



JURIDISKA FAKULTETEN
vid Lunds universitet

Emma Ravheden

Eutanasi och assisterat självmord
– en komparativ studie

Examensarbete
30 högskolepoäng

Handledare
Per-Ole Träskman

Ämnesområde
Straffrätt

Termin
HT 2010

Innehåll

SUMMARY	1
SAMMANFATTNING	2
FÖRKORTNINGAR	3
1 INLEDNING	4
1.1 Bakgrund	4
1.2 Syfte och frågeställning	6
1.3 Metod och material	6
1.4 Avgränsningar	7
1.5 Vissa definitioner	7
1.6 Disposition	8
2 SVERIGE	9
2.1 Inledning	9
2.2 Aktiv eutanasi	9
2.2.1 Mord och dråp	9
2.2.2 Verkan av samtycke	10
2.2.3 Reglering inom sjukvården	10
Principen om dubbel effekt	11
2.3 Passiv eutanasi och palliativ vård	11
2.3.1 Inledning	11
2.3.2 Reglering inom sjukvården	11
Förtroendet för sjukvården	13
2.4 Assisterat självmord	13
2.5 Svensk praxis	14
2.5.1 NJA 1979 s 802 Hedebymålet	14
2.5.2 RH 1989:19	15
2.5.3 RH 1996:69	15
2.6 Kontrollsystemet	15
2.7 Attityder och förekomst i landet	16
2.8 Sammanfattning	16
3 NEDERLÄNDERNA	18

3.1	Inledning	18
	Autonomi	19
3.2	Aktiv eutanasi	19
3.2.1	Icke naturlig död	19
3.2.2	Regleringen av eutanasi	19
3.2.3	Due care-reglerna	20
3.2.4	Livstestamenten	22
3.3	Passiv eutanasi och palliativ vård	22
3.4	Assisterat självmord	23
3.4.1	Introduktion	23
3.4.2	Vid psykisk sjukdom	23
3.4.3	Personer utan medicinskt lidande	24
3.4.4	Lekmannassisterat självmord	24
3.5	Kontrollsystemet	25
3.6	Attityder och förekomst i landet	26
	Det sluttande planet	26
3.7	Sammanfattning	27
4	SCHWEIZ	28
4.1	Inledning	28
4.2	Aktiv eutanasi	28
4.3	Passiv eutanasi och palliativ vård	28
4.3.1	Passiv eutanasi	28
4.3.2	Palliativ vård	29
4.4	Assisterat självmord	29
4.4.1	Regleringen	29
4.4.2	De ideella organisationerna	30
4.5	Kontrollsystemet	31
4.6	Attityder och förekomst i landet	32
4.7	Sammanfattning	32
5	ITALIEN	33
5.1	Inledning	33
	Katolska kyrkans ståndpunkt	33
5.2	Aktiv eutanasi	33
5.2.1	Vastalegna-fallet	33
5.2.2	Papini-fallet	34

5.2.3	Forzatti-fallet	34
5.3	Passiv eutanasi och palliativ vård	34
5.3.1	Fallet Maria	35
5.3.2	Welby-fallet	35
5.3.3	Medicinskt meningslös behandling	36
5.3.4	Palliativ sövning	36
5.3.5	Livstestamenten	36
5.4	Assisterat självmord	37
5.5	Kontrollsystemet	37
5.6	Attityder och förekomst i landet	37
5.7	Sammanfattning	38
6	EUROPADOMSTOLENS PRAXIS	39
6.1	Europakonventionen	39
6.2	Fallet Pretty	39
7	ANALYS	41
7.1	Komparation	41
7.1.1	De jämförda länderna	41
7.1.2	Kommentarer	42
7.1.2.1	Aktiv eutanasi	42
7.1.2.2	Passiv eutanasi	42
7.1.2.3	Palliativ vård	43
7.1.2.4	Livstestamenten	43
7.1.2.5	Självmord och assisterat självmord	43
7.1.2.6	Kontrollsystemen	44
7.1.3	Attityder och förekomst i de jämförda länderna	44
7.2	Vad beror skillnaderna på?	45
7.2.1	Aktiv eutanasi	45
7.2.2	Autonomi och livets helgd	46
7.2.3	Angående attityder och förekomst	46
7.3	Avslutande synpunkter	47
BILAGA A		50
BILAGA B		54
BILAGA C		55
KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING		56
RÄTTSFALLSFÖRTECKNING		59

Summary

The regulation of several types of euthanasia and assisted suicide in Sweden, the Netherlands, Switzerland and Italy was examined, as well as case law from the European Court of Human rights, and attitudes towards and occurrence of euthanasia. The results were then analysed.

Active euthanasia, i.e. to actively shorten the life of another person, is legal only for Dutch physicians. The physician must act with due care: the patient's request of euthanasia must be explicit and the suffering unbearable.

Suicide is not illegal in any of the compared countries. It is legal for anyone to assist a suicide in Sweden and Switzerland, with the exception of Swedish physicians. In Switzerland, the assistant must act with good intentions. Non-profit organizations help individuals to take their own lives if certain criteria are fulfilled. In the Netherlands, only physicians are allowed to assist suicides, and only according to the requirements of due care, mentioned above. Assisted suicide is illegal for everyone in Italy. Swedish and Swiss case law has shown that drawing the line between assisted suicide and active euthanasia can be a difficult matter. According to case law from the European Court of Human Rights, a country does not violate the Convention by denying a citizen assisted suicide.

Passive euthanasia for laypersons, i.e. an omission resulting in the death of another person, is only legal in Sweden. In all of the examined countries, passive euthanasia is allowed within the medical service, but with some differences between the countries. The principle of double effect, i.e. that the purpose of an act of omission never should be to shorten the life of a patient, is important in all of the countries. The sedation of patients, in combination with the withdrawal of nutrition and liquid, and with the patient's death as a consequence, does occur in all compared countries, in limited situations. Living wills are only legally binding in the Netherlands.

If a physician or a nurse acts contrarily to the national health care regulations, he or she can be subject to investigation and disciplinary measures. Dutch physicians have an obligation to report cases of active euthanasia and assisted suicide to a review committee. In all four countries, the public is more positive to euthanasia than the physicians, and the difference is greatest in Sweden. Active euthanasia is very rare in all of the countries. In the Netherlands active euthanasia and assisted suicide was the cause of death in 2.5 per cent of all deaths reported by physicians.

There are several possible reasons as to why euthanasia is legalized in the Netherlands, and not in other countries. When defining regulation on euthanasia and assisted suicide, principles such as the sanctity of life, the importance of personal autonomy, and the role of physicians, have had a great influence in all four countries.

Sammanfattning

I en komparativ studie undersöktes regleringen av flera former av eutanasi (dödshjälp) och assisterat självmord i Sverige, Nederländerna, Schweiz och Italien. Även Europadomstolens praxis, samt attityder till och förekomst av eutanasi behandlades och resultaten sammanställdes.

Bland de jämförda länderna är aktiv eutanasi, dvs. att aktivt förkorta en annans liv, tillåtet endast för nederländska läkare, såvida vissa kriterier är uppfyllda (due care). Krav ställs bl.a. på patientens outhärdliga lidande och uttryckliga förfrågan, samt att läkaren konsulterat minst en kollega.

Självmord är inte olagligt i något av de jämförda länderna. I Sverige och Schweiz får vem som helst assistera vid självmord, undantaget svenska läkare. I Schweiz ställs krav på medhjälparens goda avsikter och i landet finns ideella organisationer som hjälper personer att ta sina liv ifall vissa kriterier är uppfyllda. I Nederländerna får endast läkare assistera vid självmord och endast enligt nämnda due care-kriterier. I Italien är assisterat självmord straffbart för alla. I Sverige och Schweiz har praxis visat att svårigheter kan uppstå vad gäller att dra gränsen mellan medhjälp till självmord och aktiv eutanasi. Praxis från Europadomstolen har visat att en stat inte bryter mot Europakonventionen ifall den inte möjliggör assisterat självmord för en enskild medborgare.

Passiv eutanasi för lekmän, dvs. att underlåta att handla med följden att en annan person dör, är endast lagligt i Sverige. I samtliga undersökta länder är passiv eutanasi tillåtet inom sjukvården, men vissa skillnader finns i respektive lands sjukvårdsbestämmelser. Principen om dubbel effekt, dvs. att syftet med en handling eller underlåtenhet aldrig får vara att förkorta en patients liv, är dock viktig i samtliga länder. Att söva ner patienten och dra in närings- och vätsketillförsel så att patienten slutligen avlider (palliativ sövning) kan förekomma i samtliga länder, men endast under vissa snäva förutsättningar. Endast i Nederländerna är livstestamenten, där en person anger sina önskemål angående vård i livets slutskede, bindande.

Talan mot brott väcks i allmän domstol. I respektive land har sjukvården kontrollorgan som kan utreda och vidta disciplinåtgärder. I Nederländerna måste läkare anmäla fall av aktiv eutanasi och assisterat självmord till speciella kommittéer. I de jämförda länderna är allmänheten mer positiv till eutanasi än läkarkåren, och skillnaden är störst i Sverige. Aktiv eutanasi är mycket ovanligt i länderna. I Nederländerna förekom det i ett av fyrtio dödsfall där en läkare hade varit inblandad.

Att eutanasi legaliserats just i Nederländerna kan ha flera samhällsliga och juridiska orsaker. Doktrinen om livets helgd, vikten av personlig autonomi samt synen på läkarrollen har haft stor betydelse för utformningen av regleringen i samtliga behandlade länder.

Förkortningar

BrB	Brottsbalk (1962:700)
EKMR	Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
HD	Högsta domstolen, kan även syfta på sista instans i övriga undersökta länder
HovR	Hovrätten
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:753)
NJA	Nytt juridiskt arkiv
PSL	Patientsäkerhetslag (2010:659)
RF	Regeringsformen (1974:152)
RH	Rättsfall från Hovrätterna
SOU	Statens offentliga utredningar

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Ordet eutanasi kommer från de grekiska orden *eu* som betyder god eller skön och *thanatos* som betyder död. Ursprungsbetydelsen är alltså en skön död utan någon smärta eller ångest. Ordet eutanasi kan ibland ersättas med begreppen dödshjälp eller barmhärtighetsmord.¹ Frågan om huruvida eutanasi och assisterat självmord ska vara tillåtet i ett land är ständigt aktuell och har debatterats flitigt i många länder under de senaste årtiondena, även i Sverige.

Dagens reglering av eutanasi och assisterat självmord föregås av en lång historia.² I antikens Grekland ansågs självmord främst som ett sätt att hantera skam och misslyckanden. Eutanasi som en barmhärtig handling för att avsluta en döende människas liv, verkar dock inte ha förekommit i lika hög grad.³ Enligt atensk lag var självmord ett brott och den dödes kropp skändades och nekades en sedvanlig begravning. Platon fördömde självmord och ansåg det vara en feg handling som var berättigad endast om personen annars skulle avrättas av staten för ett begånget brott eller var offer för svår vanära. Platon ansåg det emellertid vara berättigat för sjuka personer att neka till vård som endast skulle förlänga deras lidande.⁴

Stoikerna, och däribland Cicero, menade att självmord var acceptabelt om det var rationellt och personen ifråga upplevde sitt liv som alltför betungande.⁵ När romerska soldater deserterade genom att ta sina liv straffades ofta deras anhöriga. Självmord kunde dock även ses som underhållning i samband med till exempel gladiatorspel och personer erbjöds även pengar till sina efterlevande för att begå självmord offentligt.⁶

Med kristendomen spreds läran att alla typer av dödande var ett brott mot det femte budordet: ”du skall icke dräpa”. Ett undantag från detta var dock synen på martyrer som offrade sitt eget liv för religionen. Om det skulle anses ädelt att själv provocera fram sin död, eller om sanna kristna endast skulle vara villiga att acceptera sin egen död, rådde det dock oenighet om.⁷ På 500-talet utvecklade Augustinus läran att självmord var en kränkning av kyrkan och av staten. På 1300-talet ansåg Thomas av Aquino att allt

¹ Nationalencyklopedin

² De frågor som behandlas i denna framställning är svåra och aktualiserar många juridiska och etiska aspekter. För att läsaren ska få ett vidare perspektiv redogörs här för de historiska aspekterna av eutanasi och assisterat självmord. De kommer emellertid inte att diskuteras i analysdelen av uppsatsen.

³ Gorsuch, Neil M., *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*, 2006, s 22

⁴ Gorsuch, s 23

⁵ Scherer, Jennifer M. & Simon, Rita J., *Euthanasia and the right to die: a comparative view*, 1999, s 2

⁶ Gorsuch, s 25

⁷ Gorsuch, s 26

dödande, och däribland självmord, var den värsta synden av alla, att det stred mot naturen och att det inte gav individen tid till ånger och bot.⁸ Det enda undantaget till detta ansåg han vara då dödande var oavsiktligt eller utgjorde nödvärn. Augustinus och Thomas av Aquinos läror om död och självmord ligger än i dag till grund för kristna värderingar.⁹

Under renässansen och in på 1700-talet ansågs självmord alltmer vara ett uttryck för människans självbestämmande. Tidningar började ges ut med dödsrunor, också över de som tagit sina egna liv. Under upplysningen blev ateismen mer framträdande och kyrkans inflytande minskade.¹⁰

Kropparna efter personer som begått självmord hade länge skändats och nekats begravning på kyrkogården, men under 1800-talet började detta förändras och även de som tagit sitt eget liv fick nu begravas i vigd mark. De som försökt ta sitt liv men misslyckats ansågs deprimerade och tvångsvårdades i vissa fall för att förhindra att de skulle lyckas med ett nytt försök. Synen på medhjälpare till självmord blev dock hårdare och i många länder i Europa kriminaliserades denna handling särskilt.¹¹

I början av 1900-talet började socialdarwinismen växa fram, vars anhängare menade att samhället skulle formars av den naturliga evolutionen. Det förekom att personer som inte ansågs önskvärda i samhället, såsom psykiskt sjuka och handikappade, steriliserades. Under första hälften av 1900-talet förespråkades också eutanasi alltmer.¹²

Hitler påverkades starkt av evolutionsläran. Han ansåg att sjuka och handikappade var en börda för samhället och skulle rensas ut ur Nazityskland. 1938 lanserade han ett eutanasi-program och för att inte få tyska kristna emot sig försökte han hålla operationen, som kom att kallas Aktion T4, hemlig. Under 1941 kom den dock till protestantiska och katolska prästers kännedom, vilka sedan under dödshot predikade inför allmänheten om de övergrepp som pågick. Dödandet av sjuka och handikappade fortsatte dock i hemlighet till andra världskrigets slut och blev offentliga under de efterföljande Nürnberggrättegångarna. Hundratusentals människor hade gasats ihjäl inom ramen för eutanasi-programmet. Sannolikt har detta till stor del påverkat människors syn på eutanasi idag, trots att begreppets innebörd nu är helt annorlunda, se kapitel 1.5.¹³

Från slutet av andra världskriget fram till idag har synen på självmord och eutanasi förändrats i Europa och i övriga världen. I vissa länder har assisterat självmord och eutanasi legaliserats, medan andra har behållit en restriktiv syn. Det är detta som framställningen kommer att behandla.

⁸ Scherer, J och Simon, R, s 3

⁹ Gorsuch, s 27f

¹⁰ Dowbiggin, Ian, *A Concise History of Euthanasia: Life, Death, God, and Medicine*, 2007, s 28ff

¹¹ Gorsuch, s 31ff

¹² Gorsuch, s 33ff

¹³ Dowbiggin, s 93f

1.2 Syfte och frågeställning

Framställningen syftar till att genom en komparativ studie undersöka och jämföra regleringen av eutanasi och assisterat självmord i Sverige, Nederländerna, Schweiz och Italien. Framställningen syftar även till att undersöka och jämföra förekomsten av eutanasi och assisterat självmord i de jämförda länderna samt diskutera skälen till de likheter och skillnader mellan länderna som framkommit. Resultaten kan användas som underlag när eutanasi och assisterat självmord diskuteras och debatteras.

De frågor som uppsatsen avser att besvara är:

- ❖ Hur ser gällande rätt ut i Sverige, Nederländerna, Schweiz och Italien vad gäller:
 - aktiv eutanasi
 - passiv eutanasi
 - palliativ vård
 - livstestamenten
 - självmord
 - assisterat självmord
 - kontrollsystemet?
- ❖ Vilken inställning till eutanasi har invånarna och läkarkåren i respektive land?
- ❖ Hur vanligt är aktiv eutanasi, passiv eutanasi och assisterat självmord i respektive land?
- ❖ Hur skiljer sig gällande rätt, attityder och förekomst åt i de undersökta länderna?
- ❖ Vad kan de eventuella skillnaderna bero på?

1.3 Metod och material

Vid arbetet har en rättsdogmatisk metod använts, dvs. relevanta rättskällor såsom lagtext, förarbeten, praxis och doktrin som ansetts relevanta för respektive land har studerats och sammanställts. Arbetet har fokuserat på ett klagörande av regleringen *de lege lata*.¹⁴ Studien syftar till att undersöka likheter och skillnader mellan de olika ländernas lagstiftning rörande eutanasi och assisterat självmord, men också till att förklara deras uppkomst. Studien är således komparativ till sin natur.¹⁵

Källor på engelska har använts vid studiet av utländsk rätt. Utländska rättsfall har studerats i form av referat på engelska, vilket kan ge en viss osäkerhet vad gäller översättning av rättsliga begrepp. Detsamma gäller lagtext översatt till engelska. Fokus ligger på den materiella rätten och för att förenkla för läsaren har processuella begrepp, såsom de utländska rättsinstanserna, översatts till sin svenska motsvarighet. ”HD” syftar på den

¹⁴ Lehrberg, Bert, *Praktisk juridisk metod*, 4 uppl, 2001, s 38

¹⁵ Bogdan, Michael, *Komparativ rättskunskap*, 2 uppl, 2003, s 18

högsta instansen inom allmän domstol i respektive land. I enstaka fall har den engelska översättningen av ett utländskt begrepp behållits, t.ex. ”due care” som får anses vara ett väletablerat begrepp inom eutanasidebatten.

