ vård*, kap 38

som står i strid med grundlag inte får tillämpas, om det inte är regering eller riksdag som beslutat den, och om felet är uppenbart. Detta torde inte i sitt sammanhang i analogi med abortlagstiftningen hindra tillåtandet av ett välreglerat eutanasiinstitut. Genom att respektera patientens vilja och lindra dennes lidande, tillåter man det bästa av alternativen för alla parter att segra.

7.4 Specialreglering av samtyckeskrav

Vid åtgärder av *särpräglad karaktär*, där det kan anses speciellt angeläget att inga missförstånd uppstår rörande samtyckets existens och omfattning, har lagstiftaren funnit anledning att särskilt reglera frågan om patientens samtycke. Dessa särskilt reglerade områden har sär sorterats med anledning av att de ingrepp som avses här bland annat med hänsyn till deras irreversibilitet och särskilt genomgripande karaktär intar en särställning. Exempel på regler som skärper samtyckeskravet finns bl a i transplantationslagen, beträffande tagande av biologiskt material från levande donator. Denna lags 4 § 1 st uppställer ett ovillkorligt krav på uttryckligt samtycke, vilket härtill måste lämnas i skriftlig form. Här räcker alltså inte ens ett muntligt samtycke, och så länge donatorn är vid liv kan inget hypotetiskt eller liknande samtycke läggas till tillräcklig grund för ett ingrepp. I övrigt gäller givetvis alla övriga för samtycke relevanta punkter, vilket preciserats av SoS i allmänna råd.⁶¹ Även abortlagen kräver enligt huvudregeln i 1 § uttryckligt samtycke, vilket tillfredsställes genom att kvinnan måste begära aborten. I specialmotivering till paragrafen anförs emellertid att: "(f)rågan i vilken utsträckning en abort som är nödvändig med hänsyn till kvinnans liv eller hälsa får företas utan uttryckligt eller presumerat samtycke av kvinnan får lösas efter samma principer som gäller för operativa ingrepp i allmänhet."⁶² Således upprätthålles inte kravet på samtycke ovillkorligen om kvinnans liv eller hälsa är i fara.

Vissa krav på skriftlig form för samtycke finnes också i steriliseringslagen, inseminationslagen, lagen om befruktning utanför kroppen samt lagen om användning av viss genteknik vid allmänna hälsoundersökningar. I samtliga dessa fall rör det sig om åtgärder som på något sätt avviker från hälso- och sjukvårdens primära verksamhetsområde enligt 1 § hälso- och sjukvårdslagen, d v s förebyggande utredning och behandling av sjukdomar och skador. Vissa av ingreppen medför långtgående och ofta irreversibla konsekvenser för den patient som erhåller vården, och vissa vidtas inte ens i patientens eget intresse. Att lagstiftaren funnit att det i vissa fall är behövligt med en specialreglering är därför lättförståeligt. Fortfarande finns det dock områden där man kan fråga sig varför en reglering inte kommit till stånd. Ett exempel på sådana ingrepp är de som inte är motiverade av medicinska skäl, som vissa plastikoperationer med kosmetiska

⁶¹ MF 1975:122, ur E Rynning, s 177

⁶² Se prop. 1974:70, s 79

syften. Med hänsyn till att medicinsk indikation ofta saknas, att åtgärderna kan medföra icke obetydliga risker för patienten samt att resultatet medför en bestående kroppslig förändring, är det anmärkningsvärt att krav på information och samtycke anses tillräckligt för vidtagande av åtgärder som saknar terapeutiskt syfte. Ett annat exempel, där nyttan av en reglering är större än de ovan nämnda, är eutanasi.

7.4.1 Ställföreträdande beslutsfattande

I Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin som trädde i kraft 1999, berörs frågan om ställföreträdande beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Ställningstagandet i konventionen bygger på att medicinska åtgärder endast får genomföras efter det att ett fritt och informerat samtycke lämnats av den som skall mottaga den avsedda åtgärden. Detta samtycke får vara uttryckt eller underförstått. För de fall där åtgärderna appliceras på någon som inte är kapabel att meddela sitt samtycke uttalas:

“När en vuxen person inte har förmåga att samtycka till en åtgärd beroende på psykisk störning, sjukdom eller liknande skäl, får åtgärden vidtas endast med tillstånd av hans eller hennes ställföreträdare eller en myndighet eller ett organ med stöd av lag.”⁶³

Denna konvention har Sverige undertecknat men ännu inte ratificerat, varför dess bestämmelser heller inte är tillämpliga för svenska förhållanden än.

7.4.1.1 God man/förvaltare

För ställföreträdarskap, som *god man* eller *förvaltare*, finns bestämmelser i Föräldrabalken (FB). Ställföreträdarens behörighet kan vara av självständig eller av kompletterande art. Godmannaskap enligt FB 11:4 kan inte anordnas utan samtycke från den som berörs, om dennes tillstånd inte omöjliggör ett sådant. Det anses förvisso att ställningstaganden inom hälso- och sjukvård ryms inom beslut en god man får företa för den som inte är i stånd att “kunna sörja för sin egen person”, men i övrigt är det huvudsakligen andra mindre ingripande uppgifter som utförs av en god man. Det är osäkert om ett sådant förordnande skulle skänka tillräckliga befogenheter för att kunna ha ett avgörande inflytande på livsavgörande beslut. Rättsläget är här oklart.

Regler om förvaltare finnes i FB 11:7. Även om detta ställföreträdarskap är att ses som mer ingripande än godmannaskap är det även här huvudsakligen fråga om ekonomiska angelägenheter. Förvaltaren kan knappast jämföras med en vårdnadshavare när det gäller angelägenheter av mer personlig art. I ett antal rättsfall har ställföreträdarens möjligheter till beslut i medicinska frågor prövats, och

⁶³ Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, artikel , 1999

resultatet har givit att det inte är möjligt att i någon större mån tillskriva god man eller förvaltare någon behörighet i sådana ingripande frågor.⁶⁴

Även om samtycke från god man eller förvaltare inte kan accepteras som tillräcklig rättslig grund för medicinska ingrepp på en patient som motsätter sig en viss åtgärd, är den betydelsefull i en situation där en beslutsinkompetent person inte har möjlighet att ge sin inställning till känna.

I SOU 2000:6 om vård i livets slutskede anser kommittén det angeläget att finna andra former för ställföreträdande beslutsfattande för vården i livets slutskede⁶⁵. Detta är förståeligt, då de äldre ställföreträdarskapsinstituterna annars skulle få en betydligt bredare befogenhet än tidigare, och därmed innefatta betydligt högre krav på vilka som förordnades.

7.4.1.2 Närstående

Andra patientens närstående än vårdnadshavare för underåriga tillerkänns enligt gällande svensk rätt inte någon ställföreträdande beslutanderätt i frågor som rör patientens vård. Däremot kan närstående personer genom sin kännedom om patienten bidra till att hälso- och sjukvårdspersonalen kan bilda sig en bättre uppfattning om vad patienten skulle vilja. Emellertid vilar ansvaret för de vidtagna åtgärderna i dessa fall uteslutande på personalen. Vad gäller livsuppehållande åtgärder som administreras efter det att hjärndöd inträtt, har av Socialstyrelsen uttalats att sådana åtgärder inte får fortsättas bara för att anhöriga uttryckt önskemål härför.⁶⁶ I fråga om transplantations- och obduktionsåtgärder tillerkänns enligt 7 § och 3 § respektive lagar anhöriga dock viss bestämmanderätt, under förutsättning att den avlidnes egen vilja är okänd.

7.4.1.3 Myndighet

I vad mån sjukvården kan sorteras in under myndighet är inte solklart. Detta måste bero på huruvida olika uppgifter som utförs kan anses innebära myndighetsutövande. Landstingen får enligt 3 § 3 st 1 men. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter som landstingen ansvarar för enligt samma lag. I den utsträckning sjukvård erbjuds av privata alternativ borde den inte direkt anses utgöra ”det allmänna” i den

⁶⁴ Se bl a SoS allmänna råd (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens där det talas mer allmänt om värdet av ”samråd” med anhöriga och/eller god man/förvaltare.

⁶⁵ SOU 2000:6 s 93

⁶⁶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1987:32) om tillämpningen av lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död.

bemärkelse som avses i bl a RF:s inledningskapitel.⁶⁷ Då sjukvården utövas av landstingen, eller av kommun eller annan vartill uppgift delegerats av landstinget, faller dock dess verksamhet under ”det allmänna” som RF avser. Enligt 1 kap 3 § lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område står även fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård under Socialstyrelsens överinseende. Uppgifter som innefattar myndighetsutövande får emellertid inte överlämnas till privata företag, samfälligheter, stiftelser eller individer, 3 § 3 st 2 men. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det finns inte heller så stora möjligheter att, då alla alternativ inom sjukvården är välreglerade och omfattas av den existerande lagstiftningen för hela landet, söka sig till ett alternativ. På dessa grunder kan man säga att utövare av hälso- och sjukvård kan anses utgöra en myndighet.

En lösning är att låta den behandlande läkaren, som troligtvis är den som är mest skickad att avgöra patientens inställning (förutsatt att det har förelegat ett utbyte av information mellan läkaren och patienten), vara den hos vilken det avgörande beslutet skall ligga. I annat fall torde den personal som senast varit i kontakt med patienten vara den mest lämpliga för ett utrönande av patientens inställning.