Eftersom uppsatsen syftar till att delvis förklara orsakerna till rättens utformning genom studiet av samhällseliga orsaker till dess uppkomst, kan framställningen även sägas inta ett rättsociologiskt perspektiv. Förutom rättskällorna har även undersökningar av attityder till och förekomst av eutanasi studerats. Även ideologier, synsätt och argument som kan ha påverkat ländernas reglering behandlas.¹⁶ Analysen gör dock inte anspråk på att ge en uttömmande förklaring till eventuella likheter och skillnader mellan länderna.

1.4 Avgränsningar

Endast relevant lagstiftning i Sverige, Nederländerna, Schweiz samt Italien, tillsammans med praxis från Europadomstolen, behandlas. Då länderna valdes ansågs Sverige vara självskrivet. De andra valdes med tanke på att få så stor spridning av reglering och synsätt som möjligt mellan länderna.

Eftersom eutanasi och assisterat självmord är frågor som aktualiseras främst i samband med allvarlig sjukdom och/eller hög ålder, behandlar en stor del av framställningen de regler som gäller inom sjukvården inom respektive land.

Bara eutanasi och assisterat självmord för vuxna behandlas. Således redogörs inte för den nederländska lagstiftningen för ungdomar som önskar eutanasi. Detsamma gäller regleringen av neonatal vård i samtliga länder. Även frågor om abort faller utanför uppsatsens avgränsning.

1.5 Vissa definitioner

I studien behandlas självmord, assisterat självmord, två former av eutanasi, palliativ vård samt livstestamenten. För att undvika oklarheter definieras nedan den innebörd som begreppen anses ha i framställningen.

Självmord – avsiktlig, självdestruktiv handling som leder till döden.

Assisterat självmord – då en person hjälper en annan att begå självmord (jämför medverkan till självmord). Ett specialfall av begreppet är läkarassisterat självmord.

Aktiv eutanasi – då en person aktivt förkortar en annan svårt sjuk persons liv, ofta genom givandet av dödliga substanser.¹⁷

¹⁶ Hydén, Håkan, *Rättssociologi som rättsvetenskap*, 2002, s 16

¹⁷ Nederländerna har en egen definition av eutanasi. I andra länder kan ordet ”eutanasasi” syfta både på aktiv och passiv sådan och även frivillig och icke frivillig. I nederländsk lag och litteratur syftar dock ”eutanasasi” endast på att uppsåtligt ta någon annans liv på dennes

Passiv eutanasi – i) för lekmän: underlåtenhet att handla med följden att en annan person avlider, ii) inom sjukvården: avstående från åtgärder som syftar till att förlänga livet hos en svårt och obotligt sjuk person.

Palliativ vård – omvårdnad inriktad på symptomlindring av en svårt sjuk person, dock utan att påverka sjukdomsförloppet.¹⁸

Livstestamente – en i förväg författad personlig viljeförklaring med instruktioner angående utformning och omfattning av sjukvårdsbehandlingen i livets slutskede, i den händelse att författaren skulle förlora sin beslutskompetens.

1.6 Disposition

Sverige, Nederländerna, Schweiz och Italien behandlas först i var sitt kapitel (2-5), där regleringen av i) aktiv eutanasi, ii) passiv eutanasi och palliativ vård, iii) självmord och assisterat självmord, iv) kontrollsystemet samt v) attityder och förekomst för respektive land behandlas. Även livstestamenten behandlas och varje kapitel avslutas med en sammanfattning av vad som framkommit. I kapitel 6 behandlas relevant praxis från Europadomstolen. Framställningen avslutas med en analys i kapitel 7 där en komparation av länderna görs, förklaringar till de funna skillnaderna mellan länderna redovisas, och författaren ger sina avslutande synpunkter.

I den löpande texten finns ”faktarutor” insprängda. De behandlar olika synsätt eller argument som ofta uppkommer i debatten och är inte specifikt knutna till lagstiftningen i något eller några av de behandlade länderna. De syftar till att ge läsaren en vidare bild av det ämne som behandlas, men refereras också till i uppsatsens analysdel.

Engelska översättningar av relevant utländsk lagtext återfinns i bilaga A-C.

uttryckliga förfrågan, dvs. det som i andra länder skulle benämnas som en frivillig, aktiv eutanasi, Cohen-Almagor (2002), s 95. I denna framställning kommer dock definitionerna i kapitel 1.5 att bibehållas genom hela framställningen.

¹⁸ Palliativ sövning kan ibland kombineras med indragande av närings- och vätsketillförsel, dvs. passiv eutanasi, till dess att döden inträffar. Sådan passiv eutanasi kommer av praktiska skäl att till stor del behandlas i samma avsnitt som den palliativa vården.

2 Sverige

2.1 Inledning

Frågan om eutanasi och assisterat självmord är inte uttryckligen reglerad i svensk rätt. En specialreglering har diskuterats, men inte skett.¹⁹ Straffrättskommittén menade att en lag som möjliggör eutanasi på sjukhus skulle leda till missförstånd och att regleringen skulle kunna uppfattas så att inlagda patienter inte är säkra.²⁰

Ingen har rätt att få dö om man önskar det, eftersom detta anses strida mot rätten till liv. Dock finns ett skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp i 2 kap 6 § RF och en persons önskan att få bestämma över sitt liv måste respekteras i stor utsträckning. I vissa situationer finns emellertid en skyldighet för andra, t.ex. inom sjukvården, att ingripa om en person far illa.²¹

2.2 Aktiv eutanasi

2.2.1 Mord och dråp

I 3 kap 1 § BrB stadgas att "[den] som berövar annan livet, dömes för *mord* till fängelse på viss tid, lägst tio och högst arton år, eller på livstid". I 3 kap 2 § BrB stadgas vidare att om brott enligt 1 § är att anse som mindre grovt med hänsyn till de omständigheter som föranlett handlingen eller eljest, dömes för *dråp* till fängelse lägst 6 och högst 10 år. Gränsen mellan mord och dråp dras i BrB så att gärningen normalt ska ses som mord. Om gärningen, med hänsyn till omständigheterna som föranlett gärningen eller annat, är att anse som mindre grov ska denna istället ses som dråp.²² I svensk praxis från Hovrätterna (HovR) och Högsta Domstolen (HD) har domstolen i de få fall där den dödande handlingen kan betraktas som eutanasi, rubricerat denna som dråp (se kapitel 2.5).

Huvudregeln i BrB är att dödande som bedöms som eutanasi har normal straffbarhet. Om ett långt straff i vissa situationer anses för hårt kan dock de allmänna bestämmelserna om påföljdseftergift i 29 kap 6 § BrB samt reglerna om förmildrande omständigheter i 29 kap 3 § BrB, tillämpas.²³ Enligt 29 kap 3 § 1 st 4 p kan en förmildrande omständighet vara att brottet har föranletts av en stark mänsklig medkänsla och straffet kan då sättas ner.

¹⁹ Se t.ex. SOU 2000:6 Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut, s 3

²⁰ Holmqvist, Lena, Leijonhufvud, Madeleine, Träskman, Per-Ole, Wennberg, Suzanne, *Brottsbalken en kommentar Del I (1-12 kap)*, Studentutgåva 6, 2009, s 3:4

²¹ Asp, Petter, Ulväng, Magnus, Jareborg, Nils, *Kriminalrättens grunder*, 2010, s 488

²² Holmqvist et al., s 3:2

²³ Holmqvist et al., s 3:4

I motiven sägs att bestämmelsen tar sikte på situationen då någon dödar en nära anhörig som är obotligt sjuk för att göra slut på dennes plågor. Enligt 29 kap 3 § 2 st BrB finns även en möjlighet att underskrida straffminimum, om det är påkallat med hänsyn till brottets straffvärde. Detta gäller för alla brottstyper, men endast i speciella undantagsfall.²⁴

2.2.2 Verkan av samtycke

Enligt 24 kap 7 § BrB är en gärning, som någon begår med samtycke från den mot vilken handlingen riktas, ett brott endast om gärningen är oförsvarlig. Detta bedöms enligt paragrafen med hänsyn till den skada, kränkning eller fara som gärningen medför samt dess syfte och övriga omständigheter.²⁵

Vissa krav ställs på samtycket, t.ex. att den samtyckande förstår innebörden att sitt samtycke och att denne är behörig att lämna ett sådant samtycke.²⁶ Trots att alla har rätt att bestämma över sin egen kropp, kan en handling som beskrivs i 3 kap BrB som begås med samtycke av den mot vilken handlingen riktas, vara ett brott. Samtycke till dödande, vilket är fallet i samband med eutanasi, utesluter aldrig ansvar eftersom gärningen alltid anses oförsvarlig. Straffvärdet för en sådan handling är dock mycket lågt, eftersom ett hårt straff enligt praxis kan anses stötande.²⁷

2.2.3 Reglering inom sjukvården

För sjukvården gäller speciellt reglerna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och i patientsäkerhetslagen (2010:659) (PSL), och framförallt bestämmelserna i den senare behandlas här.

Aktiv eutanasi är inte heller tillåtet för sjukvårdspersonal. Samtycke från en patients anhöriga är varken nödvändigt eller tillräckligt för att utesluta straffrättsligt ansvar för den behandlande läkaren.²⁸ Det är aldrig tillåtet för sjukvårdspersonal att sätta in en behandling i *syfte* att avsiktligt förkorta patientens liv och det anses ej vara i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Dock är ett förkortande av livstiden en accepterad *bieffekt* till en nödvändig behandlingsåtgärd. Även om det kan anses vara svårt, måste distinktionen mellan dessa två handlingen upprätthållas också när en patients död är nära förestående. Regeln gäller även om åtgärden vidtas på patientens uttryckliga begäran eller av barmhärtighetsskäl.²⁹

²⁴ Jareborg, Nils, Zila, Josef, *Straffrättens påföljdslära*, 2 uppl. 2007, s 114f

²⁵ Leijonhufvud, Madeleine, Wennberg, Suzanne, *Straffansvar*, 6 uppl, 2001, s 95

²⁶ Asp, Ulväng & Jareborg, s 249

²⁷ Asp, Ulväng & Jareborg, s 255

²⁸ Asp, Ulväng & Jareborg, s 294

²⁹ Rynning, Elisabeth, Rätt till liv och rätt att dö, ur *Liv och död – Livsuppehållande behandling från början till slut*, Karolinska Institutet University Press, 2009, s 113f

Principen om dubbel effekt

En handling som normalt sett är legitim kan också ge upphov till en oönskad bieffekt. Så kan vara fallet om en patient lider av stora smärtor och den höga dos smärtstillande som krävs för att lindra dennes plågor också leder till en påskyndad död. Principen om dubbel effekt kan då användas som ett redskap för att avgöra om den aktuella handlingen är etiskt försvarbar. Redan Thomas av Aquino kan ha lanserat den och Katolska kyrkan har länge haft den som en central princip.

Principen kan uttryckas på följande sätt:

- 1) Handlingen är inte ond i sig själv
- 2) Personen som handlar avser som ett resultat av handlingen endast den goda effekten
- 3) Personen som handlar avser inte den onda effekten som ett medel för att uppnå den goda
- 4) Den goda effekten kan anses ha minst motsvarande betydelse som den onda samt att det inte finns något annat sätt att uppnå den goda effekten.

Principen har blivit kritiserad då den ansetts vara ett alltför trubbigt verktyg för att lösa komplexa etiska problem. T.ex. anses många av de problem som uppstår inom sjukvården inte bara ha en god och en ond effekt, utan många effekter som inte kan sägas vara endast onda eller goda.³⁰

2.3 Passiv eutanasi och palliativ vård

2.3.1 Inledning

Som huvudregel krävs ett aktivt handlande för att en person ska göra sig skyldig till mord eller dråp. I vissa fall kan dock även underlåtenhet att handla för att rädda liv vara straffbart. Detta gäller då personen har en viss skyldighet att handla, dvs. står i garantställning. En läkare har en skyldighet att ge sina patienter vård och det kan i vissa fall vara straffbart för denne att underlåta att ge livräddande behandling. Högre krav ställs alltså på sjukvårdspersonal än på andra personer.³¹

2.3.2 Reglering inom sjukvården

Ibland kan det vara tillåtet för en läkare att förkorta en patients liv. Vid den straffrättsliga bedömningen är Allmänna råd från Socialstyrelsen av vikt, men de är inte juridiskt bindande och är inte tillräckligt detaljerade för en otvetydig ledning.³² Enligt Socialstyrelsen finns det inte någon medicinsk-etisk skillnad mellan att avsluta en livsuppehållande behandling och att avstå från att påbörja en sådan behandling.³³

Läkare har inte en skyldighet att till varje pris hålla en patient vid liv.³⁴ När livsuppehållande åtgärder inte tjänar något syfte har läkaren rätt att avstå

³⁰ Spielthemer, Georg, The principle of double effect as a guide for medical decision-making, *Med Health Care and Philos*, 2008;11: 465-473, s 465ff

³¹ Rynning, s 94

³² Asp, Ulväng & Jareborg, s 293

³³ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2 *Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede*, s 15

³⁴ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 16

från att sätta in behandling. Underlåtenheten ses inte som ett otillåtet risktagande, eftersom en sådan handling inte ökar den redan höga risken. När läkaren måste ge patienten höga doser av smärtstillande för att ge smärtlindring, kan det ge bieffekten att döden påskyndas. Dock får aldrig påskyndandet av döden vara det egentliga syftet, jämför principen om dubbel effekt.³⁵

Enligt Socialstyrelsen ska behandling som anses medicinskt meningslös inte sättas in eller fullföljas. I vissa fall kan även livsförlängande åtgärder innefattas i begreppet. Att förlänga livet på en permanent medvetlös eller hjärndöd patient anses ofta vara medicinskt meningslöst, och hänsyn tas till patientens integritet och värdighet samt till patientens anhöriga. Det kan även röra sig om åtgärder som varken kan bota eller lindra, utan endast tillfälligt förlänga en döende persons liv, men vid bedömningen tas också hänsyn till om denna tillfälliga förlängning är av särskilt stor betydelse för patienten och dennes anhöriga. Vad gäller potentiellt livräddande insatser är huvudregeln dock enligt Socialstyrelsen att dessa anses meningsfulla även när de är förenade med en betydande risk för bestående skador eller funktionshinder.³⁶

Enligt 6 kap 7 § PSL ska vården utformas i samråd med patienten. En patient har rätt att avböja behandling under förutsättning att denne är beslutskompetent, dvs. att denne kan tillgodogöra sig relevant information och överblicka konsekvenserna av sitt beslut. En patient kan även neka till, eller välja att avbryta, livsuppehållande behandling.³⁷ Då är det dock av vikt att patienten får en god palliativ behandling i form av smärtstillande läkemedel etc.³⁸

I vissa akuta situationer kan det dock vara omöjligt att inhämta direktiv från patienten, t.ex. på grund av att denne är nedsövd. Livstestamenten där patienten nekar till livsuppehållande behandling för framtida sjukdom, kan vara en del av läkarens beslutsunderlag, men är inte juridiskt bindande och är utan avgörande betydelse.³⁹ Ansvaret för behandlingens utformning ligger alltid på den behandlande läkaren, men denne kan självklart konsultera kollegor i frågan, se 6 kap 2 § PSL.⁴⁰

Palliativ vård syftar till att lindra lidande och skapa en bättre livskvalitet för svårt sjuka patienter. Den palliativa vården innefattar fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter.⁴¹ Palliativ sövning, dvs. att söva ner patienten när andra sätt att ge symptomlindring är otillräckliga, och att dra in närings- och vätsketillförsel är tillåtet då patientens död är nära förstående.⁴²

³⁵ Asp, Ulväng & Jareborg, s 293

³⁶ Rynning, s 105ff

³⁷ Rynning, s 98f

³⁸ Rynning, s 100

³⁹ Asp, Ulväng & Jareborg, s 294

⁴⁰ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 16

⁴¹ SOU 2000:6, s 50

⁴² Rynning, s 112f

Förtroendet för sjukvården

Vad gäller specialregleringar för läkare och andra personer inom sjukvården i samband med passiv eutanasi framförs ofta att om dessa personer medvetet skulle bidra till patienters död, skulle detta leda till att förtroendet för sjukvården skulle minska. Samma personer brukar ofta hävda att läkarassisterat självmord och eutanasi skulle kränka den yrkesmässiga integriteten och riskera att skada förhållandet mellan läkare och patient.