Kanske är ett införande av ett system liknande det som används i Holland lösningen på problematiken. I detta krävs att två läkare, i samförstånd och var och en för sig, vid två separata tillfällen kommer fram till samma slutsats. Dessutom skall i tiden häremellan patienten vara i kontakt med en psykolog, som kan verifiera autenticiteten i önskan om eutanasi. Allt detta sker under överinvakande av en myndighet som kontrollerar att allt går korrekt till. Då det inte skulle röra sig om ett mot någons vilja påtvingat kroppsligt ingrepp blir inte grundlagens skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp RF 2:6 aktuellt för att sätta käppar i hjulet för ett reglerat institut (se kapitel 7.3 om grundlagens skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp).

7.5 Är samtycke relevant?

Från Holland kommer dock rapporter om att sjuka har tagits av daga utan deras uttryckliga samtycke, på basis av anhörigas samråd med läkare. I vissa fall skall detta även ha gjorts *mot* patientens uttalade vilja, baserat på anhörigas önskan i samråd med läkare. Det förekommer även fall där läkare på eget bevåg beslutat om och genomfört dödshjälp på patienter i strid mot anhörigas åsikter. Vilken linje skall vara den att tillämpa in dubio?

“Låt oss för Guds skull inte släppa in några jurister i det här.” “Ej (...) nödvändigt villkor för dödshjälp (...) att patienten uttryckligen begär sådan hjälp.”⁶⁸ Detta uttalande ligger i linje med vad som uttrycks genom viljeinriktningsteorin (se kapitel 7 inledningen), tillåtande ett inre uttalat samtycke som tillräckligt för

⁶⁷ Se regeringsformen 2 kapitlet, särskilt 2:6.

⁶⁸ I Hedenius, *Om dödshjälp och andra essayer*, s 74

ansvarsfrihet. Dessa fall är oerhört problematiska, och kanske inte kan bli föremål för en närmare reglering, åtminstone inte i det här inledande skedet av regleringen av eutanasi. Det finns fortfarande ett så stort behov av eutanasi bland de som kan förmedla sitt samtycke, att det faktum att det inte alltid går att fastställa en önskan om eutanasi inte bör få förhindra de fall där önskan går att utröna. Dessa fall är inte heller de mest relevanta, då patienten under sådana omständigheter då han/hon inte längre kan förmedla sig, kanske inte heller kan antas lida av sin situation.

Det förhållandet att läkare inte alltid respekterar autonomiprincipen/viljeinriktningsprincipen då de försöker rädda patienter som tas in på grund av suicidförsök, kritiserar ofta av anhängare till dödshjälp. *In dubio* agerar de flesta läkare i sådana situationer mot autonomiprincipen. Detta anses dock av de flesta vara befogat med hänvisning till statistiska uppgifter om den nytta som varit resultatet av att man lyckats rädda många suicidförsök till livet. Enligt samma statistik är 90% av alla suicidförsök inte baserade på en äkta önskan om att få dö, utan på grunder som är av mer övergående art och där patienten därför med framgång kan behandlas till en tillfredsställande tillvaro⁶⁹.

7.6 Mitt livs testamente

Livstestamente är inte juridiskt bindande i Sverige idag. Främsta anledningen härtill är att patienten kan ha ändrat sig sedan testamentet uppgjordes, eller, ifråga om beslutsinkompetenta personer, vederbörande skulle kunna tänkas ha ändrat sig om patienten varit beslutskompetent i den aktuella behandlingssituationen. Ett upprättat testamente kan ändå tillmätas bevisvärde för vägledning beträffande patientens hypotetiska inställning. Avgörande för om ett samtycke respektive en vägran att underkasta sig vård ska anses ha förlorat sin giltighet eller ej, är således främst omständigheterna vid viljeförklaringens tillkomst, den tid som förflutit därefter samt ändrade förutsättningar i övrigt.⁷⁰

7.5 Konklusion

Den övergripande svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen hyser inte uttryckligen något krav på ett samtycke till vård och behandling. I RF 2:6 stadgas dock det allmänna grundlagsskyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp utan stöd i lag. Detta krav anses dock föreligga även inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen genom de lagstadgade kraven på information, samråd och respekt som sträcker sig så långt som möjligt. Det uppställs inga särskilda formkrav för att ett samtycke till medicinska åtgärder skall anses existera. Därför

⁶⁹ Artikel av Peter Strang i Läkartidningen, nr 14, s 1640, från 4 april 2001

⁷⁰ E Rynning, s 349

anses de vanliga reglerna som uppställts av rättsordningen också gälla inom hälso- och sjukvården. Emellertid gör de särskilda villkor som görs beträffande respekten för patienten att exempelvis den straffrättsliga viljeinriktningsteorin inte kan läggas till grund för en bedömning av rättsenligheten av medicinska åtgärder.

Avdelning 4

8 Åtgärder inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården finns regleringar som är anpassade specifikt för detta område, och kanske därför inte återfinnes någon annanstans. Dessa kompletterar därför BrB och andra ramregleringar.

8.1 Hälso- och sjukvårdsförfattningarna

8.1.1 Övergripande lagstiftning

Med övergripande lagstiftning avses här de lagar som inte specifikt reglerar särskilda typer av medicinska åtgärder eller vårdformer för vilka det finns specialreglering, utan som innehåller mer allmänna bestämmelser för hälso- och sjukvården som helhet. Denna utgörs främst av *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* samt *lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.

8.1.2 Speciallagstiftning

Vidare tillkommer ett antal speciallagar, vilka reglerar särskilda typer av medicinska åtgärder eller speciella områden av hälso- och sjukvården. Dessa områden omfattas visserligen också av den övergripande lagstiftningen, men vid avvikande bestämmelser i specialregleringen har de senare företräde i enlighet med principen om *lex specialis ante lex generalis*.

8.1.3 Patienträttigheter

Patientens ställning och rättigheter regleras i Sverige inte av någon speciell lag, utan står att utläsa av de skyldigheter som ålägges huvudmännen och personalen inom sjukvården. Dessa regleras i lagar som hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Det är genom ett indirekt tolkande av dessa lagar och andra, som sekretesslagen (1980:100), transplantationslagen (1995:831), patientjournalagen (1985:562), patientskadelagen (1996:799), et c som man kan utläsa patienträttigheter. Det som utgör grundvalen för ställningstaganden inom sjukvården är etiska principer, samt framför allt vad som omtalas som ”vetenskap och beprövad erfarenhet”. I lagen (1998:531) om yrkesverksamhet inom sjuk- och hälsovårdens område, är 2 kap 1-7 §§, vilka klargör vad som faller under allmänna skyldigheter⁷¹, och 2 kap 8-11 §§, som reglerar tystnadsplikten, av

⁷¹ Se paragrafer i bilaga sist

grundläggande betydelse. Inom sjukvården vidtas det åtgärder som uppenbart inte kan tillåtas enligt BrB 24 kap §§ 4 eller 7, men som av tradition har accepterats som tillåtliga. För sjukvården har det utformats särskilda regler för vad som är att anse som socialadekvat. Dessa regler bör anses gälla vårdpersonal i olika grad beroende på vilken grad av kompetens med tillhörande regler som gäller för respektive yrkeskategori⁷². Vanliga regler om nöd, samtycke och förmans order tillämpliga för ansvarsfrihet torde i varierande grad också tillämpas i kombination med specialregler för övrig personal vars kompetens inte omfattas av lagtexten.

8.2 Profylaktiska och terapeutiska åtgärder

Medicinska åtgärder av diverse olika slag, som exempelvis operationer, innefattar ofta ingrepp som faller under definitionen av misshandel. För vissa fastställda ingrepp finns särskild lagstiftning, som abort, kastrering, transplantationer och fastställande av könstillhörighet. Det är möjligt att påtvinga individer medicinsk behandling via lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Utanför dessa möjligheter är det oklart i vilken utsträckning hälso- och sjukvårdspersonal har en laglig rätt att företa eljest olagliga gärningar, och det finns ett påtagligt behov av reglering på området.⁷³

8.2.1 Passiv eutanasi

I debatten om passiv eutanasi brukar man tala om två olika varianter. Den ena är att läkare eller annan sjukvårdspersonal medvetet underlåter eller avstår från att sätta in livsförlängande (livsuppehållande, livsbevarande) behandling, med ett ord, *behandlingsunderlåtelse*. Den andra är när desamma avbryter (avslutar, inställer) livsförlängande behandling som redan pågår, *behandlingsavbrott*. Man kan samla dessa båda uttryck under en gemensam term, *icke-behandling*. Vid vård av döende skulle "ickebehandling" kunna stå för detsamma som "passiv eutanasi".