Förespråkare av eutanasi menar dock att så inte alls är fallet. De menar istället att det borde vara sjukvårdens ansvar att bespara patienter från onödigt lidande, inte att hålla en lidande patient vid liv så länge som möjligt.⁴³

Höga krav ställs på sjukvårdspersonal, bl.a. i PSL, och om en person brister i kraven kan detta föranleda disciplinåtgärder och ibland även straff i allmän domstol. En möjlighet till ansvarsfrihet finns dock i nödparagrafen (24 kap 4 § BrB). Bestämmelsen kan åberopas i de fall då det inte varit möjligt att upprätthålla de nämnda kraven. Personen ifråga kan då gå fri från ansvar, såvida de vidtagna, otillåtna åtgärderna inte är att anse som oförsvarliga med hänsyn till ”farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt”. Vid den intresseavvägning som domstolen gör, t.ex. mellan patientens rätt att bestämma över sin egen kropp och att rädda patientens liv, väger alltid patientens autonomi tyngst. Detta gäller dock endast om patienten kan anses helt beslutskompetent, i annat fall kan vissa åtgärder som vidtas mot patientens vilja anses vara icke oförsvarliga.⁴⁴

2.4 Assisterat självmord

I 3 kap BrB regleras brotten mot liv och hälsa. Bland dessa nämns inte självmord. Eftersom självmord inte är olagligt i Sverige kan heller inte någon dömas för medhjälp till självmord om denne främjar en annan persons självmord.⁴⁵ Om en vuxen och psykiskt normal person själv medvetet utsätter sig för fara, t.ex. genom att försöka begå självmord, vägra inta näring och vätska eller läkemedel, eller genom att vägra medicinsk behandling i övrigt, finns inte en skyldighet för annan närstående, t.ex. make eller maka, att hindra den destruktiva handlingen. Här anses intresset av autonomi väga tyngst.⁴⁶

Samma regler gäller dock inte för sjukvårdspersonal, som enligt sin garantställning och särskilda föreskrifter har en skyldighet att ingripa.⁴⁷ Enligt föreskrifter riskerar också läkare disciplinåtgärd om de skriver ut läkemedel i syfte att hjälpa en patient att ta sitt liv.⁴⁸

Ibland kan dock svårigheter uppstå vad gäller bedömningen av huruvida den som främjar självmordet ska ses som medverkande, och således undgå

⁴³ Hurst, Samina A & Mauron, Alex, Assisted Suicide and Euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, *BMJ*, 2003; 326: 271-273, s 272

⁴⁴ Rynning, s 102f

⁴⁵ Leijonhufvud & Wennberg, s 96

⁴⁶ Asp, Ulväng & Jareborg, s 127

⁴⁷ Asp, Ulväng & Jareborg, s 127

⁴⁸ Rynning, s 116

straffansvar, eller om handlingen istället är att betrakta som gärningsmannaskap och person då kan dömas enligt 3 kap 1 § BrB. Så kan vara fallet då en person inte kan anses vara kompetent att ta beslutet att ta sitt eget liv eller då det förekommit tvång eller påtryckningar.⁴⁹ För att den som hjälper till ska undgå ansvar ska det vara fråga om ett fritt val, fattat av en själsligt mogen person med insikt i relevanta omständigheter. Den som hjälper till är att anse som (med)gärningsman då händelseförloppet bedöms som att två personer handlar gemensamt och tillsammans berövar den ena personen livet.⁵⁰

2.5 Svensk praxis

Nedan redogörs för tre svenska rättsfall där framförallt gränsen mellan medverkan till självmord, dvs. tillåtet assisterat självmord, och gärningsmannaskap, dvs. aktiv eutanasi. Även frågor om straff aktualiseras.

2.5.1 NJA 1979 s 802 Hedebymålet

Berit H var journalist och känd dödshjälpsförespråkare. Hon ville hjälpa en man som led svårt av MS att dö och han uttryckte själv en stark vilja till detta. Hon gav honom, efter råd från en läkare, digitalis vid flera tillfällen men det hela misslyckades och mannen dog inte. Efter att på nytt ha rådfrågat läkaren gav hon mannen dels sömnmedel⁵¹ i tablettform och dels en injektion insulin. Hon placerade tabletterna i hans mun och gav honom vätska att skölja ned dem med, och mannen svalde dem trots möjlighet att spotta ut. Mannen dog samma natt och det visade sig att både tabletterna och injektionen hade varit dödliga var för sig.

HD ansåg det visat att mannen varit fullt beslutskompetent och samtyckt till Berit H:s handlande. Domstolen menade dock att trots att det var klarlagt att det hon hade gjort var helt i överensstämmelse med mannens vilja, fritog detta henne inte från ansvar för sitt handlande. Mannen hade själv svält tabletterna och HD tog då ställning till om Berit H:s handlande var att se som gärningsmannaskap eller som medhjälp till självmord, där det senare inte skulle vara brottsligt.

Eftersom det var oklart om injektionen av insulin (straffbar handling enligt 3 kap 1 § BrB) eller intagandet av tabletterna (möjligtvis tillåten medhjälp till självmord) hade dödat mannen hade HD kunnat fria kvinnan enligt principen om in dubio pro reo. Majoriteten i HD gick dock en annan väg och bedömde journalistens samtliga handlingar som en enda gärning, eftersom de sågs som delar i en i förväg bestämd plan vilka vidtogs i en oavbruten följd. Mannen hade visserligen hjälpt till genom att själv svälja tabletterna, men Berit H ansågs ha handlat så självständigt att hennes handlande bedömdes som gärningsmannaskap. Oavsett om döden inträffat

⁴⁹ Asp, Ulväng & Jareborg, s 486

⁵⁰ Asp, Ulväng & Jareborg, s 487f

⁵¹ Diminal Duplex med verksamt ämne barbitursyra

pga. tablettorna eller injektionen menade därför domstolen att Berit H orsakat mannens död. Minoriteten såg givandet av tabletter och injicerandet av insulin som två skilda gärningar, men bedömde de båda som gärningsmannaskap. Varken majoriteten eller minoriteten bedömde alltså givandet av tabletter som hjälp till självmord, och därför behövde rätten inte ta ställning till om mannen dött av tablettorna eller insulininjektionen. Samtliga justitieråd ansåg att kvinnan hade gjort sig skyldig till dråp. Hennes handlande ansågs inte straffritt, men påföljden sattes under straffskalan för dråp, med stöd i nuvarande 29 kap 3 § BrB, till ett års fängelse.

2.5.2 RH 1989:19

I fallet var det fråga om en man som på sjukhus kvävt sin svårt sjuka och medvetlösa sambo som uppfyllande av ett tidigare givet löfte till henne. Kvinnan var svårt sjuk men hade blivit inlagd på sjukhus på grund av ett misslyckat självmordsförsök. Mannen erkände handlingen men menade att den inte var straffbar. HovR menade att hans handling inte var att betrakta som medhjälp till självmord utan som gärningsmannaskap eftersom hustrun varit medvetlös då handlingen företogs. Mannen dömdes därför för dråp. HovR sa att påföljd kan efterges om ett utdömande skulle uppfattats som stötande för den allmänna rättskänslan. HovR menade dock att detta inte förelåg i detta fall. Domstolen menade dock att mannens handlande föranletts av kärlek till sin hustru och att hon troligen aldrig mer skulle ha vaknat upp. Att inte döma till fängelse ansågs, till skillnad från i NJA 1979 s 802, inte hota den allmänna laglydnaden och mannen dömdes därför till villkorlig dom.

2.5.3 RH 1996:69

Även detta rättsfall behandlar frågan om gränsen mellan medhjälp och gärningsmannaskap. En mor hade lagt tabletter i sin vuxna dotters mun och denna hade sedan själv svält ner dessa med vatten och vin som modern ställt fram. Dottern led av Huntingtons sjukdom, vilken gör att hjärnan sakta förtvinar, vilket orsakar demens, depression och ryckningar i kroppen. HovR menade att moderns handlande inte ensamt kunnat orsaka dotters död utan endast möjliggjorde dotters självmord. Det var alltså här fråga om en osjälvständig handling, dvs. medhjälp till självmord och inte gärningsmannaskap. Modern friades därför.

2.6 Kontrollsystemet

Det svenska rättsystemet med dess allmänna domstolar i flera instanser gäller för alla brott för vilka domstolarna har jurisdiktion. Dessa behandlas inte vidare i denna framställning.

För missöden och vårdskador inom sjukvården finns ytterligare kontroll. De utreds i första hand av Socialstyrelsen och utredningarna ska tillförsäkra patienter kvalitet och säkerhet (3 kap 5-7 §§ samt 7 kap PSL). När någon

inom hälso- och sjukvården brustit i sin yrkesutövning på ett så allvarligt sätt att denne riskerar att förlora sin legitimation tas ärendet upp av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), se 9 kap PSL.

När sjukvårdspersonal är misstänkt för brott för vilket fängelse är föreskrivet ska detta utredas i den ordning som rättssystemet anvisat, dvs. i form av en förundersökning ledd av åklagare, 7 kap 29 § PSL. När sjukvårdspersonal är inblandad, och medicinska bedömningar om ”vetenskap och beprövad erfarenhet” behöver göras, är det dock att rekommendera att åklagare utnyttjar den specialkompetens som Socialstyrelsen besitter.⁵²

Det är i praktiken ovanligt att sjukvårdspersonal åtalas. Både Socialstyrelsen och HSAN är dock skyldiga att anmäla skäligen misstanke om brott som kan leda till fängelsestraff.⁵³

2.7 Attityder och förekomst i landet

Det allmänna stödet för eutanasi har gradvis ökat i Sverige under de senaste trettio åren. När den svenska allmänheten 2006 tillfrågades om det kan finnas situationer då aktiv eutanasi är rättfärdigat svarade 84 % ja. Detta kan jämföras med att 31 % av läkarkåren svarade ja på frågan om en patient ska ha möjlighet att besluta om att påskynda sin död. Skillnaden mellan den allmänna opinionen och läkarkårens inställning är alltså stor.⁵⁴

Förekomsten av eutanasi och (läkar-)assisterat självmord är mycket låg i Sverige. I en studie från 2003 rapporterades inte något fall alls. Passiv eutanasi, dvs. att patienten fick smärtlindring i så höga doser att en tidigare död blev en bieffekt, förelåg dock i 21 % av de undersökta dödsfallen.⁵⁵

2.8 Sammanfattning

I Sverige är aktiv eutanasi olagligt och att offret samtycker är utan betydelse. Gemene man, som inte står i garantställning, har inte en skyldighet att hindra en annan person från att skadas. Enligt särskilda föreskrifter har sjukvårdspersonal dock en skyldighet att vårda patienter.

Passiv eutanasi är tillåtet inom sjukvården t.ex. när en läkare anser att en behandling är medicinskt meningslös. Läkaren straffas då inte för att behandlingen dragits in. Läkaren straffas inte heller om denne, för att lindra

⁵² Rynning, s 91f

⁵³ Rynning, s 91

⁵⁴ Griffiths, John, Weyers, Helen, Adams, Maurice, *Euthanasia and law in Europe*, 2007, s 485f (metastudie)

⁵⁵ van der Heide, Agnes, Deliens, Luc, Faisst, Karin, Nilstun, Tore, Norup, Michael, End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study, *Lancet*, 2003; 361: 345-351, s 347

en patients plågor, måste ge så höga doser av smärtstillande medel att bieffekten även blir att patientens död påskyndas.

Palliativ vård anses viktigt, men palliativ sövning är endast tillåtet om patientens död är nära förestående. Livstestamenten är inte bindande för den behandlande läkaren. Eftersom vården ges i samråd med patienten utgör dock livstestamenten en del av den behandlande läkarens beslutsunderlag när patienten inte kan tillfrågas.

Själv mord är inte kriminaliserat i Sverige, och därför kan inte medhjälp till själv mord vara straffbart. Det kan emellertid vara svårt att dra gränsen mellan medhjälp till själv mord och gärningsmannaskap. I praxis var det fråga om medhjälp till själv mord när en person på en annans förfrågan lade tabletter i dennes mun och den andre hade möjlighet att spotta ut tabletterna, men istället valde att svälja dem. Det var emellertid fråga om gärningsmannaskap när en kvinna gav en man tabletter och en injektion, båda dödliga var för sig, eftersom domstolen bedömde förloppet som en enda handling. Fallet, tillsammans med ett ytterligare, visar dock att straffen för aktiv dödshjälp är milda. Samma straffrättsliga bestämmelser gäller inom sjukvården men medhjälp till själv mord, när en läkare t.ex. skriver ut läkemedel, kan föranleda disciplinåtgärder.

Det svenska kontrollsystemet av eutanasi utgörs av de allmänna domstolarna, och för sjukvården även av Socialstyrelsens och HSANs utredningar och disciplinåtgärder.

3 Nederländerna

3.1 Inledning

På 1970-talet åtalades ett antal nederländska läkare för att ha utfört aktiv eutanasi. Detta ledde till att en policy utarbetades som innebar att endast landets högsta åklagare kunde väcka talan mot fall av eutanasi, men inte om vissa villkor var uppfyllda. Villkoren kom sedan att bli de så kallade due care-kriterierna, vilka under 1980-talet förtydligades genom praxis från HD. Det nederländska läkaresällskapet ansåg att ifall aktiv eutanasi skulle förekomma, skulle det ske endast med hjälp av läkare. Läkarkåren tog sålunda på sig ansvaret för eutanasi. I mitten av 1980-talet föreslogs det i parlamentet att eutanasi skulle legaliseras formellt och en utredning tillsattes. På 1980-talet låg fokus på ett tillåtande av aktiv eutanasi, men på 1990-talet debatterades ett effektivt kontrollsystem alltmer. För att slippa åtal krävdes nu att läkare lämnade in ett speciellt formulär till myndigheterna efter att de utfört aktiv eutanasi på en patient. Även om en stor andel av politikerna var positiva till eutanasi skulle det dock dröja till slutet av 1990-talet innan man kunde enas om en lag.⁵⁶

Enligt artikel 293 i den nederländska strafflagen är det ett allvarligt brott att ta någon annans liv, också på dennes uttryckliga begäran, och brottet kan ge upp till 12 års fängelse. Enligt artikel 294 är det även ett allvarligt brott att uppmana någon till eller att assistera någon vid självmord och detta kan ge upp till tre års fängelse.⁵⁷ År 2002 blev Nederländerna emellertid det första landet att formellt legalisera aktiv eutanasi och assisterat självmord, *dock endast om de utförs av läkare*. För lekmän är detta fortfarande olagligt.⁵⁸

För att förstå den speciella nederländska regleringen är det av vikt att också känna till landets historia. Under den första halvan av 1900-talet karakteriserades Nederländerna av konservatism och traditionsbundenhet, men detta förändrades drastiskt under 1960- och 1970-talen, då landet färgades av en mycket liberal syn vad gäller sexualitet, abort, droger m.m. Många började ifrågasätta kyrkans auktoritet, framförallt den katolska. Vad gäller eutanasi och liknande frågor uppstod en polaritet mellan, å ena sidan, de som försvarade den personliga friheten och, å andra sidan, de som försvarade kristna värderingar, bl.a. livets helgd.⁵⁹

⁵⁶ Griffiths et al., s 30f

⁵⁷ Janssen, André, The new regulation of voluntary euthanasia and medically assisted suicide in The Netherlands, *International Journal of Law, Policy and the Family*, 2002; 16: 260-269, s 261

⁵⁸ Bosshard, G., Broeckaert, B., Clark, D., Materstvedt, L.J., Gordijn, B., Müller-Busch, H.C., A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries, *Journal of Medical Ethics*, 2008; 34: 28-32, s 29

⁵⁹ Griffiths et al., s 14f

Hälsovården i Nederländerna var förr en uppgift för kyrkan, men har senare tagits över av privata aktörer. Större delen av läkarkåren har under lång tid varit självständiga i förhållande till sjukhus och liknande inrättningar. De flesta sjukhusen, vårdhemmen och äldreboendena är privata och drivs av organisationer. Detta gör att de till stor del kan utarbeta egna riktlinjer och de flesta tillåter numera eutanasi.⁶⁰

Autonomi

En grundläggande princip inom sjukvården är att patienten har rätt att själv bestämma över sin behandling. Patienten kan välja att denna ska avslutas eller att någon behandling överhuvudtaget inte ska sättas in. För svensk sjukvård finns regeln i 2 a § HSL.⁶¹

Det kan även argumenteras för att självbestämmanderätten ska gälla för när, var och hur en människa ska få avsluta sitt liv, t.ex. genom att författa livstestamenten, vilket förekommer i Nederländerna.⁶²

Ett uttryck för autonomiprincipen är då personer menar att en stat bör ändra sin lagstiftning så att eutanasi tillåts, om en majoritet av landets medborgare är positiva till en sådan ändring.⁶³

3.2 Aktiv eutanasi

3.2.1 Icke naturlig död

Enligt nederländsk rätt har det stor betydelse för den juridiska bedömningen huruvida en patients dödsfall ses som naturligt eller icke-naturligt. Om en läkares handlande faller under ”normal medicinsk yrkesutövning” anses döden vara naturlig och ger inte några juridiska konsekvenser, se vidare under kapitel 3.3. I de fall då läkares handlande inte faller under normal medicinsk yrkesutövning anses patientens död vara icke-naturlig.⁶⁴ I princip betraktas det som i denna framställning kallas aktiv eutanasi och assisterat självmord som icke-naturlig död, medan passiv eutanasi betraktas som naturlig.

3.2.2 Regleringen av eutanasi

I artikel 293 i strafflagen återfinns den nederländska definitionen av aktiv eutanasi, dvs. att en person tar livet av en annan person efter dennes uttryckliga och innerliga begäran. Den som begår denna handling gjorde sig innan 1970-talet alltid skyldig till ett allvarligt brott, vilket dock inte ansågs lika allvarligt som mord.

⁶⁰ Griffiths et al., s 16f

⁶¹ Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, s 10

⁶² A guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, s 13

⁶³ Gorsuch, s 86

⁶⁴ “Termination of life”, Kimsma, G. K., Death by request in The Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families, *Med Health Care and Philos*, 2010;13, 355-361, s 356

I april 2002 trädde Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act (hädanefter ”2002 års lag”) ikraft. Lagen består av tre delar där den första kodifierar de due care-regler som tidigare utvecklats i praxis. Den andra innebär tillägg till artikel 293 och 294 i strafflagen och gör aktiv eutanasi och assisterat självmord tillåtet under vissa villkor. Den tredje reglerar processen för rapportering av fall av aktiv eutanasi och läkarassisterat självmord. Lagen kodifierade i princip tidigare praxis, men klargjorde och utvecklade reglerna för det då något oklara kontrollsystemet.⁶⁵

Eftersom 2002 års lag är utformad som ett tillägg till artiklarna 293 och 294 i strafflagen, är det endast handlingar som uppfyller rekvisiten i dessa som under vissa förhållanden görs tillåtna.⁶⁶ Lagen gäller både för aktiv eutanasi och läkarassisterat självmord, och bestämmelserna gäller på samma sätt för båda. I lagens mening anses inte heller det ena vara att föredra framför det andra.⁶⁷

Det kan dock betonas att den nederländska definitionen av aktiv eutanasi förutsätter en av patienten *uttrycklig begäran* om att få dö. Om en sådan begäran saknas kan det därför aldrig vara fråga om aktiv eutanasi och en person som begår denna handling gör sig skyldig till mord.⁶⁸

3.2.3 Due care-reglerna

I 2002 års lag kodifieras de tidigare givna due care-reglerna och landets regionala granskningskommittéer⁶⁹ har förtydligat dem ytterligare. För att en läkare inte ska göra sig skyldig till brott måste det vara fråga om:⁷⁰

- *En frivillig och noggrant genomtänkt förfrågan från patienten*
Kommentar: Det föredras att läkaren inhämtar en skriftlig förfrågan från patienten. Denna ska inte ha skrivits alltför nära inpå själva utförandet av eutanasin, men har den skrivits längre tillbaka i tiden än ett par veckor bör läkaren inhämta ett nytt godkännande strax inpå, om det är möjligt.
Att förfrågan ska vara frivillig innebär att ingen ska ha utövat påtryckningar mot patienten, t.ex. dennes familj. Skälet till förfrågan får heller inte vara att patienten upplever sig som en börda för sina närstående.⁷¹
- *Outhärdligt lidande utan några utsikter till förbättring*
Kommentar: Båda delvillkoren måste vara uppfyllda. Bedömningen av huruvida patientens lidande är outhärdligt bedöms främst subjektivt, dvs. utifrån hur patienten själv upplever sin situation. Trots att sjukdomen i sig inte är akut dödlig, vad gäller t.ex. MS eller Parkinson, kan patientens lidande ändå anses outhärdligt. Bedömningen kan dock också till viss del vara objektiv, eftersom lidandet måste

⁶⁵ Kimsma s 356

⁶⁶ Griffiths et al., s 83

⁶⁷ Griffiths et al., s 106

⁶⁸ Griffiths et al., s 124

⁶⁹ Se kapitel 3.5

⁷⁰ Jämför artikel 2 (1) i 2002 års lag (Bilaga A)

⁷¹ Griffiths et al., s 85ff

anses vara förståeligt för en vanlig läkare. Huruvida det finns utsikter till förbättring avgörs dock rent medicinskt.⁷²

Enligt Schoonheim-fallet (1984) från HD innefattar outhärdligt lidande även ”förlorad värdighet”.⁷³ Enligt fallet Brongersma måste det outhärdliga lidandet bero på en medicinskt klassificerbar sjukdom.⁷⁴

- *Läkaren har informerat patienten om dennes situation och utsikter*
Kommentar: Läkaren ska noggrant informera patienten om dennes sjukdom och prognos, och kommunikationen ska vara omfattande och öppen.⁷⁵
- *Läkaren och patienten är övertygade om att det inte finns något rimligt alternativ i ljuset av patientens situation*
- *Läkaren måste ha konsulterat minst en annan, oberoende, läkare, vilken ska ha träffat patienten och skriftligt givit sitt utlåtande*
Kommentar: Detta ska säkerställa att aktiv eutanasi ges i rätt situationer, att den medicinska bedömningen blir korrekt och att det dessutom alltid finns två läkare som kan redogöra för fallet ifall frågor skulle uppstå. Den andra läkaren måste vara oberoende både i förhållande till den första läkaren och i förhållande till patienten. Det rekommenderas att den andra läkaren är specialutbildad vad gäller eutanasi och att denne konsulteras snart in på utförandet av själva eutanasin (se kapitel 3.5). Om läkaren och konsulten är oense om huruvida kraven på due care är uppfyllda, kan den behandlande läkaren trots detta utföra den aktuella eutanasin, men måste då kunna förklara sitt handlande. Vanligare är dock att läkaren konsulterar ytterligare en kollega för ett andra utlåtande.⁷⁶
- *Den aktiva eutanasin eller det assisterade självmordet utförs av läkaren med tillbörlig medicinsk vård och uppmärksamhet*
Kommentar: Läkaren ska t.ex. vara närvarande under hela eutanasin och den ska utföras med lämpliga läkemedel.⁷⁷
- *Läkaren ska ha rapporterat fallet till patologen.*
Kommentar: Döden ska anmälas som icke-naturlig.⁷⁸

Att läkaren ska föra journal nämns inte uttryckligen i 2002 års lag, men det anses underförstått, då detta är en del av läkarens yrkesutövning.⁷⁹ Ett uttryckligt krav på att läkaren ska tala med patientens närstående finns inte, men det rekommenderas starkt.⁸⁰

Legaliseringen av eutanasi har formen av ett rättfärdigande för en handling som enligt strafflagen annars är uttryckligen olaglig. På grund av detta kan en patient aldrig hävda en *rätt till* eutanasi, utan det är en möjlighet som ges läkare.⁸¹ Många läkare avstår från att utföra aktiv eutanasi, antingen

⁷² Griffiths et al., s 91ff

⁷³ van Tol, Donald, Rietjens, Judith, van der Heide, Agnes, Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners, *Health Policy*, 2010; 97: 166-172, s 167

⁷⁴ Se kapitel 3.4.3 nedan

⁷⁵ Griffiths et al., s 85ff

⁷⁶ Griffiths et al., s 94ff

⁷⁷ Griffiths et al., s 100

⁷⁸ Griffiths et al., s 102

⁷⁹ Griffiths et al., s 101

⁸⁰ Griffiths et al., s 104

⁸¹ van Tol et al., s 166

generellt eller i enskilda fall. Emellertid är varje läkare skyldig att ge patienten korrekt och fullständig information samt att samarbeta för att förflytta patienten till en kollega som kan tänka sig att utföra aktiv eutanasi, ifall önskemål om detta finns från patienten.⁸²

Endast läkare får utföra aktiv eutanasi, och alltså inte sjuksköterskor eller annan sjukvårdspersonal. Det måste alltså alltid vara läkaren som ger patienten den dödliga substansen.⁸³

3.2.4 Livstestamenten

Enligt 2002 års lag kan livstestamenten vara giltiga om patienten var fullt beslutskompetent när detta författades. Patienten kan där detaljerat ange i vilka situationer denne önskar eutanasi. Livstestamenten är dock endast giltiga om samtliga due care-kriterier är uppfyllda då eutanasin aktualiseras. Därför gäller de oftast inte för patienter med svår demens, eftersom sjukdomen i regel inte ensam uppfyller kravet på outhärdligt lidande. Läkaren är ej heller helt bunden av livstestamentet ifall de förutsättningar som detta bygger på förändras, t.ex. om nya medicinska framsteg som påverkar patientens situation görs.⁸⁴

3.3 Passiv eutanasi och palliativ vård

Enligt den nederländska strafflagen är det otillåtet att skada en annan människa och att ta en annan människas liv. Ända sedan strafflagen infördes 1886, och oberoende av 2002 års lag, har ett implicit undantag för läkare ansetts gälla, det medicinska undantaget. Dessa är undantagna under förutsättning att de handlar inom *normal medicinsk yrkesutövning* och om en patient då dör anses döden vara *naturlig*, och dödsfallet får inte några juridiska följder. Definitionen av ”normal medicinsk yrkesutövning” bestäms med ledning av läkarkårens professionella föreskrifter.⁸⁵

Normal medicinsk yrkesutövning kan i vissa fall förväntas förkorta en patients liv. Det kan vara fråga om avstående eller indragning av livsförlängande åtgärder, eftersom en kompetent patient har rätt att neka till vård, även då anledningen till detta är att patienten vill dö. När en läkare ger sin patient livsförkortande doser av smärtlindring skyddas den förstnämnde genom doktrinen om dubbel effekt. Palliativ sövning, dvs. att patienten sövs ner tills denne avlider, eventuellt genom att vätske- och näringstillförsel dras in, ses också som normal medicinsk yrkesutövning. I samtliga dessa fall anses alltså patientens död vara naturlig och läkaren kan inte ställas till ansvar.

⁸² Griffiths et al., s 107

⁸³ Griffiths et al., s 108f

⁸⁴ Janssen, s 265f

⁸⁵ Griffiths et al., s 60f

3.4 Assisterat självmord

3.4.1 Introduktion

Självmord är inte olagligt i Nederländerna. Dock gör en speciell reglering i artikel 294 i strafflagen medhjälp till självmord olagligt.⁸⁶ Som visats ovan är 2002 års lag utformad som ett tillägg till artiklarna 293 och 294 i strafflagen och specialregleringen gäller på samma sätt för läkarassisterat självmord som för aktiv eutanasi.⁸⁷ Lagstiftaren skiljer i huvudsak inte på de båda begreppen, dock med undantag för vissa spörsmål, vilka tas upp i detta kapitel. Vad som framkommit i kapitel 3.2.3 ovan vad gäller due care-regler etc., gäller alltså även för läkarassisterat självmord.

3.4.2 Vid psykisk sjukdom

I Chabot-fallet från 1994 klargjorde HD att patienten inte måste vara i ett sista dödligt stadium av sin sjukdom för att eutanasi ska vara tillåtet. Det behöver ej heller vara fråga om en somatisk sjukdom, utan även psykiskt sjuka patienter som kan ta ett kompetent beslut om att sluta sitt liv kan få eutanasi utan att läkaren straffas. Domstolen slog fast att konsultationen av en oberoende läkare är extra viktig när det är fråga om en patient med en psykisk sjukdom och ibland anses det t.o.m. önskvärt (men inte nödvändigt) att läkaren konsulterar mer än en kollega. Lagen från 2002 ändrar inte på vad som framkommit i rättsfallet. Dock tolkas lagen dessutom så att om sjukdomen är psykisk och inte rent fysisk, är endast läkarassisterat självmord tillåtet. Aktiv eutanasi är alltså inte aktuellt.⁸⁸

Samma due care-regler gäller när det är fråga om en patient med psykisk sjukdom, men i riktlinjerna har vissa punkter betonats extra mycket. Bl.a. är det extra viktigt att läkaren utreder om patientens beslut beror på påtryckningar utifrån, eftersom detta är vanligare i samband med psykisk sjukdom. Patienten ska vara väl informerad om sitt tillstånd och ha en god insikt i sin psykiska sjukdom och de konsekvenser som ett självmord skulle få. Dessutom måste viljan att ta sitt liv ha uttryckts av patienten under flera månader.⁸⁹

Det kan noteras att om en patient med en psykisk sjukdom nekar till en behandling som kan förväntas förbättra patientens tillstånd, har denne inte möjlighet att få läkarassisterat självmord.⁹⁰ Att patienten tidigare genomgått behandling för sin psykiska sjukdom är således en förutsättning.

⁸⁶ Griffiths et al., s 77

⁸⁷ Griffiths et al., s 106

⁸⁸ Griffiths et al., s 113ff

⁸⁹ Griffiths et al., s 116

⁹⁰ Griffiths et al., s 117

3.4.3 Personer utan medicinskt lidande

En läkare kan få en förfrågan om självmordsassistans av en person som inte lider av en medicinsk diagnos, varken fysisk eller psykisk. Det kan vara fråga om en person som varit med om traumatiska upplevelser, är åldrad och ”trött på livet” eller inte lider vid tidpunkten för förfrågan men förväntas göra detta senare i livet, t.ex. efter besked om att personen lider av demens eller liknande.⁹¹

Enligt Brongersma-fallet från 1998 måste det vara fråga om en patient med en medicinskt klassificerbar sjukdom för att aktiv eutanasi och assisterat självmord ska vara tillåtet.⁹² Ex-senatorn Brongersma var 86 år gammal. Hans hälsa hade börjat försämrats och han hade problem med balansen och led av inkontinens, vilket ledde till att han blev alltmer isolerad. Efter att ha talat med sin läkare flertalet gånger om att han var trött på livet och ville avsluta det, hade hans läkare hjälpt honom att begå självmord.⁹³ Läkaren åtalades och HD fällde läkaren eftersom domstolen ansåg att det inte räckte att patienten var ”trött på livet” för att due care-reglerna skulle vara uppfyllda, utan patienten skulle lida av en medicinskt bestämd åkomma.⁹⁴

Liksom i rättsfallet kan en läkare ibland hamna i en intressekonflikt och behöva välja mellan att lindra lidande och att värna om livet, och eutanasi eller assisterat självmord kan då vara en försvarbar lösning. Enligt domstolen kan denna konflikt dock endast uppstå om läkaren handlar inom sin professionella kompetens, och så kan aldrig vara fallet om patienten inte lider av en medicinskt klassificerbar sjukdom. Principerna i Brongersma-fallet har inte uttryckligen kodifierats i 2002 års lag, men bör enligt doktrinen fortfarande tillämpas.⁹⁵

3.4.4 Lekmannaassisterat självmord

I Nederländerna är det endast tillåtet för läkare att assistera vid självmord. Det förekommer dock att ideella organisationer ger information i form av broschyrer eller personlig rådgivning om metoder att ta sitt eget liv. Vid debatter i parlamentet har den allmänna åsikten varit att det inte bör vara olagligt för icke-läkare att informera om självmord. Vissa ideella organisationer erbjuder också volontärer som närvarar när en person begår självmord, och ibland har detta ansetts uppfylla rekvisiten för assisterat självmord enligt artikel 294 i strafflagen. I några fall har volontärer också fällts, men de utdömda straffen har varit milda.⁹⁶

⁹¹ Griffiths et al., s 122f

⁹² Griffiths et al., s 80

⁹³ Griffiths et al., s 35ff

⁹⁴ Cohen-Almagor, Raphael, *Euthanasia in the Netherlands: the policy and practice of mercy killing*, 2004, s 164

⁹⁵ Griffiths et al., s 122f

⁹⁶ Janssen, s 263

3.5 Kontrollsystemet

Det nederländska kontrollsystemet av aktiv eutanasi och läkarassisterat självmord bygger på läkarnas rapportering av dödsfallen som icke naturliga. En patient får begravas om läkaren eller patologen anmäler dödsfallet som naturligt, och då sker inte någon utredning. Om däremot läkaren och patologen anser att dödsfallet varit icke naturligt på grund av eutanasi ska detta anmälas till en av de regionala granskningskommittéerna, vilka regleras i tredje kapitlet i 2002 års lag. Om läkaren anmäler ett fall av aktiv eutanasi eller assisterat självmord som en naturlig död utgör detta ett brott.⁹⁷

De regionala granskningskommittéerna har funnits sedan 1998 men lagfästes först i och med 2002 års lag. Varje kommitté består av en jurist, en läkare och en etiker. De utnämns för sexårsperioder och sammanträder minst två gånger per år.⁹⁸ Om kommittén anser att due care-kraven är uppfyllda i ett anmält fall stannar processen i kommittén, men om fallet är oklart skickas det både till åklagare och till motsvarigheten till Socialstyrelsen.⁹⁹ Kommittéerna har jurisdiktion över dödsfall som faller under 2002 års lag, och saknar därför jurisdiktion när döden anses naturlig, t.ex. vid fall av palliativ sövning. Detsamma gäller om döden anses vara icke-naturlig, men att en förfrågan från en beslutskompetent patient saknas. När jurisdiktion vid ett icke-naturligt dödsfall saknas skickas fallet istället direkt till åklagare utan utredning i kommittén.¹⁰⁰

Om kommittén finner oegentligheter i ett fall kan detta leda till åtal. Det kan t.ex. röra sig om att eutanasin inte berodde på en uttrycklig önskan, att lidandet inte var outhärdligt eller att det fanns förhoppning om förbättring av patientens tillstånd.¹⁰¹ Om läkaren inte stannat hos patienten då eutanasin utfördes eller om läkaren inte konsulterat en oberoende kollega, men eutanasin i övrigt var utförd på ett korrekt sätt, föranleder detta i första hand endast ett allvarligt samtal med den berörda läkaren.¹⁰²

Varje år anmäls cirka 1800 fall av aktiv eutanasi och assisterat självmord till kommittéerna. Mellan åren 1998-2008 ansågs kraven på due care inte vara uppfyllda i totalt 38 fall. Inget av fallen ledde till åtal.¹⁰³ Kommittéerna letar inte heller aktivt efter fall av aktiv eutanasi och assisterat självmord som inte har rapporterats på ett korrekt sätt.¹⁰⁴

⁹⁷ Smets, Tinne, Bilsen, Johan, Cohen, Joachim, Rurup, Mette, De Keyser, Els, Deliens, Luc, The medical practice of euthanasia in Belgium and the Netherlands: Legal notification, control and evaluation procedures, *Health Policy*, 2008; 90: 181-187, s 182

⁹⁸ Janssen s 264

⁹⁹ "Medical Inspectorate", Griffiths et al., s 130

¹⁰⁰ Griffiths et al., s 133

¹⁰¹ Kimsma, s 356

¹⁰² Griffiths et al., s 129

¹⁰³ Kimsma, s 357

¹⁰⁴ Griffiths et al., s 128

Kommittéerna utövar kontroll efter det att eutanasin har utförts. Det finns även speciellt utbildade konsulter som utövar kontroll innan dess. Det så kallade SCEN¹⁰⁵-programmet utbildar läkare som sedan kan fungera som de professionella, oberoende konsulter vilkas utlåtanden utgör ett krav för att samtliga due care-kriterier ska vara uppfyllda.¹⁰⁶

3.6 Attityder och förekomst i landet

I Nederländerna anser 89 % av befolkningen att eutanasi kan vara rättfärdigat i vissa fall och 68 % av läkarna menar att patienter bör ha en bestämmanderätt när det gäller att skynda på den egna döden. Stödet för eutanasi har varit jämförelsevis stort under de trettio år som opinionsmätningar genomförts och det har ökat ännu mer sedan början av 1990-talet.¹⁰⁷

I en studie från 2003 rapporterades det att dödsorsaken hade varit eutanasi i 2,6 % av de undersökta dödsfallen. Motsvarande siffra för läkarassisterat självmord var 0,2 %. Passiv eutanasi förekom i 20 % av dödsfallen.¹⁰⁸

En mycket stor andel av befolkningen i Nederländerna har ett stort förtroende för läkare och är nöjda med sjukvården.¹⁰⁹ Det nederländska läkaresällskapet spelade en stor roll vad gäller legaliseringen av eutanasi, och detta utan att ifrågasätta huruvida det ingick i läkarens roll att hjälpa personer att dö. Att tillåta lekmän att på samma sätt hjälpa personer att dö ansågs dock uteslutet av läkarkåren.¹¹⁰ En betydande andel av teologerna i Nederländerna försvarar aktiv eutanasi.¹¹¹

Det sluttande planet

Ett begrepp som mycket ofta tas upp av motståndare till eutanasi är det sluttande planet (the slippery slope). Med detta menas att förekomsten av eutanasi kommer att öka genom att de kriterier som måste vara uppfyllda vid utförandet av eutanasi sakta men säkert kommer att urholkas. Medborgarnas tolerans kommer att öka och till exempel läkare och jurister kommer efterhand att tolka lagtexten alltmer extensivt. Vissa motståndare menar också att det föreligger en risk för att läkare medvetet missbrukar möjligheten till eutanasi.