8.2.2 Kan vi skilja på terapeutisk behandlingsunderlåtelse och -avbrott?

Skiljer sig dessa varianter av passiv eutanasi sinsemellan på ett mer än tekniskt sätt, och framför allt, finns det någon moralisk eller juridisk skillnad mellan dem? Detta är en fråga som har sysselsatt såväl filosofer som läkare och jurister. För att

⁷² Se kap 3 Behörighets- och legitimationsregler i lag (1998:531) om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område

⁷³ N Jareborg, Straffrättens ansvarslära, s 186

kunna bedöma förekomsten av en skillnad måste man först definiera de olika typerna av icke-behandling eller passiv eutanasi. Det är svårt att finna en ändamålsenlig terminologi att enas om. Det är dock självfallet så, att det aldrig kan vara fråga om att avbryta eller underlåta all behandling i en bokstavlig mening, utan att det enda inställande av vård som kan bli aktuell är inställande av behandling med *terapeutiskt*, *kurativt* och *livsförlängande* syfte. Det är alltså vid beslut om icke-behandling inte fråga om ett egentligt upphörande av behandling överhuvud, utan en fråga om *omläggning* av vården. När man talar om "icke-behandling", skall därför med "behandling" förstås *terapeutisk behandling*. Som alternativ och komplement härtill står *palliativ behandling*. Att det kan vara etiskt och medicinskt försvarbart att inställa terapeutisk behandling av en patient med långt framskriden terminal sjukdom är inte konstigt. Det betyder inte att man skall underlåta eller avbryta palliativ behandling. Detta är emellertid så självklart då det inte inverkar på den behandlingsplikt som följer av de regler och föreskrifter som beskrivs i lagar och instruktioner till läkare generellt, att frågan inte är relevant för avgörandet av huruvida eutanasi skall tillåtas eller ej. Att det finns en gräns för vilka resurser som sätts in på en patient beroende på prognos, ålder, eller allmän tillgång är heller inte någon nyhet, och detta måste accepteras i en värld av knappa resurser. Det är därför inget kontroversiellt som borde ha någon inverkan på debatten om eutanasi.

8.2.3 Psykologisk skillnad

Filosofier och andra i debatten deltagande har i stort enats om att det är svårt att finna någon moraliskt relevant skillnad som motiverar ett särskiljande mellan avbrytande av påbörjad behandling och underlåtenhet att påbörja sådan behandling. Däremot är det inte svårt att se att det föreligger en psykologisk sådan. Att ändra sig och backa från ett tidigare taget beslut att sätta in behandling, måste te sig som svårare än att på ett tidigare stadium inse att en behandling är lönlös. För att ett avbrytande inte skall te sig som mer problematiskt måste det ha skett en ändring av omständigheter som medfört en moraliskt relevant skillnad i den medicinska bedömningen, utan vilket läkaren inte skulle ha något medicinskt försvarbart skäl till att ändra sig. Det är också möjligt att argumentera att det krävs ett högre mått av aktivt handlande att avbryta en pågående behandling än att underlåta att initiera behandling initialt. Detta är emellertid inte fallet då den livsuppehållande behandlingen t ex endast utgörs av ett läkemedel, som man inser inte längre fyller någon terapeutisk funktion. Det är ju i det fallet enklare att sluta ge medicinen än att fortsätta med den. Om en patient skall ha flera kanske komplementära mediciner, och läkaren medvetet underlåter att ge en av dem med resultatet att patienten avlider är ju detta ett exempel på passiv eutanasi, vilket då enligt gällande praxis skulle vara tillåtet. Detta exempel visar klart på orimligheten i att låta underlåtenhet vara avgörande.

Vad som blir avgörande för det tillåtliga i att inställa livsuppehållande åtgärder är att upphörandet härav inte orsakar icke-uppfyllandet av ett *medicinskt syfte*. Att

undanhålla patienten medicinering motverkar däremot realiserandet av det medicinska syftet det är avsett för, och som skulle tillfredsställas av tillförandet av medicineringen. Jag skall återkomma till detta nedan då detta även är vad som skiljer passiv från aktiv dödshjälp.

8.2.4 Kan vi skilja på eutanasi och terapeutisk icke-behandling?

Jag har tidigare (se kap 1.1 ovan) utan uppdelning i passiv eller aktiv definierat eutanasi så, att läkaren i kraft av sitt medicinska kunnande ingriper i ett sjukdomsförlopp med avsikten att påskynda patientens död. Man kan se att vid såväl aktiv som passiv dödshjälp i betydelsen *terapeutiskt behandlingsavbrott* eller *terapeutisk behandlingsunderlåtelse* finns ett gemensamt moraliskt och medicinskt drag; patienten dör som en konsekvens av läkarens medvetna ingripande i ett sjukdomsförlopp. Vad som blir avgörande för huruvida terapeutisk icke-behandling skall vara att betraktas som eutanasi, är om *syftet* (d v s det direkta uppsåtet) med behandlingsunderlåtelsen eller avbrottet är att påskynda patientens död. Det absurda i att låta passivitet vara avgörande kan exemplifieras med tankeexperimentet om en situation där läkaren skulle kunna rädda en patients liv med ett enkelt ingrepp, men istället väljer att passivt se på när vederbörande dör. Om det tillåtliga låg i att döden är resultatet av en underlåtelse och inte en handling skulle det exemplet inte föranleda några moraliska eller juridiska konsekvenser.

Men om nu det är att betrakta som normalt att läkare inte sätter in alla medel tillgängliga för att förlänga en patients liv, är detta då att betrakta som eutanasi? I så fall skulle en väldigt stor del av dödsfallen på våra sjukhus, med tanke på den resursbrist som föreligger inom sjukvården, vara att betraktas som orsakade av eutanasi. Det måste finnas en faktor, liggande utanför sättet som patienten avlider på, som blir avgörande för huruvida eutanasi förelegat eller ej.

En moraliskt relevant skillnad mellan två i övrigt moraliskt lika handlingar kan vara att hänföra till läkarens *motiv*. Som generell definition av eutanasi hade tidigare ovan föreslagits “att läkaren i kraft av sitt medicinska kunnande ingriper i ett sjukdomsförlopp med avsikten att påskynda patientens död.” Detta gör att ett förfarande kan utgöra eutanasi, vare sig läkarens medverkan är aktiv eller passiv. En alternativ definition av passiv eutanasi skulle istället kunna lyda: “att läkaren (...) *medvetet påskyndar* en patients död genom terapeutisk behandlingsunderlåtelse eller terapeutiskt behandlingsavbrott⁷⁴”. Men genom att använda sig av denna senare definition har man avlägsnat den skillnad som tidigare, åtminstone skenbart, fanns mellan aktiv och passiv eutanasi. Det skeende som beskrivs i definitionen inträffar ju vid såväl passiv som aktiv eutanasi.

⁷⁴ KE Tranöy, Medicinsk etik i vår tid, s 103

Den fråga vi måste ställa oss är om vi kan, med hänsyn till vad som utretts ovan, finna någon moraliskt relevant skillnad mellan eutanasi och terapeutisk icke-behandling som motiverar ett starkt särskiljande. Kan en läkares *avsikt* och *syfte* utgöra denna skillnad mellan två i övrigt till resultatet lika handlingar med samma utfall, nämligen att patienten avlider? Om vi accepterar att läkares avsikt (direkta uppsåt) att åstadkomma patientens död är avgörande, blir svaret, ur såväl en etisk som en juridisk synvinkel, oundvikligen *ja*. Som jag argumenterat ovan (se kapitel 6.1.3), kan dock skillnaden mellan ett tillåtligt och ett otillåtligt orsakande av en patients död inte stå att finna i en distinktion mellan en handling genomförd med direkt, indirekt eller någon annan form av uppsåt. Ur ett juridiskt perspektiv är det nämligen tillräckligt med att någon form av uppsåt föreligger för att handlingen skall anses som straffbar. Som vi redan konstaterat är det inte heller den aktiva eller den passiva aspekten av läkares handlande som blir moraliskt eller juridiskt avgörande för tillåtligheten av handlandet. Det avgörande för tillåtligheten står inte att finna i sättet på vilket läkaren väljer att ge sin patient en god död. Det är, i exempel som inför beslut att starta behandling av suicidpatienter, likväl eutanasi, vare sig döden följer av en underlåtenhet att sätta in livräddande eller livsuppehållande behandling, s k icke-behandling, eller om döden följer av administrerandet av en dödlig spruta. Skillnaden mellan aktivitet och passivitet skulle då inskränkas till att, på både ett moraliskt och ett juridiskt sätt, utgöra faktorer att hänföra endast till förmildrande eller försvårande omständigheter.

För att konkludera kan vi alltså dra slutsatsen att skillnaden mellan aktiv och passiv, om det alls föreligger någon, inte nödvändigtvis och alltid är moraliskt eller juridiskt relevant. Det går nog emellertid inte att säga att det inte finns fall där skillnaden utgör en moraliskt relevant sådan. Det är svårt att inte tillstå att det skulle finnas en skillnad mellan aktiv och passiv eutanasi, och att skillnaden mellan eutanasi och terapeutisk behandlingsunderlåtenhet inte skulle ligga just i ett särskiljande av aktivitet och passivitet. Men i de flesta fall torde det vare sig på ett moraliskt eller framförallt juridiskt plan föreligga en skillnad stark nog att motivera ett särskiljande, utan alla dessa förfaringsätt som leder till samma resultat bör mätas efter samma moraliska måttstock. Patientens död kan ju åstadkommas med samma säkerhet såväl genom passivt som aktivt förfarande.

Den enda varianten som skulle kunna sorteras under den gamla uppfattningen om vad som utgör passiv eutanasi är väl den behandlingsunderlåtenhet, där man från början inser att inget finns att göra. Detta är den enda egentliga underlåtenheten som läkare kan komma undan med utan att tillskrivas ansvar för uppkomsten av följden till sitt beslut. Alla andra handlingar som ger upphov till patientens död är resultat av vidtagna handlingar, i den bemärkelsen att det är läkaren, som med hjälp av sitt medicinska kunnande ingriper i ett förlopp, blir avgörande för utgången.

8.2.5 Passiv eutanasi inte underlåtenhet

Följaktligen kan inte det tillåtna i den passiva eutanasi grundas på att det inte är någon handling som utförs och endast en underlåtenhet som tillåts, utan måste istället baseras på något annat. Finns det då en moraliskt relevant skillnad mellan olika former av eutanasi, och finns det överhuvud taget en anledning till att göra en distinktion mellan aktiv och passiv eutanasi? Det kan vara så att det för att skilja mellan eutanasi, terapeutisk behandlingsunderlåtelse och terapeutiskt behandlingsavbrott inte finns några generella och allmängiltiga verktyg. När eutanasi definieras såsom ett dödande utfört med avsikt som synonymt med direkt uppsåt, implicerar definitionen som ett begreppsligt kännetecken att vad som kan tillskrivas läkaren som avsikt är just att påskynda patientens död. Detta behöver givetvis inte vara fallet vid behandlingsunderlåtelse och -avbrott där man kanske endast inte anser att en behandling fyller något medicinskt syfte. Inte heller kan detta vara tillämpligt på fallet då döden orsakats genom läkarens vårdslöshet.

Men att tillskriva läkaren avsikten att åstadkomma patientens död är knappast rättvisande. Då en advokat försvarar sin för mord åtalade klient gör han/hon knappast detta med det direkta uppsåtet att han/hon skall undgå straff för sitt eventuellt begångna brott. Vad som eftersträvas är att klienten skall få vad som rätteligen tillkommer honom/henne, och inga personliga aspekter vägs in i bedömningen av det moraliskt eller juridiskt korrekta i advokatens handlande i fullgörandet av sin ämbetliga plikt (åtminstone sett ur ett objektiva perspektiv, med förståelse för systemets uppbyggnad och funktion. Det är ju allmänt känt, att advokater som försvarar maffialedare och pedofiler inte alltid betraktas som guds bästa barn). En läkare som med patientens samtycke erbjuder dödshjälp hyser i analogi med advokatens uppgift inget direkt uppsåt till patientens avlidande. Istället är avsikten en helt annan, nämligen att minska lidande och ge patienten en mindre svår död. Det går inte att skilja avsikten från ändamålet i denna fråga. Debatten om palliativ vård pekar på just detta. Många förespråkare för palliativ vård vill samtidigt inte höra talas om eutanasi. Men dessa menar att läkare skall på medicinskt och mänskliga goda grunder få administrera höga doser av smärtstillande eller andra sedativa läkemedel som genom sin verkan, om inte annat så som bieffekt, drastiskt förkortar patientens liv. Det är här vare sig fråga om passivitet eller vårdslöshet från läkarens sida. Huruvida en läkare riskerar åtal för en sådan handling är idag när det drives till sin spets oklart. Men det är inte antagligt att läkaren åtalas för dråp även om man klart kan påvisa att kunskapen om att patientens liv kunde komma att förkortas genom administreringen inte föranledde läkaren att avstå från behandlingen. Kommittén om vård i livets slutskede har i sin utredning tagit ställning för en aktiv palliativ vård, där symtomlindrande behandling skall ges i den mån det är behövligt.⁷⁵ Plikten att lindra lidande kan i många fall lyckligtvis anses väga tyngre än plikten att förlänga liv.

⁷⁵ Se SOU 2000:6, Utredning om vård i livets slutskede.

8.3 Läkarens särskilda ställning - *Lex Artis Medici*

Det är uppenbart att läkarkåren åtnjuter en högre lagd tröskel än vanliga människor när det gäller huruvida de skall anses som skyldiga till en straffbar gärning vars utförande faller inom deras kompetensområde. Man har redan i många hänseenden sedan lång tid låtit läkare vara berättigade att göra sådant som vanliga människor inte skulle komma undan påföljd för. Att utföra operationer är ju till sitt yttre inte långt ifrån att skära någon med kniv, eller att amputera en lem egentligen inte annorlunda än att lemlästa någon. Ändå skrattar vi åt jämförelsen och menar att det givetvis finns en fundamental skillnad som gör att vi ser på de olika företeelserna på helt olika sätt.

Vari ligger då denna skillnad som gör att vi kan straffa den icke-läkare som utför en omskärelse och belägga denne med flera års fängelse för misshandel medan samma handling av läkare utförs dagligen och rutinmässigt på alla sjukhus i landet? Det föreligger en skillnad som motiverar en olikhet inför lagen. Vad som är avgörande för tillåtligheten är av två slag.

Ingreppet skall ske vid en sådan inrättning eller vidtas av en sådan utövare som fått tillstånd att praktisera medicin i landet, varvid det är läkaren i egenskap av expert och efter erhållen utbildning och avlagd examen som har tillåtelse att praktisera. Utan tillstånd får man inte praktisera sådan medicin som enligt lag tillfaller läkare.⁷⁶ Exempel härpå kan vara en man ur visst trossamfund som enligt urgammal tradition men utan i Sverige accepterad utbildning utför en manlig omskärelse. Mer vanliga exempel kan finnas i 5 § 2 st Abortlagen (1974:595), och i 6 § Steriliseringslagen (1975:580). Om istället för en läkare en icke enligt lag behörig individ vidtar en medicinsk åtgärd som regleras i dessa och liknande speciallagar dömes vederbörande i till böter eller fängelse i högst sex månader (Steriliseringslagen) eller enligt 23 kap BrB (Abortlagen) enligt särskilda paragrafer i respektive lagar. Vid avlägsnande av livsuppehållande åtgärder lär gärningsmannen komma att få stå till svars härför på samma sätt som hade han bragt vederbörande om livet i en annan situation.

Det andra kriteriet som skall uppfyllas gäller själva ingreppet och tekniken med vilket det utförs. För att en läkare skall få vidta en åtgärd krävs att denna sker i överensstämmelse med "vetenskap och beprövad erfarenhet". Kriteriet bygger på en grund av sk evidensbaserad medicin, där de metoder som får användas måste ha en väldokumenterad medicinsk effekt. På grund av den tröghet som med nödvändighet måste finnas i denna utveckling, är alla effektiva metoder ännu inte insorterade härunder. Utvecklingen går dock i ett rasande mycket snabbare tempo än vad som sker på motsvarande områden inom samhällslivet eller framför allt inom juridiken. Med avseende på den snabba medicintekniska utvecklingen som möjliggör mer avancerade ingrepp, nya metoder och medicineringar, kommer den medicinska utvecklingen ofta i konflikt med bl a den Hippokratiska

⁷⁶ Se lag (1998:531) om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område, 3 kap 4 §

eden och andra moraliska rättesnören. Exempel på detta är utförandet av aborter, provrörsbefruktningar eller fosterdiagnostik. Frågan är också om det i fall av ändrade samhällsmoraliska åskådningar är det medicinska betraktelsesättet som är det mest lämpliga. Emellertid är det ett synsätt som man från juristhåll länge inte vågat opponera sig emot. Man har, antagligen med rätta, inte vågat sig på att ge explicita direktiv till en expertis uppenbart mer lämpad att avgöra de frågor den konfronteras med var dag. Detta är nog den främsta anledningen till att beslut inom sjukvården inte blivit föremål för en större reglering än ramreglering.

Om en läkare underlåter att se till att en patient får den medicin som hans tillstånd kräver vilket leder till vederbörandes död, kan detta beroende på omständigheterna för handen bedömas på olika sätt. Sker detta genom ett förbiseende, kan det leda till att läkaren erhåller en erinran, prickas eller till och med förlorar sin licens, och därmed sin behörighet att praktisera medicin, beroende på allvarligheten hos hans försummelse. Sker en sådan underlåtenhet uppsåtligen, skulle detta förfarande under vissa omständigheter kunna föranleda åtal för dråp eller till och med mord. Något som inte är specifikt för sjukvården, men som ändå kan tolkas som en lagstiftarens ovilja att reglera området, är att man har valt att överlåta kontrollen av sjukvården på andra instanser än de allmänna domstolarna. Detta är dock säkert föranlett av praktiska hänsyn. Förvisso har JK och JO tillsyn över den offentliga sjukvården. Därutöver har Socialstyrelsen enligt 27 § hälso- och sjukvårdslagen att utöva tillsyn över landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård, samt enligt 6 kap lagen (1998:531) om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område över hela sjukvårdspersonalen i dess yrkesutövning. Utöver de egna befogenheterna att vidta inspektion har Socialstyrelsen även möjlighet att få hjälp i sin tillsynsverksamhet genom den anmälningsskyldighet som regeringen har ålagt landsting och kommuner vad gäller vissa skador och sjukdomar som förekommer i hälso- och sjukvården. Landstinget respektive kommunen har genom den s k "Lex Maria"⁷⁷ ansvar att se till att anmälan till Socialstyrelsen snarast görs om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. Om Socialstyrelsen får vetskap om att en bestämmelse har brutits skall Socialstyrelsen vidta åtgärder för att avhjälpa missförhållandena eller, om det behövs, göra anmälan till åtal (6:12). Finnes det skäl för disciplinpåföljd, återkallelse av legitimation eller annan behörighet att utöva vårddyrket, skall Socialstyrelsen anmäla detta till HSN, i enlighet med 6 kap 18 § Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Det är ingen förutsättning att det förelegat fel eller försummelse, utan tanken med regleringen är