Eutanasiförespråkare anser att en risk för något sluttande plan inte föreligger med hänsyn till den kontroll som en legalisering av eutanasi innebär.¹¹²

Även den nederländska regeringen har spelat en stor roll vad gäller utvecklingen av praxis och lagstiftningen rörande eutanasi. Regeringen

¹⁰⁵ Steum en Consultatie Euthanasie Netherlands

¹⁰⁶ Kimsma, s 356f

¹⁰⁷ Griffiths et al., s 485f (metastudie)

¹⁰⁸ van der Heide et al., s 347

¹⁰⁹ Griffiths et al., s 16

¹¹⁰ Bosshard et al., s 29

¹¹¹ Bülow et al. The Worlds major religions' point of view on end-of-life decisions in an intensive care unit, *Intensive Care Med*, 2008; 34: 423-430

¹¹² Keown, John, *Euthanasia, Ethics and Public Policy - An Argument Against Legalisation*, 2002, s 72f

lägger stora resurser på att utreda förekomsten av eutanasi och dessa har visat att rädslan för det sluttande planet har varit obefogad. Statliga utredningar av eutanasi och assisterat självmord från de senaste 15 åren har visat att de höga kraven fortfarande upprätthålls.¹¹³

3.7 Sammanfattning

Självmord är inte olagligt i Nederländerna. Enligt strafflagen är dock assisterat självmord samt aktiv och passiv eutanasi olagligt för allmänheten. För läkare gäller undantagen i 2002 års lag, som innebär att de undgår straff för aktiv eutanasi och assisterat självmord om de så kallade due care-kriterierna är uppfyllda. Passiv eutanasi och palliativ sövning är tillåtet för läkare ifall patienten nekar till vård eller om syftet med en hög dos av smärtlindande medel, som också leder till en tidigare död, är att lindra smärta.

Fall av aktiv eutanasi och assisterat självmord ses som naturliga dödsfall om samtliga due care-kriterier är uppfyllda. Vid passiv eutanasi och palliativ sövning inom sjukvården ses också döden som naturlig.

Livstestamenten är bindande för den behandlande läkaren om alla due care-kriterier är uppfyllda och om de medicinska förutsättningarna inte ändrats sedan testamentet författades, som t.ex. om ett botemedel för en tidigare obotlig och plågsam sjukdom nyligen upptäckts.

Läkare anmäler fall av frivillig, aktiv eutanasi och assisterat självmord till regionala granskningskommittéer, som utövar kontroll över 2002 års lags tillämpningsområde, dvs. för frivillig, aktiv eutanasi och assisterat självmord som utförs av läkare. Allmänheten kan dömas i allmän domstol för brott mot strafflagen.

¹¹³ Kimsma s 356

4 Schweiz

4.1 Inledning

Den schweiziska regleringen av assisterat självmord innebär att detta endast är förbjudet under vissa förutsättningar och regleringen gäller på samma sätt för läkare som för lekmän.¹¹⁴

Ideella organisationer som hjälper människor att ta sina egna liv spelar en stor roll. Speciellt för landet är också att frågan om hjälp till självmord i huvudsak ses som en fråga om mänskliga rättigheter och inte en fråga om sjukvårdssystemet. Det schweiziska regelverket består dels av bestämmelser i strafflagen och dels av föreskrifter inom sjukvården.¹¹⁵

Regleringen har sina rötter i lagstiftningsarbetet från 1918, då det stadgades att självmord inte skulle vara olagligt i ett modernt samhälle. Ofta var det heder och romantik som då ledde till självmord. Självmord på grund av dålig hälsa diskuterades emellertid inte under lagstiftningsarbetet.¹¹⁶

4.2 Aktiv eutanasi

Enligt artikel 114 i den schweiziska strafflagen är det straffbart att döda någon, också på dennes uttryckliga begäran. Frågan om att legalisera aktiv eutanasi har diskuterats sedan 1970-talet men 2001 röstade parlamentet slutligen nej till ett sådant förslag.¹¹⁷ Väckande av åtal och fällande dom för aktiv eutanasi är mycket ovanligt, dels på grund av att få fall kommer till myndigheternas kännedom och dels på grund av den liberala syn som trots allt råder i landet vad gäller eutanasi.¹¹⁸

4.3 Passiv eutanasi och palliativ vård

4.3.1 Passiv eutanasi

Enligt schweizisk rätt är det inte olagligt att underlåta att ge eller att dra in livsuppehållande åtgärder. Enligt sjukvårdens riktlinjer är det t.o.m. explicit tillåtet. Döden anses naturlig i dessa fall, vilket är ett uttryck för synen att det är patientens sjukdom som orsakar döden, inte en läkares eller annan persons handling eller underlåtenhet att handla.

¹¹⁴ Hurst & Mauron, s 271

¹¹⁵ Griffiths et al., s 463f

¹¹⁶ Hurst & Mauron, s 271

¹¹⁷ Hurst & Mauron, s 272

¹¹⁸ Griffiths et al., s 468

Synen att passiv eutanasi är acceptabelt har utvecklats och vuxit sig starkare sedan 1970-talet, då en läkare frikändes från anklagelser om dråp efter att denne avslutat livsuppehållande behandling av allvarligt sjuka patienter. Passiv eutanasi omfattar både att sluta att ge patienten artificiell näring och vätska och att stänga av t.ex. en respirator. Den passiva eutanasin omfattar inte bara slutskedet av ett sjukdomsförlopp, utan en patient kan neka behandling under alla stadier av sjukdomen.

Länge har det också varit tillåtet att dra tillbaka behandlingen av en patient i ett vegetativt tillstånd, förutsatt att det inte finns något hopp om tillfrisknande. Detta rättfärdigas juridiskt genom att patientens presumerade vilja fastställs med hjälp av anhöriga. Ansvar för handlandet eller underlåtenheten ligger dock alltid hos den aktuella läkaren.

Enligt det schweiziska medicinska rådet är det en läkares plikt att lindra smärta och lidande, även om detta kan leda till att patientens liv kortas. Att livet kortas ska dock inte vara syftet med behandlingen, jämför principen om dubbel effekt. Enligt rådet kan distinktionen mellan att ge smärtlindring i syfte att lindra smärta och i syfte att medvetet korta patientens livslängd göras genom att studera den föreskrivna mängden av den givna substansen.¹¹⁹

I Schweiz är det ovanligt med livstestamenten och de få som skrivs har endast en begränsad betydelse. Enligt schweiziska myndigheter utgör livstestamenten patientens presumerade vilja, under förutsättning att de är tillämpliga med hänsyn till omständigheterna i det aktuella fallet och att inget talar för att den vilja som uttrycks av patienten i dokumentet nu har ändrats.¹²⁰

4.3.2 Palliativ vård

Någon egentlig reglering av palliativ sövning finns inte. Det medicinska rådet menar att sådan sövning ibland kan vara nödvändig, men att förfarandet endast bör användas när det är nödvändigt för att lindra patientens symptom.¹²¹

4.4 Assisterat självmord

4.4.1 Regleringen

Självmord är inte olagligt i Schweiz. Om en person avlider efter ett assisterat självmord anses detta däremot vara en onaturlig död som ska anmälas till myndigheterna för vidare utredning. Enligt artikel 115 i den

¹¹⁹ Griffiths et al., s 467

¹²⁰ Griffiths et al., s 465f

¹²¹ Griffiths et al., s 468

schweiziska strafflagen är assisterat självmord olagligt, men endast om den person som assisterar har haft ett ”själviskt motiv”.¹²²

Ifall någon ska kunna straffas för att ha assisterat vid ett självmord måste fyra rekvisit vara uppfyllda: (1) en första person har begått självmord eller försök till självmord, (2) en andra person har uppmuntrat till eller hjälpt till vid självmordet, (3) den andra personen har haft själviska motiv och (4) den andra personen agerade med uppsåt.¹²³

Med själviska motiv menas att den andra personen agerar för att tillgodose sina egna behov. Det kan t.ex. vara fråga om att denne vill ha ut ett arv eller planerar att gifta sig med den avlidnes maka eller make.¹²⁴

Artikel 115 har haft samma lydelse sedan 1942 och den gäller generellt, dvs. både för läkare och för lekmän. Artikeln gäller oavsett om den person som vill ta sitt liv är sjuk eller ej, men innehåller ett implicit rekvisit att personen ifråga ska vara beslutskompetent.¹²⁵ Regleringen bygger på grundsynen att individen själv har rätt att bestämma över sitt liv och sin död.¹²⁶

Artikel 115 möjliggör endast för en medhjälpare till självmord att undgå straff för en handling som annars skulle utgöra ett brott. Artikeln ger dock inte individer en rätt att få assistans till självmord. En person som bor hemma kan fritt kontakta potentiella medhjälpare med förfrågningar. Det råder dock en viss oklarhet huruvida sjukhus och vårdhem måste acceptera att inlagda patienter får hjälp med att begå självmord under den tid då de är inlagda.¹²⁷

4.4.2 De ideella organisationerna

Tolkningen av artikel 115 har öppnat upp för startandet och drivandet av ideella organisationer med syfte att hjälpa personer som vill ta sitt eget liv. De första bildades 1982: Exit Deutsche Schweiz, för den tyskspråkiga delen av landet, och Exit ADMD¹²⁸, för den franskspråkiga. Totalt finns nu fyra organisationer av det aktuella slaget. De andra heter Dignitas och Exit International och de hjälper, till skillnad från de två förstnämnda organisationerna, även utländska medborgare att ta sitt eget liv.¹²⁹ Organisationerna drev tidigt en linje att inte försöka legalisera aktiv eutanasi, utan enbart att tillämpa de liberala regler som gäller för assisterat självmord.¹³⁰ Organisationerna och deras frivilliga assisterar genom att de bedömer vilka individer som anses uppfylla deras respektive krav för att

¹²² Bosshard et al., s 29

¹²³ Guillod, Olivier, Schmidt, Aline, Assisted suicide under Swiss law, *European Journal of Health Law*, 2005; 12: 25-38, s 29

¹²⁴ Guillod & Schmidt, s 30

¹²⁵ Hurst & Mauron s 271

¹²⁶ Griffiths et al., s 473

¹²⁷ Guillod & Schmidt, s 31

¹²⁸ Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

¹²⁹ Griffiths et al., s 476f

¹³⁰ Griffiths et al., s 472

beviljas hjälp (dålig prognos, outhärdligt lidande, funktionshinder etc.), för att sedan bistå personen med att inta den dödliga substansen, pentobarbital.¹³¹

Substansen ges ofta oralt och patienten måste svälja den själv. När detta inte är möjligt på grund av patientens tillstånd, kan substansen även ges intravenöst med dropp. En frivillig från organisationen tillsätter då substansen till påsen med dropp men patienten måste sedan, under överinseende av ett vittne, själv öppna kranen på droppet.¹³²

Det är schweiziska läkare som efter förfrågan från den enskilde kan skriva ut den substans som organisationerna använder sig av vid assisterade självmord. Enligt praxis är ett sådant utskrivande inte oförenligt med läkarrollen, men läkaren måste genom en utredning försäkra sig om att patienten är beslutskompetent.¹³³ Enligt sjukvårdens riktlinjer ska en enskild läkares beslut att skriva ut dödliga substanser till och assistera vid självmord alltid respekteras av resten av yrkeskåren.¹³⁴

Sedan 1999 gäller enligt praxis att läkare bara får assistera om patienten är i ett tillstånd som otvivelaktigt leder till döden.¹³⁵ Definitionen av detta har dock varit något oklar men efter en dom från den federala högsta domstolen från 2006 anses också psykiska sjukdomar kunna omfattas, förutsatt att sjukdomen är obotlig, permanent och allvarlig samt att viljan att ta sitt liv inte i sig är ett uttryck för en psykisk sjukdom som går att bota.¹³⁶

När en läkare skrivit ut en dos pentobarbital till en patient förvaras substansen av den ideella organisationen till dess att den ska intas av patienten. Om patienten försämras och förlorar sin beslutskompetens mellan utskrivandet och det planerade intagandet får organisationerna enligt sina egna föreskrifter inte längre assistera patienten.¹³⁷

4.5 Kontrollsystemet

För brott mot artikel 114 och 115 i den schweiziska strafflagen förs talan i schweizisk domstol. Eftersom det inte finns en speciell reglering av eutanasi och assisterat självmord inom hälso- och sjukvården aktualiseras inte, på samma sätt som i andra kapitel, det kontrollsystem som gäller för denna.

För att driva en ideell organisation som assisterar vid självmord krävs inte någon licens och organisationerna är inte heller särskilt reglerade genom föreskrifter eller liknande. De förutsågs inte under lagstiftningsarbetet och

¹³¹ Griffiths et al., s 474f

¹³² Griffiths et al., s 479

¹³³ Griffiths et al., s 472f

¹³⁴ Bosshard et al., s 30

¹³⁵ Griffiths et al., s 472f

¹³⁶ Schweizerisches Bundesgericht, Entscheid 2A, 4812006, i Griffiths et al. s 473.

¹³⁷ Griffiths et al., s 475

om staten skulle reglera dess förekomst menar vissa att detta skulle vara att likställa med ett erkännande av organisationerna.¹³⁸

4.6 Attityder och förekomst i landet

82 % av den schweiziska befolkningen och 56 % av de schweiziska läkarna är positiva till aktiv eutanasi.¹³⁹

Enligt en undersökning hade passiv eutanasi förekommit i 22 % av alla dödsfall i landet. I nästan fyra av fem av dessa fall är patienten själv med och tar beslutet att inte sätta in eller att upphöra med livsuppehållande behandling.¹⁴⁰ I en studie från 2003 framkom att eutanasi och läkarassisterat självmord förekom i 0,3 % respektive 0,4 % av de undersökta dödsfallen.¹⁴¹

Enligt en av de ideella organisationerna görs varje år totalt ca 1800 förfrågningar om assisterat självmord, varav cirka 300 beviljas. Resterande 1500 får antingen avslag på sin förfrågan eller avlider på ett annat sätt innan deras förfrågan behandlats av någon organisationerna.¹⁴²

4.7 Sammanfattning

Aktiv eutanasi är olagligt enligt artikel 114 i strafflagen. Självmord är tillåtet och assisterat självmord är lagligt enligt artikel 115, såvida medhjälparen inte har själviska motiv. För brott enligt bestämmelserna förs talan i allmän domstol.

Artikel 115 har öppnat upp möjligheten för ideella organisationer att hjälpa personer att ta sina liv, förutsatt att de sistnämnda uppfyller vissa bestämda kriterier.

Passiv eutanasi är tillåtet inom sjukvården om patienten nekar till vård. Det är också tillåtet att dra in livsuppehållande åtgärder i vissa fall och att orsaka en något tidigare död om syftet med behandlingen är att lindra lidande. Palliativ vård är tillåtet men palliativ sövning ska bara ske om det är absolut nödvändigt. Livstestamenten är ovanliga och utgör endast patientens presumerade vilja.

¹³⁸ Guillod & Schmidt, s 31

¹³⁹ Griffiths et al., s 469

¹⁴⁰ Griffiths et al., s 470

¹⁴¹ van det Heide et al., s 347

¹⁴² Hurst & Mauron, s 272

5 Italien

5.1 Inledning

Italien är konservativt vad gäller eutanasi och assisterat självmord. Katolska kyrkan har ett stort inflytande över debatten, och regleringen av frågan är varken utvecklad eller tydlig. När det gäller att inom medicinen förkorta en patients liv bröt dock Welby-fallet isen.

Katolska kyrkans ståndpunkt

Katolska kyrkans inflytande i Italien har minskat de senaste årtiondena, men anses fortfarande vara en stor moralisk auktoritet. Doktrinen om livets helgd är inte den allenarådande, men nämns alltid i debatten om hur livets slut bör se ut.¹⁴³

Enligt kyrkan är självmord och dödande en dödssynd. Den tolkar det femte budordet så att ingen människa har rätt att välja dödsögonblicket för sig själv eller för någon annan, utan valet av tidpunkt för detta ligger i Guds händer. Den medicinska utvecklingen har dock inneburit svårigheter att avgöra när det är fråga om att förkorta livet eller att skjuta upp döden. På 1950-talet förtydligade kyrkan sin ståndpunkt genom att säga att doktrinen om dubbel effekt ger att det kan vara acceptabelt att ge så höga doser av smärtstillande att detta kan förkorta patientens liv, ifall patienten lider av en obotlig sjukdom eller våldsam smärta. Avstående från livsuppehållande behandling ansågs tillåtet om "själen redan har lämnat kroppen".

På 1980-talet ersattes dessa regler dock av mycket mer konservativa sådana av påve Johannes Paulus II och livets helgd tolkas numera mer vidsträckt. Doktrinen om dubbel effekt är fortfarande accepterad, men möjligheterna till att dra in livsuppehållande behandling har gjorts mycket små, eftersom patienten måste vara mycket nära döden, och nekande till behandling likställs med självmord. "Normal vård" kan aldrig dras in, och i detta begrepp innefattas artificiell näring och vätska.¹⁴⁴

5.2 Aktiv eutanasi

Enligt artikel 579 i den italienska strafflagen är det förbjudet att döda någon på dennes begäran och detta kan ge fängelsestraff på 6-15 år. Enligt artikel 17 i den medicinsk-etiska koden¹⁴⁵ är behandling som syftar till att orsaka döden förbjuden.¹⁴⁶ Tre fall av dödande på begäran har uppmärksammats i Italien. I inget av dessa var en läkare inblandad.