⁷⁷ Förordningen (1982:772) om skyldighet att anmäla vissa allvarliga skador m.m. i hälso- och sjukvården ("Lex Maria"). Den ursprungliga förordningen fick sitt namn efter en förväxlingsolycka med dödlig förgiftning som följde, inträffad år 1936 vid Maria sjukhus i Stockholm, se Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen, s 234.

att man skall kunna förebygga framtida skador. Enligt siffror från 1992 inkom dock endast 1100 anmälningar, vilket kommenterats med att Sverige har “en låg anmälningsfrekvens vid internationella jämförelser”⁷⁸. Man kan fråga sig vilka anledningar som ligger bakom detta låga rapportering. Att det skulle inträffa så pass mycket färre olyckor i Sverige än i andra länder är nog knappast förklaringen till olikheterna. Istället kan man nog spåra ett visst mått av ovilja bland de styrande att lägga sig för mycket i spörsmål inom områden där de inte är så bevandrade, såsom inom sjukvården. Hälso- och sjukvårdskåren är nog själv något motvillig till att släppa in utomstående på de domäner som de sedan “urminnes tider” skött med “vetenskap och beprövad erfarenhet” som enda ledstjärna. De hänsyn som tas inom sjukvården är annorlunda än de som gäller utanför, och detta är något som accepteras även av dem som betraktar förhållandena utifrån. Vad detta beror på är ovisst, men patienter som på grund av sjukdom söker sig till sjukvården är kanske inte alltid så kavata som de brukar. I ögonblick av svaghet är man inte alltid så benägen att tillvarata sina rättigheter i samma mån som skulle gjorts om man varit frisk. Detta förstärks säkert ofta av mötet med en fackman som av tradition omges med så mycket respekt som en läkare. Detta är ytterligare ett exempel på särställningen hos denna yrkesgrupp.

8.3.1 Kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet

Att vården skall vara av god kvalitet, d v s att den skall vara omsorgsfull och sakkunnig, framgår av den övergripande lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område. Detta krav fastslås i både 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 2 kap 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Den sistnämnda paragrafen uttrycker även detta genom att stadga att hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete ”i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet”. Detta begrepp härstammar från allmänna läkarinstruktionen 3 § (1963:341). Skyldigheten att ge sakkunnig vård kan inte avtalas bort. Om en viss behandling inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet får den inte ges, oavsett om patienten begär den. I propositionen med förslag till hälso- och sjukvårdslagen har man i den allmänna motiveringen framhållit att en läkare inte har en ovillkorlig skyldighet att tillhandahålla en patient en viss behandling på dennes begäran. Valet av behandling måste ankomma på läkaren. En läkare skulle således ha rätt att vägra sin medverkan till behandling om denna bedöms sakna betydelse och inte heller kan fylla något medicinskt syfte.⁷⁹ Av kravet på samråd och respekt i stadgandet i 2 kap 1 § lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens

⁷⁸ Disciplinären inom hälso- och sjukvården, s 3 och 9. Ur E Rynning, Samtycke till medicinsk vård och behandling, s 55.

⁷⁹ Se prop. 1981/82:97 s 50

område för patienten framgår också att denna bestämmelse inte erbjuder någon möjlighet till tvångsåtgärder mot patientens vilja. Detta borde enligt min uppfattning även innefatta ett förbud mot att mot patientens vilja hålla denne vid liv, och i förlängningen även påbjuda en möjlighet för läkaren att i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet ge den vård som situationen kräver, även om detta innebär patientens tidigare död. För att ställa ett så pass långtgående krav måste vi se på vad som kan anses falla in under lokutionen “vetenskap och beprövad erfarenhet”. Frågan om vilka åtgärder som kan anses sortera härunder är svårbesvarad. Genom den utveckling som kontinuerligt sker genom vetenskapens framåtskridande ligger det i begreppets natur att det ständigt omprövas och fylls med nya undersöknings- och behandlingssätt baserade på nya kunskaper och moraliska värderingar. Då de flesta medicinska åtgärder inte står reglerade i lag, blir det ofta sedvanerättsliga och forskningsetiska normer som avgör när ickeetablerade åtgärder får användas. Men vid vilken tidpunkt i utvecklingen blir ett behandlingssätt moget att kunna placeras under vetenskap och beprövad erfarenhet? I praktiken blir detta i första hand en fråga för den behandlande läkaren. Det är först i efterhand som dennes förfarande kan bli granskat, av patienten själv eller av SoS, och först efter anmälan kan prövning ske av HSN, KR eller ytterst RegR. I brott- och skadeståndsmål kan även HD bli avgörande instans för vad begreppet skall anses innefatta. I en analogi med den sk kvacksalverilagen, lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, förbjudande bl a personer som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen att mot betalning behandla vissa sjukdomar, säger Sahlin i sin kommentar till hälso- och sjukvårdslagen att metoder innefattande icke etablerade behandlingar förvisso är begränsat för hälso- och sjukvårdspersonalen, men att sådana ändå kan anses tillåtna för att rädda patienten i fall där inga andra metoder står till buds. Som nödvändiga förutsättningar härför krävs dock att inga beprövade metoder kan anses mer fördelaktiga, att patienten samtycker härtill samt att åtgärden så långt det låter sig göras står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Sahlin menar att det inte skulle strida mot hälso- och sjukvårdens krav på god sed att sådana åtgärder ibland kan vidtas.⁸⁰ Rynning invänder dock, att hon inte kan se hur detta skulle kunna vara förenligt med åliggandelagens (numera upphävd, dock samma formulering som i lag (1998:531) om yrkesverksamhet) uttryckliga krav på att personalen skall utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, utan stöd av speciallagstiftning.

En annan väsentlig fråga är, huruvida en viss åtgärd måste vara medicinskt motiverad för att anses kunna falla under vetenskap och beprövad erfarenhet. Om man, som här tidigare gjorts, definierar begreppet medicinskt motiverad såsom syftande till att utreda, förebygga, bota eller lindra sjukdom eller skada, kan man sluta sig till att så inte behöver vara fallet. Man kan snarare se det så, att

⁸⁰ Se Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen s 66 och 110

begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet snarast innefattar ett rent *medicinsk-tekniskt ställningstagande* till vilken metod som är godtagbar för att uppnå ett visst resultat. Bedömningen görs helt oavhängigt till huruvida resultatet är eftersträvansvärt av medicinska, etiska eller andra skäl. Som exempel härpå kan anföras rituell omskärelse av gossebarn, eller kosmetiska operationer. Så länge det medicinska tillvägagångssättet rent tekniskt uppfyller kraven på god sakkunnig vård, anses förfarandena vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Just när det gäller vilken vård som är adekvat vid behandling av döende patienter har man kommit att tala om den etiska dimensionen hos begreppet. SoS har uttalat, att en åtgärd är utan mening från medicinsk synpunkt, när den varken kan bota eller lindra.⁸¹ För att avgöra en fråga om vilka åtgärder som kan lindra en döende patients lidande beaktar läkaren både det kort- som det långsiktiga resultat som kan förväntas av en behandling. Vissa kortsiktigt gagnande åtgärder kan vara förödande i ett längre perspektiv, medan vissa åtgärder som kanske medför ett temporärt ökat lidande kan motiveras av deras långsiktiga effekter. För att en åtgärd skall kunna vara att anses som förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet krävs att det förväntade resultatet efter en övervägd avvägning mellan kort- och långsiktiga effekter talar för dess genomförande. Här begränsas dock patientens positiva självbestämmanderätt av det förhållandet att vederbörande inte tilldelats någon rätt att ställa krav på åtgärder som inte är medicinskt motiverade. Man kan säga att hälso- och sjukvårdspersonal har en *befogenhet* att bistå med medicinskt icke motiverade åtgärder som patienten kan begära, men ingen *skyldighet* härtill. Men detta är inte fallet i abortsituationer, där kvinnan kan kräva att få sin graviditet terminerad, och inte många läkare skulle gå med på att anledningen till att detta tillåts är av medicinskt motiverade skäl. Här uppställs endast vissa i all mån ruckbara tidsgränser, vilka syftar till att samhällets värnande om det mänskliga livet i så stor utsträckning som möjligt upprätthålls. Motiveringen bakom rättsordningens omhuldande av aborträttigheten är just kvinnans självbestämmanderätt samt hennes integritet. Liknande hänsyn borde enligt min mening vara lättare att motivera i fall med dödligt sjuka. Där, till skillnad från vid abort, prognosen för ett potentiellt rikt framtida liv inte föreligger, och ett samtycke från den berörda parten till och med kan inhämtas, borde eutanasi inte ses som något kontroversiellt. Gunnar Hagberg, överläkare i Jönköping, menar att: "Självbestämmande gäller i en abortsituation endast den ena av två parter, och den vars liv skall utsläckas har ingen chans att yttra sig. Möjlighet att uttrycka önskemål har däremot en svårt cancersjuk person i livets slutskede, men till vilken nytta? Den viktigaste etiska principen inom sjukvården idag - autonomi eller självbestämmande - gäller inte om man vill ha läkarhjälp att avbryta ett lidande eller vill undvika att förlora sin värdighet, vilket är den vanligaste orsaken till en sådan begäran."⁸²

Samhället har nog, med stöd i gjorda undersökningar, en större förståelse för

⁸¹ Se Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2 s 20

⁸² Se Läkartidningen på Internet, ange artnr

eutanasi än vad som framkommit i debatten. Resultatet på en enkät utförd av Sifo på begäran av professorn i praktisk filosofi Torbjörn Tännsjö indikerar att 79% av den svenska befolkningen är positivt inställd till aktiv eutanasi.⁸³ Att förståelse för behovet av eutanasi inte ännu har slagit igenom, beror nog främst på att frågan, på grund av ovilja från lagstiftarens såväl som andra för frågan nödvändiga instansers sida att ta itu med problematiken, fått förbli tabu allt för länge. Ett förfarande som har många gemensamma beröringspunkter med eutanasi men som sedan länge generellt accepterats, och till och med på ett i många fall nästan lättvindigt sätt ibland betraktas som en självklarhet, är abort. Abort har sedan länge accepterats av såväl den samhälleliga moralen som av rättsordningen. Den som idag uttalar sig mot abort får i de flesta kretsar en stämpel på sig att vara framstegsfientlig och bakåtsträvande, för att inte säga kvinnofientlig. I ett samhälle under snabb utveckling får frågor om liv och död dock aldrig bli självklara. En annan anledning är nog också den att eutanasi visserligen *de facto* redan begagnas inom sjukvården, men då detta sker i det tysta uppmärksammas det inte av samhället. Så länge de flesta inte känner till förekomsten av aktiv eutanasi inom sjukvården, eller inte själva får respons för sin önskan om aktiv dödshjälp, accepterar samhället det existerande systemet genom att sticka huvudet i sanden och låta läkarna fortsätta sitt värv i det fördolda.