5.2.1 Vastalegna-fallet

En man hade 1951 givit sin fästmo dödliga droger efter hennes upprepade begäran att få dö, då hon led av en allvarlig och plågsam sjukdom. Efter

¹⁴³ Griffiths et al., s 397

¹⁴⁴ Bülow, Sprung, Reinhart, Prayag, Du, Armaganidis, Abroug, Levy, The World's major religions' point of view on end-of-life decisions in an intensive care unit, *Intensive Care Med*, 2008;34: 423-430, s 424

¹⁴⁵ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici 2006.

¹⁴⁶ Griffiths et al., s 415

detta hade han skurit handlederna både av henne och av sig själv för att de skulle kunna dö tillsammans. Kvinnan dog men mannen tillfrisknade och dömdes för dråp till fängelse i två år och åtta månader. Det ansågs klart att kvinnans önskemål att få dö hade varit medvetet och att hon hade varit beslutskompetent. HD menade att dödande är förbjudet enligt italiensk lag, oavsett samtycke från offret och trots att hon hursomhelst inte skulle ha haft långt kvar att leva. Straffet blev dock lindrigt eftersom domstolen ansåg att mannens motiv hade varit att förkorta sin fästmörs lidande.¹⁴⁷

5.2.2 Papini-fallet

En man sköt 1981 sin sovande 19-årige systerson, som led av vattenskalle. Systersonen hade blivit övergiven av sin mor, kunde inte gå, var utvecklingsstörd och hade talsvårigheter. Morbrodern hade ägnat all sin tid åt att ta hand om honom. På senare år hade systersonen blivit alltmer aggressiv och våldsam, och vägrade äta eftersom han ville dö. Mannen dömdes för dråp av samtyckande person till fängelse i fyra år och två månader. Rätten bortsåg från flera experter som hade bedömt systersonen som icke beslutskompetent, och bedömde att hans önskan att dö hade varit medveten och långvarig.¹⁴⁸

5.2.3 Forzatti-fallet

En kvinna låg inlagd på sjukhus i djup koma efter en hjärnblödning och hon var beroende av respirator. 1998 stängde hennes make av respiratorn och vapenhotade samtidigt sjukvårdspersonalen. Kvinnan dog och mannen menade under senare förhör att hans handling varit medveten, planerad och baserad på hans och hans hustrus åsikter om vad ett liv värt att leva är. Fallet togs aldrig upp i HD, men i andra instans frikändes mannen från dråpanklagelserna. Rätten ansåg att kvinnan hade varit i ett så dåligt tillstånd att hon skulle dö inom en snar framtid och att det inte gick att klarlägga om hon varit hjärndöd vid tiden för indragandet av behandlingen. Mannen dömdes dock till fängelse i ett år och fem månader för olaga vapeninnehav och för att ha hotat personalen.¹⁴⁹

5.3 Passiv eutanasi och palliativ vård

Enligt artikel 32 (2) i den italienska konstitutionen har en patient rätt att avstå från medicinsk behandling. Denna grundlagsstadgade regel från 1940-talet kom dock inte att respekteras inom sjukvården förrän på 1990-talet, då regeln också infördes i den medicinsk-etiska koden.¹⁵⁰ Ett antal italienska

¹⁴⁷ Högsta domstolen, första straffrättskammaren, 18 november 1954. *Foro Italiano*, 1955, II, 151, i Griffiths et al., s 416f

¹⁴⁸ Brottsmålsdomstolen i Rom, 10 december 1983. *Foro Italiano* 1985, II, 489, i Griffiths et al., s 417f

¹⁴⁹ Brottsmålsdomstolens andra instans i Milano, första avdelningen, 24 april 2002, fn23. *Foro Italiano* 2003, II: 87, i Griffiths et al., s 419

¹⁵⁰ Griffiths et al., s 399

fall rör situationen att en patient nekar till en behandling som annars hade kunnat förlänga dennes liv.¹⁵¹

5.3.1 Fallet Maria

Maria var 62 år och led av svår diabetes, vilken hade skötts dåligt. När hon i januari 2004 lades in på sjukhus kom läkarna fram till att de var tvungna att amputera hennes ena fot för att rädda hennes liv. Läkarna förklarade för Maria att hon utan amputation skulle dö inom några dagar, men hon nekade trots det till behandling. Efter en psykiatrisk undersökning ansågs hon beslutskompetent och fullt medveten om konsekvenserna av sitt val. Sjukhusets etiska kommitté menade därför att hennes önskan skulle respekteras. Marias fall vållade stor debatt i media och flera hävdade att det fanns en laglig möjlighet för läkarna att tvångsvårda henne enligt en regel om tvångsvårdande av patienter som annars kan utgöra en fara för sin omgivning, t.ex. i samband med vissa psykiska sjukdomar. Efter några dagars turbulens gjordes det dock klart i media att denna möjlighet aldrig kunde gälla vård av en fullt beslutskompetent patient. Marias vilja att inte behandlas respekterades och hon dog kort därefter.¹⁵² Fallet illustrerar på ett tydligt sätt att en beslutskompetent patient själv har rätt att bestämma över sin vård.

5.3.2 Welby-fallet

Welby led av muskelförtvining och från 1997 hade han varit beroende av en respirator. Han var nästan helt förlamad och sondmatades. Welby skrev 2006 ett öppet brev där han krävde att få dö, och den allmänna debatten tog fart. Welbys tillstånd försämrades men hans läkare nekade till att dra in behandlingen, dvs. respiratorn, och hälsoministern begärde ett utlåtande av hälsorådet¹⁵³. Detta ansåg att Welbys behandling inte var meningslös, då hans död inte var nära förestående, den konstgjorda andningen förbättrade hans livskvalitet samt att denna var att se som normal vård och kunde därför inte dras in. Detta stämde väl överens med Katolska kyrkans ståndpunkt i frågan.

Tribunalen i Rom¹⁵⁴ biföll inte heller Welbys önskan om att få sin behandling indragen. Han fick dock hjälp av en frivillig läkare som efter långa samtal stängde av respiratorn och gav Welby en godkänd dos smärtstillande, vilket ledde till hans död. Den politiska och mediala debatten tog än en gång fart. Läkaren hävdade i en senare presskonferens att det inte varit fråga om eutanasi, eftersom en dödlig drog inte hade injicerats, utan om att en kompetent patient hade nekat till livsuppehållande behandling. Både läkarkollegiet och åklagare höll med läkaren om detta och hans handlande ledde varken till indragen legitimation eller till åtal. En domare menade att en patient som Welby har rätt att neka till behandling och läkare

¹⁵¹ Då inget av dem avgjorts i domstol saknas rättsfallsnummer.

¹⁵² Griffiths et al., s 400f

¹⁵³ Consiglio Superiore di Sanita

¹⁵⁴ Tribunalen i Rom, 16 december 2006, *Giurisprudenza di merito* 2007:996.

har då en motsvarande skyldighet att tillgodose dessa önskemål.¹⁵⁵ Katolska kyrkan var splittrad i frågan och nekade Welby en kristen begravning, trots familjens uttryckliga önskemål om detta.¹⁵⁶

Fallet ger att rätten till nekande av behandling också gäller för livsuppehållande åtgärder och definierade vad medicinsk meningslöshet innebär.

5.3.3 Medicinskt meningslös behandling

Enligt Katolska kyrkan är den enda godtagbara anledningen till att avstå från eller att dra in livsuppehållande åtgärder att behandlingen är medicinskt meningslös. Läkare och media refererar ofta till begreppet och förutsätter också ofta att det är juridiskt etablerat.

Artikel 16 i den medicinsk-etiska koden förbjuder behandling som är meningslös, dvs. när behandlingen inte ger några hälsomässiga fördelar eller förbättrar livskvaliteten. Enligt artikel 39 paragraf 1 ska behandlingen syfta till att bevara livskvaliteten och den personliga värdigheten om patienten lider av en dödlig sjukdom eller prognos. Då patienten inte är vid medvetande ska enligt artikel 39 (2) livsuppehållande behandling ges så länge den kan anses ha en rimlig nytta.

Praxis har dock visat att definitionen av ”meningslös” är mycket snäv. I Welby-fallet ansågs inte konstgjord andning vara meningslös. I ett annat fall, Englero-fallet, ansågs konstgjord näring till en patient som varit i ett vegetativt tillstånd i 21 år fortfarande vara medicinskt meningsfull. Den snäva tolkningen gör läget oklart för läkare och anhöriga.¹⁵⁷

5.3.4 Palliativ sövning

Den palliativa vården har förbättrats avsevärt i Italien under de senaste 10 åren, men kvaliteten skiljer sig åt i olika delar av landet. Undersökningar har visat att palliativ sövning är jämförelsevis vanligt i Italien, främst vad gäller äldre patienter, men att det är mycket ovanligt att sövningen kombineras med indragandet av närings- och vätsketillförsel. Detta är i enlighet med Katolska kyrkans uttalanden vad gäller vård i livets slutskede.¹⁵⁸

5.3.5 Livstestamenten

Den nationella bioetiska kommittén utfärdade 2003 råd vad gäller livstestamenten som innebär ett nekande till behandling. Kommittén menade att italiensk lag inte uppställer några hinder för dessa, inte ens när patienten ej längre är beslutskompetent. De menade dock att livstestamenten inte bör vara bindande, utan att läkaren alltid ska ha det sista ordet, med hänsyn till

¹⁵⁵ Tribunalen i Rom, 22 oktober 2007. *Bioteca* 2007(3):5.

¹⁵⁶ Griffiths et al., s 401ff

¹⁵⁷ Griffiths et al., s 414

¹⁵⁸ Griffiths et al., s 413f

sin professionella autonomi. Om läkaren handlar på ett annat sätt än det som uttryckts av patienten i livstestamentet, bör dock läkaren ange skälen till detta i patientens journal. Kommittén var dock oenig om huruvida en patient ska kunna neka till konstgjord närings- och vätsketillförsel i ett livstestamente.¹⁵⁹

5.4 Assisterat självmord

Självmord är inte olagligt i Italien. Enligt artikel 580 i den italienska strafflagen är det förbjudet att medverka till självmord och brottet kan ge 5-12 års fängelse. Enligt artikel 17 i den medicinsk-etiska koden är behandling som syftar till att orsaka döden förbjuden.¹⁶⁰ Således är assisterat självmord olagligt i Italien för alla, både läkare och lekmän.

5.5 Kontrollsystemet

För läkare gäller den medicinsk-etiska koden och för handlande i strid mot denna kan läkaren få en varning eller få sin läkarlegitimation indragen temporärt eller permanent. Lokala läkarkollegier dömer i fall av misstänkta brott mot koden och deras beslut kan överklagas, först till en central kommission¹⁶¹ och sist till HD.¹⁶²

Läkare har en skyldighet att rapportera till rättsläkare om de misstänker att en persons död beror på att ett brott har begåtts. Om rättsläkaren vid obduktionen kommer fram till samma slutsats anmäls fallet till åklagare, men anses döden vara naturlig kan begravning ske. Ifall läkaren inte rapporterar på ett korrekt sätt gör denne sig skyldig till brott. I regel finns en skyldighet för åklagare att åtala när de får kännedom om brott. Undersökningar har dock visat att så inte alltid är fallet. Det är därför möjligt att fall av eutanasi och liknande förfaranden inte leder till åtal.¹⁶³

5.6 Attityder och förekomst i landet

I Italien anser nästan hälften av befolkningen (47 %) att eutanasi aldrig kan vara rättfärdigat. Den negativa inställningen till eutanasi har inte ändrats nämnvärt under de senaste 30 åren. Dock anser 37 % av läkarna att en patient själv ska kunna påverka om dennes död ska påskyndas eller ej.¹⁶⁴

I den i tidigare kapitel nämnda studien från 2003 framkom i princip inte något fall av vare sig aktiv eutanasi eller assisterat självmord. Passiv eutanasi hade dock förekommit i 19 % av fallen.¹⁶⁵

¹⁵⁹ Griffiths et al., s 408

¹⁶⁰ Griffiths et al., s 415

¹⁶¹ Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie

¹⁶² Griffiths et al., s 422

¹⁶³ Griffiths et al., s 421

¹⁶⁴ Griffiths et al., s 485f (metastudie)

¹⁶⁵ van der Heide et al. s 347

5.7 Sammanfattning

I Italien är självmord inte olagligt. Däremot är aktiv eutanasi och assisterat självmord förbjudet enligt artikel 579 respektive 580 i strafflagen, vilket också visats i flera rättsfall. Talan mot brott väcks i allmän domstol.

Passiv eutanasi är endast tillåtet under vissa snäva förutsättningar. Enligt konstitutionen har patienter rätt att neka till behandling. Detta gäller även om behandlingen är livsuppehållande, under förutsättning att patienten är beslutskompetent. Det är dock oklart huruvida livstestamenten med ett nekande till livsuppehållande behandling ska vara rådgivande för den behandlande läkaren. Patienter ska inte ges en behandling som är medicinskt meningslös. Palliativ sövning med indragande av närings- och vätsketillförsel är ovanligt.

Om en läkare bryter mot sjukvårdens föreskrifter kan denne bli föremål för disciplinåtgärder. Om brott misstänks i samband med ett dödsfall har läkare en skyldighet att anmäla detta till rättsläkare.

6 Europadomstolens praxis

6.1 Europakonventionen

Enligt 2 kap 23 § RF får svensk lag inte meddelas i strid med Europakonventionen för mänskliga rättigheter (EKMR). Sverige är alltså bundet av konventionen. Motsvarande bestämmelser finns i Nederländerna, Schweiz och Italien, som binder även dessa länder.

I EKMR regleras rätten till liv i artikel 2 och skyddet mot omänsklig och förnedrande behandling i artikel 3. Alla personer ska tillförsäkras dessa rättigheter utan diskriminering.¹⁶⁶ I ett rättsfall från Europadomstolen aktualiseras frågan om eutanasi och assisterat självmord.¹⁶⁷

6.2 Fallet Pretty

Mrs Pretty var en kvinna i tidig medelålder och hon led av en nervsjukdom som gör att musklerna förtvinar (MND). Döden inträffar när personen inte längre kan andas och hjärtat slutligen upphör att slå.

Enligt engelsk rätt är det inte ett brott att begå självmord, men att assistera någon i detta är kriminaliserat. Pretty ville inte leva längre och önskade att hennes man skulle hjälpa henne att ta sitt liv. Hon ansökte till brittiska myndigheter om att hennes man skulle försäkras om att undgå straff när han hjälpt henne att begå självmord. Begäran avslogs dock i alla instanser och fallet togs slutligen till Europadomstolen. Pretty menade att Storbritannien hade kränkt hennes rättigheter enligt EKMR i och med avslaget av hennes ansökan om framtida straffunderlåtelse för maken om han assisterade vid hennes självmord.

Artikel 2 EKMR slår fast medborgarnas rätt till liv. Pretty menade att denna skulle tolkas så att den syftade på den enskildes rätt att bestämma över sitt eget liv och också rätt att få assistans att dö, om detta var den enskildes önskan. Europadomstolen slog dock fast att artikel 2 endast innefattade rätten till liv, och således inte dess motsats – rätten att få dö. Tillåtande av medhjälp till självmord enligt engelsk rätt skulle vara att kränka denna rätt till liv.

I andra hand menade Pretty att det innebar tortyr enligt artikel 3 EKMR att de brittiska myndigheterna tvingade henne att hålla sig vid liv. Artikeln innefattar ett förbud för staten att utsätta medborgarna för omänsklig och förnedrande behandling, men också en skyldighet att ingripa för att skydda individer från en sådan behandling. Pretty menade att staten var skyldig att skydda henne från det lidande som hon skulle tvingas genomgå om de inte

¹⁶⁶ Rynning, s 87

¹⁶⁷ Pretty v. United Kingdom, application no. 2346/02

tillät hennes man att ta hennes liv. Europadomstolen menade dock att naturliga sjukdomar inte faller in under artikel 3 och att Storbritannien givit Pretty adekvat vård. Således kunde agerandet inte betraktas som omänsklig och förnedrande behandling.

Domstolen fann inte heller att statens handlande föll in under artikel 8 om skyddet för privatlivet, artikel 9 om yttrandefriheten eller artikel 14 om förbud mot diskriminering.

Mrs Pretty hade således inte rätt att ta sitt liv med hjälp av någon annan. Pretty menade att vissa stater bryter mot artikel 2 då de tillåter assisterat självmord eller aktiv eutanasi. Domstolen tog inte ställning i frågan då talan inte rörde detta.

Frågan kvarstår alltså om de stater som tillåter eutanasi eller assisterat självmord, i den här framställningen Nederländerna, Schweiz och Sverige, genom detta bryter mot EKMR. Det är fortfarande möjligt, trots den nu behandlade domen, att domstolen anser att eutanasi och assisterat självmord är acceptabelt.¹⁶⁸ Svar på frågan kan fås först ifall talan om detta väcks i Europadomstolen.