8.4 Kontroversiella förslag för 35 år sedan idag allmänt accepterade

Att den etiska utvecklingen så småningom följer den tekniska är ett faktum, även om den ofta släpar efter i någon mån. Eftersläpningen gäller i än högre grad den juridiska utvecklingen, vilken för att vara förutsägbar skall gå i ett trögt och kanske till och med bromsande tempo. Men då en etisk syn på en viss fråga faktiskt kan antas ha förändrats, är det nödvändigt, om inte med en lagändring, så åtminstone ett upptagande av en förnyad debatt om samhällets värdering av det nya läget. Detta har också gjorts genom åren, och många av de åsikter som debatterades kraftigt för endast några decennier sedan har idag i många fall blivit okontroversiella självklarheter. Bland dessa ämnen som debatterats kan nämnas:

- Abort
- Kejsarsnitt på död moder
- Transplantationer
- Provrörsbefruktning
- Klinisk forskning inom frivillig försöksverksamhet
- Konstgjort livsuppehållande
- Återförande av självmördare till livet
- Eutanasi

Samtliga dessa frågor har gemensamma nämnare. Det som gör dem till svåra etiska frågor är just, att de alla involverar olika mått av överträdelser av vissa

⁸³ Uttalande av professor Torbjörn Tännsjö under en debatt om eutanasi på Svenska

Läkarsällskapet i Stockholm den 5 april 2001.

allmänna regler och principer. Som exempel härpå kan anföras principen att inte döda eller skada, autonomiprincipen, eller det i lag och praxis reglerade förbudet mot att trots föreliggande samtycke tillfoga någon skada som går utöver gränsen för vanlig misshandel. Av dessa frågor har i stort samtliga idag blivit mindre kontroversiella, och många betraktas av en bred allmänhet såsom självklara rättigheter, så när som på en enda. Inte så att dessa frågor inte skulle behöva omvärderas och utvecklas även i framtiden, vilket den senaste tidens debatt om insättande av resurser för att rädda för tidigt förlösta foster återspeglar, men man har inom samhället utrett och åtminstone delvis implementerat lösningar på dessa frågor i verkligheten. Eutanasin, denna sista etiska kontrovers, har fortfarande inte utretts tillfredsställande. Detta är emellertid inte av den anledningen att eutanasin inte skulle vara behövlig eller inte praktiserades, utan frågan har gång efter annan tagits upp till debatt bara för att överges utan att ha blivit klarare.

8.4.1 Konkurrerande lagstiftningsobjekt

I Sverige är det idag en för de flesta självklar rättighet att varje kvinna skall ha rätt till abort. Denna fråga har före uppkomsten av lagstiftningen om fri abort diskuterats flitigt och stundtals hätskt, och har även efteråt och alltjämt givit upphov till en agiterad debatt. Det största argumentet för fri abort baserar sig på kvinnans rätt till sin egen kropp, och hänvisar till hennes självbestämmanderätt och integritet som grund för avgörandet huruvida hon vill bära och giva födsel till ett barn med allt vad det innebär. En stor opinion driver även frågan om förbud, där motiveringarna är många. Vissa menar, att det är med hänvisning till respekt för livets intrinsikala värde som det skulle vara fel att abortera, kanske på grund av att rättigheter som tillfaller människan som art måste respekteras, eller därför att det är fel att döda ett liv som har en god prognos. Man hänvisar då kanske till vad som gör människan till en speciell art som det som skall skyddas, och även om ett foster ännu inte har dessa färdigheter är det dess framtida potential till rättigheter som ger det dess okränkbarhet. Med hänsyn till t ex våldtäktsfall har abort dock även av motståndare accepterats av olika skäl. Exempel på sådana är, att kvinnans integritet skulle kränkas utan rätten till fri abort, att det tillfredsställer ett samhällsintresse att värna om att barn kommer till världen önskade och med bra förutsättningar, att man bör begränsa dåliga arvsanlag, eller kanske till och med att dödande av ett vanskapt foster skulle värna om dess eget intresse med hänsyn till att ett icke fullödigt liv inte är värt att leva.

Abortlagstiftningen är således i konflikt med många åsikter, vilket kan förväntas i en fungerande demokrati. Men lagstiftningen på ett område skall, om den är genomtänkt, också återspegla synen på andra i samhället rådande åsikter. En väl genomtänkt lagstiftning är konsekvent genomförd med hänsyn till andra delar av samhällets lagar och regler. Därför bör också lagstiftningen om t ex abort återspeglas i andra lagar som berör åtgärder inom sjukvården, åtminstone lagar där hänsyn skall tas till liknande aspekter för bedömningen av ett visst avgörande. Det torde vara att anses som relevant att jämföra frågor som abort med frågor om eutanasin, liksom med andra frågor som berör liv och död. Man kan förvånas över

inkonsekvensen i betraktelsesätt, då samhället accepterar tillåtligheten i, att utan samtycke eller till och med i konflikt med vad som måste kunna anses vara i den drabbades intresse, utsläcka ett just påbörjat liv med potential till ett långt och glädjerikt leverne, samtidigt som det inte är tillåtet att hjälpa en gammal människa, med den delen av livet som är värd att leva bakom sig och som aldrig mer kommer att uppleva en tillfredsställande normal, medveten tillvaro, att slippa sina smärtor och ta sig över gränsen ett litet slag i förväg? Särskilt gäller detta med hänsyn till skillnaden i fråga om samtycke och möjligheten att förmedla detta, i kombination med att den samtyckande parten kanske inte är den som behöver ta konsekvenserna av den åtgärd som beslutet gäller. Förklaringen till den skillnad som görs får nog spåras i samhällets lättare accepterande av dödandet av något vi ännu inte känner till, något som aldrig hunnit bilda sig en preferens för något alternativ, och som inte kan uttrycka sin mening för att göra den förstådd, framför att avliva någon som uppnått en viss position som individ, och som vi själva mer kan identifiera oss med. De flesta av oss kommer en dag att bli gamla, och räds kanske att en dag upptäcka att de beslut vi fattade gällande äldre drabbar oss själva på ett sätt vi inte hade förutsett. Det är kanske tryggare att reglera något vi själva inte kan råka utföra; vi har ju redan fötts!

Hur man än personligen motiverar sitt ställningstagande är det otvivelaktigt så att vi håller oss med övertygelser vi kanske skulle ha svårt att kunna stå för vid ett sammantaget övervägande. Människor lever i samhällen där diversifieringen gör det svårt, för att inte säga helt omöjligt, att skapa generella regler som kan gälla i alla situationer och som inte i viss mån till och med är självmotsägande. Det är därför av ännu större vikt att problem som dessa inte göms undan, utan luftas i en offentlig debatt för att undanröja missförstånd och inkonsekvenser.

8.5 Konklusion

Med hänvisning till det ovan sagda vill jag hävda att det torde vara uppenbart att en reglering av såväl passiv som aktiv eutanasi och palliativ vård bör tas upp för lagstiftning. Detta borde även vara fallet för många fler medicinska åtgärder, oavsett deras syfte, vare sig det gäller undersökning, behandling eller åtgärder utan medicinsk motivering vidtagna inom ramen för hälso- och sjukvården. Detta är inte minst viktigt med hänsyn till de privatiseringsåtgärder och den entreprenadsutläggning av den tidigare centralt reglerade och övervakade vården som idag är för handen. Då det verkar uppenbart att eutanasi i sina olika former förekommer inom sjukvården trots att detta strider mot såväl skriven lag som accepterad praxis enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, eller att det utåt sett åtminstone ter sig så ut, är en reglering med ett klagörande av vilka regler som gäller och vilka rättigheter samt skyldigheter som tillkommer patienter och hälso- och sjukvårdspersonal en nödvändighet.