¹⁶⁸ Sanderson, M., *Pretty v. United Kingdom* App No. 2346/02, *The American Journal of International Law*, 2002; 96: 943-949, s 947

7 Analys

7.1 Komparation

7.1.1 De jämförda länderna

	Sverige	Nederländerna
Aktiv eutanasi	Olagligt, brott enl. BrB 3:1 eller 2. Samtycke ej av betydelse enl. BrB 24:7	Lekmän: olagligt enl. artikel 293 i strafflagen Sjukvården: tillåtet endast för <i>läkare</i> och endast om alla due care-kriterier är uppfyllda enl. 2002 års lag. Måste vara med. klassificerbart lidande (praxis) <i>Icke-naturlig död</i>
Passiv eutanasi	Lekmän: Huvudregel: tillåtet, underlåtenhet att rädda straffas ej. Undantag för garanter, vilka måste handla. Sjukvården: ska vårda enl. PSL och föreskrifter. Kan undgå ansvar om personen handlat i nöd enl. 24:4 BrB. Passiv eutanasi dock tillåtet enl. föreskrifter då: - behandling är medicinskt meningslös - kortat liv ej är syftet med behandlingen (principen om dubbel effekt)	Lekmän: olagligt enl. strafflagen Sjukvården: tillåtet endast för <i>läkare</i> och endast om de handlar inom normal medicinsk yrkesutövning, dvs. t.ex. då: - patienten nekar till vård - kortat liv ej är syftet med behandlingen (principen om dubbel effekt) <i>Naturlig död</i>
Palliativ vård	Ja, anses viktigt. Palliativ sövning är tillåtet då döden är nära	Ja, även palliativ sövning. <i>Naturlig död</i>
Livs-testamenten	Ja. Vård ges i samråd med patienten enl. PSL 6:7. Livstestamentet är ej bindande, men är del av läkarens beslutsunderlag	Ja. Läkaren är bunden ifall alla due care-kriterier är uppfyllda och om de medicinska förutsättningarna inte förändrats
Själv-mord	Ej olagligt	Ej olagligt
Assisterat självmord	Lekmän: tillåtet då självmord ej är olagligt. Dock svår gränsdragning mellan medhjälp och gärningsmannaskap, se praxis. Sjukvården: tillåtet enl. BrB, dock otillåtet enl. egna föreskrifter: disciplinätgård om läkare skriver ut substans för att hjälpa vid självmord	Lekmän: olagligt enl. artikel 295 i strafflagen. Ideella föreningar får endast ge information. Sjukvården: tillåtet endast för <i>läkare</i> och endast om alla due care-kriterier är uppfyllda enl. 2002 års lag. Tillåtet även då patienten är psykiskt sjuk. Måste vara medicinskt klassificerbart lidande (praxis) <i>Icke-naturlig död</i>
Kontroll-systemet	Lekmän: allmän domstol Sjukvården: Socialstyrelsen och HSAN utreder och vidtar disciplinätgård. Allmän domstol vid allvarliga brott	Lekmän: allmän domstol Sjukvården: läkare anmäler icke-naturliga dödsfall enl. 2002 års lag till granskningskommitté, som kan vidta disciplinätgård

	Schweiz	Italien
Aktiv eutanasi	Olagligt enl. artikel 114 i strafflagen	Olagligt enl. artikel 579 i strafflagen, se praxis
Passiv eutanasi	Lekmän: ej tillåtet Sjukvården: uttryckligen tillåtet. T.ex. - patienten nekar till vård - kortat liv ej är syftet med behandlingen (principen om dubbel effekt) - dra in livsuppehållande åtgärder <i>Naturlig död</i>	Lekmän: - Sjukvården: tillåtet under vissa snäva förutsättningar. Enl. artikel 32(2) i konstitutionen har en patient rätt att neka till behandling. Detta ska respekteras om patienten är beslutskompetent (fallet Maria), även om det gäller avstående från livsuppehållande åtgärder (Welby-fallet). Meningslös behandling ska inte ges
Palliativ vård	Ja. Palliativ sövning dock endast om det är nödvändigt	Ja. Palliativ sövning med indragande av närings- och vätsketillförsel är dock ovanligt
Livs-testamenten	Ja, men ovanliga. Begränsad betydelse: utgör patientens presumerade vilja om förutsättningarna inte ändrats	Ja, men endast rådgivande. Oklart om ett livstestamente med ett avstående från livsuppehållande åtgärder har någon verkan
Själv-mord	Ej olagligt	Ej olagligt
Assisterat självmord	Olagligt endast om den som assisterat haft själviska motiv enl. artikel 115 i strafflagen. Icke vinstdrivande organisationer assisterar vid självmord om vissa förutsättningar är uppfyllda. Läkare ansvarar för att skriva ut substanser för ändamålet	Lekmän: olagligt enl. artikel 580 i strafflagen. Sjukvården: olagligt enl. artikel 580 i strafflagen. Dessutom otillåtet enl den medicinsk-etiska koden att behandla i syfte att orsaka döden
Kontroll-systemet	Allmän domstol. En speciell reglering av de icke vinstdrivande organisationerna finns ej	Lekmän: allmän domstol Sjukvården: läkare har skyldighet att rapportera dödsfall till rättsläkare om brott misstänks. Disciplinåtgärder enl. regler i den medicinsk-etiska koden

7.1.2 Kommentarer

7.1.2.1 Aktiv eutanasi

Av de jämförda länderna är aktiv eutanasi endast tillåtet i Nederländerna och då endast för läkare, förutsatt att de så kallade due care-kriterierna i 2002 års lag är uppfyllda. Aktiv eutanasi är inte tillåtet för lekmän i något av de behandlade länderna. Att avsluta någons liv utan dennes uttryckliga begäran är också olagligt i samtliga länder.

7.1.2.2 Passiv eutanasi

Passiv eutanasi är inte tillåtet för lekmän i Nederländerna, Schweiz och, sannolikt, i Italien. Viss osäkerhet råder dock angående dessa uppgifter eftersom lagrum inte stått att finna då litteraturen har varit helt inriktad på passiv eutanasi inom sjukvården.

I Sverige är emellertid passiv eutanasi inte olagligt för lekmän eftersom det svenska straffrättsystemet bygger på att underlåtenhet att handla endast kan bestraffas i undantagsfall.

Passiv eutanasi inom sjukvården är tillåtet i samtliga av de undersökta länderna. I vilka situationer som det är tillåtet att underlåta att vidta åtgärder med följden att en patient dör, bestäms av de regelverk som gäller för sjukvården i respektive land. Framställningen har visat att doktrinen om dubbel effekt är viktig i samtliga länder. Det har framkommit att i Sverige och Italien ska behandling som är medicinskt meningslös inte ges, och det kan antas att motsvarande reglering finns även i Nederländerna och Schweiz. I Nederländerna ska en patient som nekar till vård inte behandlas, och samma rätt gäller för patienter i Italien enligt den italienska konstitutionen. En liknande reglering torde finnas i Sverige och Schweiz. I länderna är det tillåtet att under vissa förutsättningar dra in livsuppehållande åtgärder. De här uppräknade situationerna då passiv eutanasi är tillåtet är inte uttömmande och många likheter finns mellan de jämförda länderna.

7.1.2.3 Palliativ vård

Palliativ vård är inte kontroversiellt och förekommer i samtliga jämförda länder. I Sverige är palliativ sövning helt accepterat. I Nederländerna och i Schweiz är denna form av smärtlindring mer reglerad och kontrollerad. Palliativ sövning som kombineras med ett indragande av närings- och vätsketillförsel är i teorin tillåtet i alla länder, men är mycket ovanligt i Italien och får bara användas om det är nödvändigt i Schweiz. I Sverige är det tillåtet endast om patientens död är nära.

7.1.2.4 Livstestamenten

I alla undersökta länder kan livstestamenten förekomma, men endast i Nederländerna kan behandlande läkare bli bundna av dem. Så är fallet om alla due care-kriterier är uppfyllda och de relevanta medicinska förutsättningarna för den aktuella patienten inte förändrats sedan livstestamentet författades. I Sverige, Schweiz och Italien är livstestamenten inte bindande, men utgör patientens presumerade vilja och kan vara en del av den behandlande läkarens beslutsunderlag.

7.1.2.5 Självmord och assisterat självmord

Självmord är inte olagligt i något av de jämförda länderna.

I Italien är assisterat självmord olagligt för alla och i Nederländerna är det olagligt för alla utom läkare. Läkassisterat självmord i Nederländerna är dock tillåtet endast om due care-kriterierna är uppfyllda.

Både Sverige och Schweiz har en straffrättslig reglering som gäller på samma sätt för alla, både för lekmän och inom sjukvården. Schweiz är det enda av de jämförda länderna där gärningsmannens avsikter är avgörande och så länge de är goda är assisterat självmord tillåtet. Den schweiziska regleringen har öppnat upp för ideella organisationer att öppet assistera vid självmord, vilket är unikt i Europa. I Sverige är medhjälp till självmord tillåtet eftersom självmord inte är olagligt. Inom sjukvården finns dock föreskrifter som gör att läkare riskerar disciplinåtgärder om de assisterar vid självmord, t.ex. genom att skriva ut dödliga substanser.

7.1.2.6 Kontrollsystemen

För brott mot de allmänna straffrättsliga bestämmelserna i varje land väcks talan i respektive allmän domstol. Sjukvårdspersonal som handlar i strid med respektive lands sjukvårdsföreskrifter kan bli föremål för disciplinåtgärder, t.ex. indragen läkarlegitimation. Läkare i de undersökta länderna har en skyldighet att anmäla om ett dödsfall misstänks bero på att ett brott har begåtts.

I Nederländerna, vilket är det enda land i undersökningen där aktiv eutanasi är tillåtet, har läkare en skyldighet att anmäla fall av eutanasi till regionala granskningskommittéer. Dessa kontrollerar att alla due care-kriterier är uppfyllda i varje enskilt fall. Nederländska läkare kontrolleras också genom att de i samband med eutanasi är skyldiga att konsultera minst en kollega. Eftersom aktiv eutanasi inte är tillåtet i övriga länder finns ej heller samma behov av ett kontrollsystem liknande det nederländska.

Schweiz är det enda land där ideella organisationer öppet assisterar behövande vid självmord. Det är dock anmärkningsvärt att en reglering och ett egentligt kontrollsystem för organisationerna inte finns.

7.1.3 Attityder och förekomst i de jämförda länderna

(%)	Andel av allmänheten som anser att aktiv eutanasi kan vara rättfärdigat	Läkare som anser att patienten bör kunna påverka sitt eget dödsfall	Fall av aktiv eutanasi	Fall av läkar-assisterat självmord	Fall av passiv eutanasi
Sverige	84	31	0	0	21
Nederländerna	89	68	2,6	0,2	20
Schweiz	82	56	0,3	0,4	22
Italien	47	37	0	0	19

En stor andel av befolkningen i de jämförda länderna är positiva till aktiv eutanasi. Synsättet i Italien skiljer sig emellertid markant åt från de andra genom att stödet är mycket mindre där. I alla fyra länder är läkare mindre positivt inställda till eutanasi än befolkningen i stort. Nederländerna, Schweiz och Italien är lika vad gäller proportionerna mellan allmänhetens och läkarkårens syn. I Sverige har dock läkare en avsevärt mer negativ syn än allmänheten, jämfört med de andra länderna.¹⁶⁹

¹⁶⁹ Resultaten har hämtats från den metastudie som Griffiths et al. genomfört, se s 485f. Eftersom studien är resultatet av en sammanställning av ett stort antal studier är den sannolikt mycket tillförlitlig.

Undersökningen¹⁷⁰ visar att fallen av aktiv eutanasi är mycket få eller inga alls i de länder där detta inte är tillåtet. I Nederländerna rapporteras aktiv eutanasi ha förekommit i ungefär ett av fyrtio av de undersökta dödsfallen.

I undersökningen var förekomsten av passiv eutanasi ungefär lika stor i samtliga länder och rapporterades i cirka en femtedel av de undersökta dödsfallen.

7.2 Vad beror skillnaderna på?

De mest markanta skillnaderna som framkommit ovan gäller den legalisering av eutanasi som har skett i Nederländerna men inte i övriga länder. I Sverige, Schweiz och Nederländerna är assisterat självmord tillåtet under vissa förutsättningar men så är inte fallet i Italien. Även vad gäller allmänhetens och läkarnas inställning till eutanasi finns skillnader, liksom vad gäller förekomsten av eutanasi. Följande avsnitt syftar till att presentera möjliga förklaringar till de funna resultaten.

7.2.1 Aktiv eutanasi

Varför har aktiv eutanasi legaliserats just i Nederländerna? Att eutanasi överhuvudtaget har blivit en politisk fråga i landet är speciellt och många intressenter har varit delaktiga i den framväxande regleringen, såsom domstolar, åklagare, medicinska föreningar, patientorganisationer, enskilda läkare och forskare samt politiker. Regleringen av eutanasi har vuxit fram i praxis under en lång tid, vilket gjort den väl genomtänkt.¹⁷¹

Den nederländska staten har varit positiv till eutanasi och lägger varje år stora resurser på att utvärdera regleringen. Även nederländska teologer och läkare är positiva. De senare meddelade redan på 1980-talet att de tog på sig ansvaret för eutanasin. Allmänheten är positiv, både till eutanasi och till läkarkåren. Den genomgående positiva inställningen kan antas vara mycket ovanlig.

Griffiths et al. menar att utvecklingen beror på omvandlingen av det nederländska samhället på 1960- och 1970-talen. Samhället gick ifrån att vara konservativt till sekulariserat och med stora inslag av sociala och kulturella experiment.¹⁷²

Enligt Cohen-Almagor bör man dock se så långt tillbaka i tiden som till 1600-talet för att finna ett svar på varför eutanasi legaliserats i Nederländerna. Landet dominerades vid den tiden dels av handelsmän som förespråkade fred och en pragmatisk tolerans, och dels av kalvinister som

¹⁷⁰ Data har hämtats från en stor studie utförd av van der Heide et al. (2003). Läkare i flera länder besvarade en enkät angående de dödsfall som läkaren rapporterat till myndigheterna under en viss tidsperiod. Resultaten grundar sig således endast på dödsfall där en läkare varit inblandad.

¹⁷¹ Griffiths et al., s 48f

¹⁷² Griffiths et al., s 14f

verkade för hög moral och en normativ reglering av medborgarnas beteende. Spänningen ledde till att många handlingar kriminaliserades, men samtidigt infördes undantag till regleringarna som gav frihet från ansvar ifall vissa förutsättningar var uppfyllda. Samma lagstiftningsmodell gäller för aktiv eutanasi och assisterat självmord idag.¹⁷³

En annan anledning till att den nederländska regleringen ser ut som den gör kan vara att nederländska läkare under andra världskriget inte lydde direkta order från staten om de fann dem omoraliska. Så var fallet när läkare beordrades att delta i nazisternas eutanasi-program (se kapitel 1.1). Detta kan ha lett till en mer självständig läkarkår med liten respekt för auktoriteter, dvs. staten, och med en praxis att ibland bryta mot föreskrivna regler.¹⁷⁴ Det var som bekant det redan etablerade bruket av eutanasi bland nederländska läkare som sedan formellt legaliserades i och med 2002 års lag.

Det finns således flera möjliga svar på den inledande frågan. Kanske behövs flera av dem, eller t.o.m. samtliga, för att kunna ge en förklaring.

7.2.2 Autonomi och livets helgd

I Italien har Katolska kyrkan fortfarande ett stort inflytande över samhällsdebatten och således anses också livets helgd vara avgörande för regleringen. Som visats är varken aktiv eutanasi eller assisterat självmord tillåtet i Italien.

I Schweiz, å andra sidan, anses individens autonomi vara avgörande. I landet är också eutanasi och assisterat självmord uttryckligen en fråga om mänskliga rättigheter och inte om sjukvårdssystemet, vilket är fallet i de tre övriga länderna.

I Nederländerna rådde det under den första hälften av 1900-talet en stor polaritet mellan individens autonomi och livets helgd. Kyrkans inflytande minskade emellertid successivt. Med tanke på hur den nederländska regleringen av eutanasi ser ut idag får det antas att autonomiprincipen har prioriterats framför principen om livets helgd.

Att regleringen av eutanasi och assisterat självmord ser olika ut i de jämförda länderna kan alltså till viss del bero på om medborgarna lägger störst vikt vid sin egen autonomi eller vid livets helgd.

7.2.3 Angående attityder och förekomst

I uppsatsen har allmänhetens och läkarkårens inställning till eutanasi och assisterat självmord redovisats och vissa skillnader mellan länderna finns.

¹⁷³ Cohen-Almagor, Raphael, Why The Netherlands?, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2002; 30: 95-104, s 98

¹⁷⁴ Cohen-Almagor, 2002, s 100

Anledningen till en positiv inställning till eutanasi kan vara att färre och färre påverkas av kyrkornas traditionella doktrin, men också att unga och högre utbildade tenderar att vara mer positiva. Människors vilja till självbestämmande spelar en stor roll för resultatet, jämför kapitel 7.2.2.¹⁷⁵

I samtliga länder var allmänheten mer positiv till eutanasi än vad läkarkåren var. Skillnaden var allra störst i Sverige. En anledning till skillnaderna kan vara att läkare har större erfarenhet av död och döende än medborgare i allmänhet. Läkare kan därför ha haft tid att noga tänka igenom sin inställning till eutanasi. För allmänheten kan döden kännas mer avlägsen och resonemangen kan då bli mer generella och hypotetiska.

7.3 Avslutande synpunkter

I både Sverige och Schweiz har det aktivt diskuterats huruvida eutanasi ska tillåtas eller ej. I Schweiz har ett förslag om legalisering slutligen röstats ned och i Sverige undviker regeringen att behandla frågan. I debatten i dessa och i andra stater tas ofta Nederländernas reglering upp. Nederländernas definition av "eutanasi" skiljer sig åt från den som används i de andra här behandlade länderna. Eutanasi enligt 2002 års lag innebär både frivillig, aktiv eutanasi och assisterat självmord, och regleringen av dem är i stort densamma. "Eutanasi" enligt nederländsk lag kan heller aldrig syfta på något annat än *frivillig* eutanasi. När Nederländernas legalisering av eutanasi behandlas är det viktigt att ha detta i åtanke, eftersom debatten annars kan bli snedvriden.

Praxis om aktiv eutanasi från både Italien och Sverige har behandlats. I båda länderna är aktiv eutanasi olagligt men straffen har varit milda. I Italien dömdes en man till drygt fyra års fängelse för att ha dödat sin systerson på dennes begäran. Av de rättsfall som redogjorts för i den här framställningen, var detta det strängaste straffet.