Med tanke på att passiv eutanasi idag tillåts och tilldelas utan samtycke, måste det vara möjligt att genom ett användande av redan existerande verktyg ge en lidande

patient utrymme att med värdighet få bestämma över sitt eget liv. Sjukvårdens och samhällets mest centrala och omhuldade principer, självbestämmande och integritet, utgör redan en tillräcklig grund för detta. I kombination med överväganden om kort- och långsiktiga konsekvenser, med en beslutskompetent individs uttryckliga samtycke, under en (eller flera) specialistutbildad(e) läkares supervision, i linje med vetenskap och beprövad erfarenhet och samhällets moraliska acceptering, utgör principerna om självbestämmande och integritet enligt min mening tillräcklig anledning att föranleda en särlagstiftning om eutanasi i linje med exempelvis abortlagstiftningen. På en akutmottagning kan det vara rimligt att rutinmässigt utgå från att ett suicidförsök inte bygger på ett uppriktigt menat val av döden, i betydelsen rationellt val utifrån individens egna värderingar. En sådan presumtion kan dock inte vidhållas i fall av en väl genomtänkt begäran av eutanasi. Reglering härav skall vara sådan, att det endast är seriöst menade förfrågningar som tillfredsställs.

Eutanasi skall givetvis endast kunna erbjudas där en aktiv palliativ vård inte förslår att lindra lidande i tillräcklig mån. Ett problem är emellertid vilket lidande och vilken grad av det som skall vara tillräckligt för att uppfylla ställda kriterier. Vilken grad av fysiskt lidande skall man behöva utstå? Är psykiskt lidande kvalificerande? Vad gäller klassificering av vilka tillstånd som skall beredas möjlighet till eutanasiomtagande, får detta avgöras med vägledning av vad som fungerat hitintills, vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är följaktligen ingen oavvislig rätt till att få erhålla eutanasi som föreslås. Det måste fortfarande vara läkare med sin sakkunskap och erfarenhet som avgör huruvida en patient skall få mottaga eutanasi eller vilken alternativ behandling som är mest tillfyllest.

Hur skall regleringen ske? Utländska regleringar som den holländska bygger på straffrättsliga lösningar. En sådan skulle kunna väljas för att tillåta eutanasi, samtidigt som principen om livets inneboende värde bibehålls. Utifrån en svensk synvinkel ter sig dock en sådan lösning som bisarr. Enligt våra lagstiftningstraditioner är detta inte en lämplig variant för svenskt vidkommande, då den skapar en underlig kodifierad dubbelmoral där man egentligen borde söka en balanserad avvägning mellan två kolliderande principer.⁸⁴ Istället bör vi fullfölja den tradition av speciallagstiftning som vi redan inlett, med en övergripande lagstiftning som anger de grundläggande ramarna, med särskild särlagstiftning så som förekommer i abortlagen och transplantationslagen jämte en egen eutanasilag, där säregna medicinsk-etiska frågor regleras i enlighet med deras egen natur. En sådan uttalad, positiv reglering inom den medicinska rätten skulle erbjuda en bättre lösning för svenskt vidkommande, och den skulle främja en öppnare debatt än den straffrättsliga lösningen. En medicinerättslig särlagstiftning medför att sjukvårdens praxis kan diskuteras proaktivt istället för endast reaktivt, och debatten kan gå i termer av vetenskap och beprövad erfarenhet istället för i

⁸⁴ I detta fall skulle principerna utgöras av principen om rätten till självbestämmande över sitt eget liv och principen om livets inneboende värde och helgd.

termer av dråp eller mord. På så sätt kan en större öppenhet främjas, och tendenser till mörkning och ovilja att tala om vad man egentligen står för undanröjas. Det är viktigt att lagen står som symbol för de normer och värderingar som verkligen är de gällande inom ett samhälle, och att de som skall tillämpa den är säkra på vad som gäller för dem, särskilt i juridiska spetsfundigheter då de som skall tillämpa reglerna i första ledet själva inte är juridiskt skolade.

Avdelning 5

9 Slutsatser

Sammantaget är jag på basis av anförda argument för en liberalisering av möjligheterna till eutanasi; emellertid skiljer sig situationerna med avseende på det enskilda fall som är för handen. Vad som måste undvikas är en "slippery slope"-effekt som vissa menar blivit resultatet av en alltför liberal inställning och dålig kontroll. Obekräftade källor menar att missförhållanden förekommit i t ex Holland, som tillsammans med ett litet antal stater i USA, som Oregon och Ohio, samt Northern Territories i Australien är bland de få länder som lagligen praktiserat aktiv eutanasi. I Holland har eutanasi praktiserats sedan mitten på 1970-talet, utan att någon reglering i lag funnits utan tillåtligheten istället baserats på ett vedertaget system av åtalsunderlåtelse, under förutsättning att de regler som gjorts upp genom praxis har efterföljts. I januari månad 2001 införde dock Holland en lagreglering om eutanasi, då man inte ansåg att det tidigare systemet varit tillfredsställande vad gäller möjligheterna till kontroll av efterlevnad av de befintliga reglerna. Det är nog enligt min mening önskvärt att det finns ett i samhället väl förankrat samförstånd eller till och med konsensus i fråga om dessa regler. I Australien har parlamentet inom ett och samma år först infört och sedan rivit upp lagar om dödshjälp igen. Detta visar mest att förslaget inte varit genomtänkt eller åtminstone inte förankrat i den allmänna opinionen.

För en jurist är det givetvis väldigt otillfredsställande att veta att det inte råder samstämmighet mellan rätt och moral, åtminstone när det gäller så allvarliga spörsmål som ett delikt för vilket man kan dömas till lagens hårdaste straff. Det allmänna rättsmedvetandet kräver att man vet vad man kan rätta sig efter och att detta stämmer väl överens med den förhärskande samhällsuppfattningen. En anpassning av rättssystemet till införseln av dödshjälp skulle innebära vissa förändringar, men knappast något extraordinärt i jämförelse med andra förändringar som tidigare vidtagits inom svensk rätt. Omfattningen av förändringar är givetvis avhängig av sättet man väljer för att inkorporera ett institut som eutanasi i rättssystemet. Genom att använda sig av särslagstiftning, liksom man gjort i abortfrågan, behöver omställningarna inte bli särskilt stora. Om man istället väljer att fortsätta på den väg man hittills slagit in på vid bedömningen av eutanasi, det vill säga den "ordinära" straffrättsliga där man betraktar omständigheterna med hänsyn till objektiva respektive subjektiva rekvisit som uppsåt, underlåtenhet et c, kommer ett inkorporerande kräva stora omformningar av de brottsliga rekvisiten och den syn man skall lägga på dessa. Att domstolarna har använt sig av detta betraktelsesätt är nog att hänföra till det faktum att de presumtiva gärningsmännen i de uppmärksammade fallen inte varit läkare som enligt bästa förmåga utfört sitt värv. Min åsikt är den att en särslagstiftning vore det enklaste och mest effektiva på alla plan. Detta skulle också möjliggöra att allmänheten på ett enkelt sätt kan tillgodogöra sig de nya reglerna.

Även om en ny reglering endast ämnar behandla palliativ vård (såsom antyds i SOU 2000:6), måste lagstiftaren dra upp gränser för den utsträckning i vilken patienter kan få sina liv eventuellt förkortade. Både läkaren och patienten respektive de anhöriga har rätt att få reda på sina rättigheter och skyldigheter. Många, även ett stort antal praktiserande läkare, kanske idag är mer eller mindre väl insatta i var gränserna för deras yrkesutövning har dragits. Med tanke på det lilla antalet precedensfall som förekommit inom svensk rätt är frågan om juristerna själva vet i vad mån eutanasi tillåts inom hälso- och sjukvården idag

Enligt mitt förmenande kan en del av förklaringen stå att finna i den inom medicinen snabba tekniska utvecklingen, tillåtande oss idag att förlänga nästan i det oändliga ett liv som annars inte skulle ha fortskridit, om alla de teknologiska resurser som idag är möjliga skulle kunna sättas in. Att ge passiv eutanasi, att avbryta livsuppehållande åtgärder, är för många synonymt med att avlägsna de instrument som håller patienten kvar på gränsen till döden och bara låta vederbörande lugnt och vackert få dö istället för att upprätthålla ett liv som inte är någon till gagn i vilket fall. Och detta må vara sant. Men samtidigt så bär man på invändningar gentemot aktiv eutanasi därför att man föreställer sig denna som ett ingrepp utfört genom en aktiv definitiv handling som skulle innehålla mer oåterkallelighet och därmed ett slags om inte grymhet så åtminstone likgiltighet hos den administrerande läkaren. Att ge passiv eutanasi är, enligt allmänt synsätt, att ge efter för det oundvikliga och inte sträva efter att leka gud genom att på ett onaturligt sätt förlänga döendet. Samtidigt är aktiv eutanasi att istället påskynda ett döende i förtid, innefattande ett slags gudskomplex och involverande en annan form av ingrepp vilket är mer synligt, lättare att identifiera och härmed mer skrämmande. Däremellan kräver man av läkarkåren att den skall göra sitt yttersta för att bekämpa sjukdom och hela i så hög utsträckning som möjligt. Resultatet blir svårbedömt. Denna dubbel- eller rent av trippelmoral visar på att frågorna är många och svårbesvarade. Skall en människa, vars omedvetna liv består i att ligga uppkopplad till en maskin utan vilken hon inte kan leva och där diagnosen tyder på att framtiden med största sannolikhet inte kommer att tillföra henne någonting, tillägnas samma resurser som en medveten patient med god prognos? Oavsett de filosofiska och på andra övertygelser grundade värderingar som leder till olika åsikter i denna fråga kan man konstatera att det inom sjukvården görs olika prioriteringar beroende på just sådana saker som ålder, prognos och liknande. Detta framstår i en värld av knappa resurser som en självklarhet. Olika tillstånd får olika behandling, allt med tanke på vilken behandling som är den adekvata för respektive tillstånd. Passiv och aktiv eutanasi, hur de än tillämpas, är tillämpliga i olika utsträckning i situationer där det ena är mer adekvat än det andra. De utgör inte en "behandlingsmetod" med olika grader av styrka, utan är olika metoder som är applicerbara vid olika situationer.

Som vanligt i samhället lyckas inte den allmänna moralen att hänga med i den takt som utvecklingen håller, utan spjutspetsteknologi blir ofta etiskt ifrågasättbar. Att

det tar tid att vänja sig vid nya betraktelsesätt på gamla värden är inte konstigt, utan är en nödvändig och nyttig del av en utveckling. Nya rön skall beskådas ur en kritisk synvinkel och inte släppas fram alltför lättvindigt. När det så tar tid för gemene man att vänja sig vid omvälvande nyheter, är det knappast konstigt att det tar än längre tid för dessa nya värderingar att få genomslag i lagstiftningen som är och skall vara trög i sin omformning.

Det som bör tas i betraktande vid avgörandet av vad som gör eutanasi tillåtligt är inte om det sker med uppsåt, av underlåtenhet, genom avbrytande av LUÅ eller annat, utan vilken prognos patienten har, och framförallt patientens obetvylade samtycke. Endast frivillig eutanasi kan komma ifråga.

Bilagor A och B

Bilaga A

Lag- och författningstext

Regeringsformen (1974:152)

2 kap 6 § Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp även i annat fall än som avses i 4 och 5 §§. Han är därjämte skyddad mot kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång samt mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. Lag (1976:871)

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

2 kap 1 § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall visas omtanke och respekt.

2 kap 2 a § När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient medverka till att patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar.

6 kap 18 § Om Socialstyrelsen anser att det finns skäl för disciplinpåföljd, föreskrift om prøvotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning av förskrivningsrätt enligt 5 kap., skall styrelsen anmäla detta hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

6 kap 19 § Socialstyrelsen skall, om inte annat följer av 7 kap. 20 §, göra anmälan till åtal, om den mot vilken disciplinpåföljd kan övervägas är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet.

Bilaga B

Den Hippokratiska eden

Jag svär vid Apollo, läkaren, och Aesculapius, och Hygieia och Panakeia och vid alla gudar och gudinnor, att jag, så långt mina krafter och mitt omdöme det tillåter, kommer att hålla denna Ed och de bestämmelser som där ingår.

De som lärt mig läkekonsten skall jag ära lika mycket som mina föräldrar, jag skall dela allt jag har med honom och se till att han har allt han behöver. Hans söner skall jag betrakta som mina bröder, och om de vill lära sig läkekonsten, skall jag undervisa dem utan lön eller avtal. Jag kommer att sprida kunskapen om läkekonsten till mina och min lärares barn, och till de lärningar, som avlagt skriftlig ed enligt lagen om läkekonsten, men inte till någon annan.

Jag skall följa de regler, som enligt mitt omdöme och bedömning är till nytta för mina patienter, och jag skall undvika att orsaka skada eller oförrätt. Jag skall aldrig ge någon dödlig medicin åt någon ens ifall han begär sådan, eller ens föreslå något sådant. Ej heller skall jag ge en kvinna fosterfördrivande medel. Jag skall leva mitt liv och utöva min läkekonst i renhet och fromhet.

Jag skall inte befatta mig med stenar i blåsan, utan överlämna detta åt män, som kan detta arbete.

Vart än jag går, gör jag detta för de sjukas bästa. Jag skall avstå från alla medvetna orättfärdiga handlingar, och inte idka intimt umgänge med kvinna eller man, slav eller fri. Allt jag erfar, ser eller hör, i mitt verk inom läkekonsten och i mitt umgänge med medmänniskorna, som bör hemlighållas, kommer jag att förtiga, som om det aldrig hade sagts.

Om jag fortsätter att hålla denna ed utan att bryta mot denna, kommer jag att få njuta av mitt liv och min läkekonst, och alltid vara respekterad och hedrad av alla män. Men om jag bryter mot denna Ed, blir motsatsen min ödeslott!

Översättning tagen från

<http://www.gastrolab.net/mqhippos.htm>

Litteraturförteckning

Böcker

[Bengtsson, Bertil 1926-](#), [Skadestånd vid sport, lek och sällskapsliv / Bertil Bengtsson](#), Stockholm Norstedt 1962

[Bertil Brinck, Birger Ohlson, Greger Thornell](#), [Straffrätt : grundläggande lärobok i allmän straffrätt enligt brottsbalken / av Bertil Brinck, Birger Ohlson, Greger Thornell : under medverkan av Per Falk, Christer Lang](#) 10., omarb. uppl. Umeå Brinck 1993

[Dworkin, Ronald](#), [Life's Dominion – An Argument about Abortion and Euthanasia](#), Harper Collins 1993

[Dworkin, Ronald](#), [Taking rights seriously / Ronald Dworkin](#), London Duckworth 1977 062117110523

[Foucault, Michel](#), [Övervakning och straff](#), 1987

[Hare, Richard Mervyn](#), [Essays in ethical theory / R.M. Hare](#), [New ed.], Oxford Clarendon 1993

[Hedenius, Ingemar 1908-1982](#), [Livets mening / Ingemar Hedenius](#), Stockholm Aldus/Bonnier 1964

[Hedenius, Ingemar 1908-1982](#), [Om dödshjälp och andra essayer](#), Stockholm Bonnier 1964

[Hälso- och sjukvårdslagen jämte vissa tillhörande författningar / med kommentarer av Jan Sahlin](#), 3., [omarb.] uppl., Stockholm Statens nämnd för utg. av förvaltningsrättsliga

[Jareborg, Nils 1938-](#), [Brotten / Nils Jareborg](#), H. 1, 2. uppl., Stockholm Norstedt 1984

[Jareborg, Nils 1938-](#), [Straffrättens ansvarslära / Nils Jareborg](#), Uppsala Iustus 1994

[Jareborg, Nils 1938-](#), [Straffrättens gärningslära / Nils Jareborg](#), 1. uppl., Stockholm Fritze 1995

[Mill, John Stuart](#), [On liberty / John Stuart Mill / ed. with an introd. by Gertrude Himmelfarb](#), Harmondsworth Penguin 1982

[Nilstun, Tore 1944-](#), [Forskningsetik i vård och medicin / Tore Nilstun](#), 2., [rev.] uppl., Lund Studentlitteratur 1994

[Nilstun, Tore 1944-](#), [Forskningsetik i vård och medicin / Tore Nilstun](#), 2., [rev.] uppl., Lund Studentlitteratur 1994

[Palliativ medicin / under redaktion av Barbro Beck-Friis och Peter Strang](#), 1. uppl., Stockholm Liber utbildning/Almqvist & Wiksell medicin 1995 062117110523

[Rynning, Elisabeth 1955-](#), [Samtycke till medicinsk vård och behandling : en rättsvetenskaplig studie = \[Consent to medical care and treatment\] : \[a legal study\] / Elisabeth Rynning](#), Uppsala Iustus 1994

Sjökvist, Peter, *The decision to limit life support*

[Strahl, Ivar 1899-1987, *Straffrätt jämte straffprocessrätt för propedeutisk kurs i juridik och juridisk introduktionskurs / Ivar Strahl*, 10. uppl., Uppsala Iustus 1978](#)

Söderberg, Hjalmar, *Martin Bircks ungdom*, Stockholm Bonnier 1976

[Tranøy, Knut Erik, *Medicinsk etik i vår tid / Knut Erik Tranøy översättning: Jeanette Emt ; fackgranskning: Göran Hermerén*, Lund Studentlitteratur 1993](#)

[Tännsjö, Torbjörn 1946-, *Vårdetik / Torbjörn Tännsjö*, 3., rev. och utök. uppl., Stockholm Thales 1998](#)

Offentligt tryck

Prop. 1974:70

Prop. 1981/82:97

SOU 1979:59 om vård i livets slutskede

SOU 1988:7

SOU 2000:6, Utredning om vård i livets slutskede

Allmänna råd från Socialstyrelsen (SOSFS 1987:32) om tillämpningen av lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död

Allmänna råd från Socialstyrelsen (SOSFS 1992:17) om skyddsåtgärder för personer med åldersdemens

Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2 om livsuppehållande åtgärder i livets slutskede

Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin, 1999

Nürnbergkoden av den 19 augusti 1947

World Medical Association of Helsinki Ethical Principles Involving Human Subjects, adopted by the 18 th WMA General Assembly Helsinki, Finland, June 1964

Övrigt material – tidskrifter, artiklar mm

Hippokrates Ed, <http://www.gastrolab.net/mqhippos.htm>

Strang, P, artikel i Läkartidningen nr 14, s 1640, den 4 april 2001

Läkartidningen på internet,

<http://www.mala.bc.ca/www/ipp/euthanas.htm>

<http://www.iaetf.org/iua17.htm>

Rättsfallsförteckning

Nytt Juridiskt Arkiv

NJA 1946:712

NJA 1952:104

NJA 1979:802 ”Hedebymålet”

Domar från underrätter

SvJT 1965 rf s 77 ”Kirunafallet”