I Sverige är det svårt att dra gränsen mellan medhjälp till självmord (lagligt) och gärningsmannaskap (brottsligt), vilket har illustrerats i flera rättsfall. Samma svårigheter finns i schweizisk rätt då gränsen ska dras mellan barmhärtighetsdödande enligt artikel 114 och assisterat självmord enligt artikel 115. En handling enligt artikel 114 är alltid olaglig om rekvisiten är uppfyllda. Artikel 115 innebär att handlingen endast är olaglig om medhjälparen till självmordet har haft själviska motiv.

Huruvida föremålet för eutanasin samtycker eller inte har en juridiskt avgörande betydelse i Nederländerna. Eftersom endast frivillig eutanasi kan vara tillåten är samtycke en förutsättning. Detta kan jämföras med Sverige, där samtycke enl. 24 kap 7 § BrB inte utesluter ansvar för dråp. Inte heller i Schweiz och Italien utesluter dödande med offrets samtycke straffrätligt ansvar. Där är t.o.m. dödande med samtycke uttryckligen kriminaliserat i respektive lands strafflag.

¹⁷⁵ Griffiths et al., s 487

I Sverige kan sjukvårdspersonal undgå ansvar med stöd av nödparagrafen, trots att de brutit mot sjukvårdens föreskrifter. Bestämmelsen kan endast användas i undantagsfall, men utgör ändå en extra ventil för ansvarsfrihet. Att en liknande reglering som är tillämplig på sjukvårdspersonal skulle finnas i de andra undersökta länderna har inte framkommit.

Som visats i kapitel 7.1.3 är aktiv eutanasi och assisterat självmord förhållandevis ovanligt i de jämförda länderna. I Schweiz får cirka en sjättedel av de som ansöker om assisterat självmord sin begäran beviljad. Det är alltså få som uppfyller de kriterier som de ideella organisationerna uppställt med hänsyn till kravet på goda avsikter. Även i Nederländerna är kraven i samband med eutanasi hårda. I både Schweiz och Nederländerna är det inte endast fysiskt lidande, utan också psykisk sjukdom som kan ge möjlighet till eutanasi eller assisterat självmord men endast om vissa givna villkor är uppfyllda.

Det nederländska kontrollsystemet bygger på att behandlande läkare själva rapporterar fall av eutanasi till de regionala granskningskommittéerna. Läkare som underlåter att rapportera eutanasi riskerar straff. Granskningskommittéerna letar dock inte aktivt efter fall av otillåten eutanasi och få av de rapporterade fallen av eutanasi leder till åtal. Innebär reglerna en tillräcklig kontroll eller riskerar antalet otillåtna fall av eutanasi vara stort? Kan mörkertalet av aktiv eutanasi vara stort i de andra länderna där detta är olagligt och ett särskilt kontrollsystem saknas helt? I Italien är t.ex. åklagare skyldiga att väcka talan mot brott, men undersökningar har visat att så inte alltid sker. Vilka effekter har det för rapporteringen av fall av eutanasi? Frågorna kan inte besvaras med ledning av en komparativ studie, utan mer forskning inom området krävs.

Schweiz och Nederländerna har en annan syn på läkarrollen jämfört med Italien och Sverige. I de två första länderna anses det förenligt med läkarrollen att ge eutanasi och att skriva ut läkemedel i syfte att hjälpa någon att begå självmord. I Italien och Sverige ska en läkare endast bota eller lindra, men att göra slut på patientens lidande genom att på begäran förkorta dennes liv anses oförenligt med läkarrollen. Vilket synsätt som är det etiskt ”rätta” kan diskuteras utifrån argument som livets helgd, patientens livskvalitet och autonomi. Att besvara frågan inom ramen av den här framställningen är dock inte aktuellt.

I Sverige har rädslan för ett minskat förtroende för sjukvården framförts som ett av argumenten mot en legalisering av aktiv eutanasi. Undersökningar har dock visat att det nederländska folket har ett stort förtroende för läkarkåren och att det är minst lika stort även efter det att aktiv eutanasi och assisterat självmord blivit etablerat i praxis, och sedan blivit lag. Det är därför oklart om ett minskat förtroende för sjukvården kan anses vara ett relevant argument. Samma resonemang kan föras angående det sluttande planet, eftersom de undersökningar som den nederländska staten årligen genomför har visat att kraven inte har urholkats, utan upprätthållits. Praxis från Europadomstolen har dock visat att konventionen

inte ger rätt till assisterat självmord för den enskilde. Europakonventionen gäller för alla de här behandlade länderna och det är oklart huruvida domstolen kan komma att påverka de nationella regleringarna genom en eventuell framtida dom rörande eutanasi.

I Sverige har det debatterats huruvida de frågor som tas upp i denna framställning är frågor som ska avgöras med hjälp av juridiken eller med hjälp av den medicinska etiken. Enligt Rynning (s 88f) bör juridiken och etiken inte ses som två konkurrerande normsystem i konflikt med varandra. De etiska normerna ligger nämligen i stor omfattning till grund för lagstiftningen. När lagen inte räcker till för att avgöra ett enskilt fall är etiska överväganden ett viktigt komplement. Det kan tilläggas att det idag i Sverige inte finns några konflikter mellan juridiken och de medicinska etiska riktlinjerna, dock finns en del oklara områden.

När det svenska regelverket rörande eutanasi och assisterat självmord diskuteras är det viktigt att inte bara känna till svensk rätt, utan även andra länders lagstiftning så att reglerna kan jämföras och utvärderas. Vid ett sådant arbete kan förhoppningsvis denna framställning bidra.

Bilaga A

Relevant lagstiftning från Nederländerna

Utdrag ur Strafflagen (med ändringar från 2001)

Artikel 293

1 §; A person who terminates the life of another person at that other person's express and earnest request is liable to a term of imprisonment of not more than 12 years or a fine of the fifth category.

2 §; The offence referred to in the first paragraph shall not be punishable if it has been committed by a physician who has met the requirements of due care as referred to in Article 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act and who informs the municipal coroner of his actions in accordance with Article 7 second paragraph of the Burial and Cremation Act.

Artikel 294

1 §; A person who intentionally incites another to commit suicide is liable to imprisonment of not more than three years or a fine of the fourth category, where the suicide ensues.

2 §; A person who intentionally assists in the suicide of another or provides him with the means thereto, is liable to imprisonment of not more than three years or a fine of the fourth category, where the suicide ensues. Article 293 second paragraph applies *mutatis mutandis*.

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

- This Act entered into force on April 1, 2002 -

Chapter I. Definitions of Terms

Article 1

For the purposes of this Act:

- a. Our Ministers mean the Ministers of Justice and of Health, Welfare and Sports;
- b. assisted suicide means intentionally assisting in a suicide of another person or procuring for that other person the means referred to in Article 294 second paragraph, second sentence of the Penal code;
- c. the physician means the physician who according to the notification has terminated a life on request or assisted in a suicide;

- d. the consultant means the physician who has been consulted with respect to the intention by the physician to terminate a life on request or to assist in a suicide;
- e. the providers of care mean the providers of care referred to in Article 446 first paragraph of Book 7 of the Civil Code (Burgerlijk Wetboek);
- f. the committee means a regional review committee referred to in Article 3;
- g. the regional inspector means the regional inspector of the Health Care Inspectorate of the Public Health Supervisory Service.

Chapter II. Requirements of Due Care

Article 2

1. The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician:

- a. holds the conviction that the request by the patient was voluntary and wellconsidered,
- b. holds the conviction that the patient's suffering was lasting and unbearable,
- c. has informed the patient about the situation he was in and about his prospects,
- d. and the patient hold the conviction that there was no other reasonable solution for the situation he was in,
- e. has consulted at least one other, independent physician who has seen the patient and has given his written opinion on the requirements of due care, referred to in parts a - d, and
- f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care.

2. If the patient aged sixteen years or older is no longer capable of expressing his will, but prior to reaching this condition was deemed to have a reasonable understanding of his interests and has made a written statement containing a request for termination of life, the physician may cant' out this request. The requirements of due care, referred to in the first paragraph, apply mutatis mutandis.

3. If the minor patient has attained an age between sixteen and eighteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request for termination of life or assisted suicide, after the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian have been involved in the decision process.

4. If the minor patient is aged between twelve and sixteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request, provided always that the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian agree with the termination of life or the assisted suicide. The second paragraph applies mutatis mutandis.

Chapter III. The Regional Review Committees for Termination of Life on Request and Assisted Suicide.

Paragraph 1: Establishment, composition and appointment

Article 3

1. There are regional committees for the review of notifications of cases of termination of life on request and assistance in a suicide as referred to in Article 293 second paragraph or 294 second paragraph second sentence, respectively, of the Penal Code.
2. A committee is composed of an uneven number of members, including at any rate one legal specialist, also chairman, one physician and one expert on ethical or philosophical issues'. The committee also contains deputy members of each of the, categories listed in the first sentence.

Article 4

1. The chairman and the members, as well as the deputy members are appointed by Our Ministers for a period of six years. They may be re-appointed one time for another period of six years. 'philosophical issues' -- in the original text the Dutch word 'zingevingsvraagstukken' is used to describe the discussion on the prerequisites for a meaningful life.
2. A committee has a secretary and one or more deputy secretaries, all legal specialists, appointed by Our Ministers. The secretary has an advisory role in the committee meetings.
3. The secretary may solely be held accountable by the committee for his activities for the committee.

* * * * *

Paragraph 4: Duties and powers

Article 8

1. The committee assesses on the basis of the report referred to in Article 7 second paragraph of the Burial and Cremation Act whether the physician who has terminated a life on request or assisted in a suicide has acted in accordance with the requirements of due care, referred to in Article 2.
2. The committee may request the physician to supplement his report in writing or verbally, where this is necessary for a proper assessment of the physician's actions.
3. The committee may make enquiries at the municipal autopsist, the consultant or the providers of care involved where this is necessary for a proper assessment of the physician's actions.

Article 9

1. The committee informs the physician within six weeks of the receipt of the report referred to in Article 8 first paragraph in writing of its motivated opinion.
2. The committee informs the Board of Procurators General and the regional health care inspector of its opinion:

a. if the committee is of the opinion that the physician has failed to act in accordance with the requirements of due care, referred to in Article 2;

or

b. if a situation occurs as referred to in Article 12, final sentence of the Burial and Cremation Act.

The committee shall inform the physician of this.

3. The term referred to in the first paragraph may be extended one time by a maximum period of six weeks. The committee shall inform the physician of this.

4. The committee may provide a further, verbal explanation on its opinion to the physician. This verbal explanation may take place at the request of the committee or at the request of the physician.

Article 10

The committee is obliged to provide all information to the public prosecutor, at his request, which he may need:

1. for the benefit of the assessment of the physician's actions in the case referred to in Article 9 second paragraph; or

2. for the benefit of a criminal investigation.

The committee shall inform the physician of any provision of information to the public prosecutor.

Paragraph 6: Working method

Article 11

The committee shall ensure the registration of the cases of termination of life or assisted suicide reported for assessment. Further rules on this may be laid down by a ministerial regulation by Our Ministers.

* * * * *

Bilaga B

Relevant lagstiftning från Schweiz

Utdrag ur den schweiziska strafflagen (1942)

Artikel 114 Killing on request (*Tötung auf Verlangen*)

A person who, for decent reasons, especially compassion, kills a person on the basis of his or her serious and insistent request, will be sentenced to a term of imprisonment (*Gefängnis*).

Artikel 115 Inciting and assisting someone to commit suicide (*Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord*)

A person who, for selfish reasons, incites someone to commit suicide or who assists that person in doing so will, if the suicide was carried out or attempted, be sentenced to a term of imprisonment (*Zuchthaus*) of up to 5 years or a term of imprisonment (*Gefängnis*).

Bilaga C

Relevant lagstiftning från Italien

Ur den italienska konstitutionen, *Costituzione della Repubblica Italiana*:

Artikel 32

No one may be obliged to undergo particular health treatment except under the provisions of the law. The law cannot under any circumstances violate the limits imposed by respect for the human person.

Ur den italienska strafflagen:

Artikel 579 *Homicide With Consent*.

Whoever causes the death of a human being, with his own consent, shall be punished by imprisonment for from six to fifteen years.

The provisions relating to homicide shall be applied if the act was committed:

- (1) Against a person under the age of eighteen years;
- (2) Against a mentally infirm person, or one in a condition of mental deficiency by reason of another infirmity or the abuse of alcoholic or narcotic substances; or
- (3) Against a person whose consent was extorted by the offender through violence, threats or undue influence, or obtained by deceit.

Artikel 580 *Instigating or Assisting Suicide*.

Whoever brings about another's suicide or reinforces his determination to commit suicide, or in any way facilitates its commission, shall be punished, if the suicide occurs, by imprisonment from five to twelve years. If the suicide does not occur, he shall be punished by imprisonment for from one to five years, provided that the attempted suicide results in serious or very serious personal injury.

These punishments shall be increased if the person instigated or incited or assisted falls within one of the conditions specified in subparagraphs (1) and (2) of the preceding Article. However, if the said person is under the age of fourteen years or is in any way bereft of capacity to understand or to will, the provisions relating to homicide shall be applied.

Käll- och litteraturförteckning

Litteratur

Böcker

- Asp, Petter, Ulväng, Magnus, Jareborg, Nils, *Kriminalrättens grunder*, Iustus, 2010
- Bogdan, Michael, *Komparativ rättskunskap*, 2 uppl. Norstedts Juridik, 2003
- Cohen-Almagor, Raphael, *Euthanasia in the Netherlands: the policy and practice of mercy killing*, Kluwer Academic Publishers, 2004
- Dowbiggin, Ian, *A Concise History of Euthanasia: Life, Death, God, and Medicine*, Rowman & Littlefield, 2007, Lanham, Maryland
- Gorsuch, Neil M., *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*. Princeton University Press, 2006, Princeton, New Jersey
- Griffiths, John, Weyers, Helen, Adams, Maurice, *Euthanasia and law in Europe*, Hart, 2007, Oxford
- Holmqvist, Lena, Leijonhufvud, Madeleine, Träskman, Per-Ole, Wennberg, Suzanne, *Brottsbalken en kommentar Del I (1-12 kap)*, Studentutgåva 6. Norstedts Juridik, 2009
- Hydén, Håkan, *Rättssociologi som rättsvetenskap*, Studentlitteratur, 2002
- Jareborg, Nils, Zila, Josef, *Straffrättens påföljdslära*, Norstedts Juridik, 2 uppl. 2007
- Keown, John, *Euthanasia, Ethics and Public Policy - An Argument Against Legalisation*, Cambridge University Press, 2002, Cambridge, UK
- Lehrberg, Bert, *Praktisk juridisk metod*, 4 uppl, Iustus Förlag, 2001
- Leijonhufvud, Madeleine, Wennberg, Suzanne, *Straffansvar*, 6 uppl. Norstedts Juridik, 2001
- Scherer, Jennifer M., Simon, Rita J., *Euthanasia and the right to die: a comparative view*, Rowman & Littlefield, 1999, Lanham, Maryland

Artiklar

- Bosshard, G., Broeckert, B., Clark, D., Materstvedt, L.J., Gordijn, B., Müller-Busch, H.C., A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six

- European countries, *Journal of Medical Ethics*, 2008; 34: 28-32.
- Bülow, Sprung, Reinhart, Prayag, Du, Armaganidis, Abroug, Levy,. The World's major religions' point of view on end-of-life decisions in an intensive care unit, *Intensive Care Med*, 2008;34: 423-430
- Cohen-Almagor, Raphael, Why The Netherlands?, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 2002; 30: 95-104
- Guillod, Olivier, Schmidt, Aline, Assisted suicide under Swiss law, *European Journal of Health Law*, 2005; 12: 25-38
- van der Heide, Agnes, Deliens, Luc, Faisst, Karin, Nilstun, Tore, Norup, Michael, End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study, *Lancet*, 2003; 361: 345-351
- Hurst, Samina A., Mauron, Alex, Assisted Suicide and Euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, *BMJ*, 2003; 326: 271-273.
- Janssen, André, The new regulation of voluntary euthanasia and medically assisted suicide in The Netherlands, *International Journal of Law, Policy and the Family*, 2002; 16: 260-269
- Kimsma, G. K., Death by request in The Netherlands: facts, the legal context and effects on physicians, patients and families, *Med Health Care and Philos*, 2010;13, 355-361
- Rynning, Elisabeth, Rätt till liv och rätt att dö, ur *Liv och död – Livsuppehållande behandling från början till slut*, Karolinska Institutet University Press, 2009
- Sanderson, M., Pretty v. United Kingdom App No. 2346/02, *The American Journal of International Law*, 2002; 96: 943-949
- Smets, Tinne, Bilsen, Johan, Cohen, Joachim, Rurup, Mette, De Keyser, Els, Deliens, Luc, The medical practice of euthanasia in Belgium and the Netherlands: Legal notification, control and evaluation procedures, *Health Policy*, 2008; 90: 181-187
- Spielthemer, Georg, The principle of double effect as a guide for medical decision-making, *Med Health Care and Philos*, 2008;11: 465-473
- van Tol, Donald, Rietjens, Judith, van der Heide, Agnes, Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners, *Health Policy*, 2010; 97: 166-172

Offentligt tryck

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

Allmänna råd från Socialstyrelsen 1992:2, *Livsuppehållande åtgärder I livets slutskede*

A guide to the Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act

Rättsfallsförteckning

Sverige

NJA 1979 s 802

RH 1989:19

RH 1996:69

Nederländerna

Fallet Brongersma

Fallet Chabot

Fallet Schoonheim

Schweiz

Schweizerisches Bundesgericht, Entscheid 2A, 4812006

Italien

Fallet Forzatti, Brottmålsdomstolens andra instans i Milano, första avdelningen, 24 april 2002, fn23. *Foro Italiano* 2003, II: 87

Fallet Papini, Brottmålsdomstolen i Rom, 10 december 1983. *Foro Italiano* 1985, II, 489

Fallet Vastalegna, Högsta domstolen, första straffrättskammaren, 18 november 1954. *Foro Italiano*, 1955, II, 151

Europadomstolen

Pretty v. United Kingdom, application no. 2346/02