



JURIDISKA FAKULTETEN
vid Lunds universitet

Axel Arheden

Frågan om en rätt till dödshjälp i svensk vård

LAGF03 Rättsvetenskaplig uppsats

Uppsats på juristprogrammet
15 högskolepoäng

Handledare: Sacharias Votinius

Termin: HT 2014

Innehåll

SUMMARY	1
SAMMANFATTNING	2
FÖRORD	3
FÖRKORTNINGAR	4
1 INLEDNING	5
1.1 Frågan om dödshjälp	5
1.2 Frågeställningar	5
1.3 Syfte	6
1.4 Avgränsningar	6
1.5 Material och metod	6
1.6 Forskningsläge	7
1.7 Disposition	7
2 RÅDANDE RÄTTSLÄGE OCH POLITISKT SYNSÄTT	8
2.1 Vad innebär dödshjälp?	8
2.2 Rätten till liv enligt EKMR	8
2.3 Bestämmelse i RF	8
2.4 Lagstiftarens val	9
2.5 Var går gränsen?	9
2.6 Patientens rätt till självbestämmande	10
2.7 Grundläggande etik inom sjukvården	11
2.8 Regeringens ställningstagande	12
2.9 Frågan om palliativ vård	13
2.10 Vidare om de medicinsk-etiska principerna och etik i vården	14
2.11 Ny patientlag införs	15
3 SVENSK DEBATT OCH ALLMÄNN MORALFILOSOFISK DISKUSSION	16

3.1	Bakgrund	16
3.2	Argument för och emot dödshjälp	16
4	ANALYS	19
4.1	Lagstiftarens och regeringens argument kontra övriga argument	19
4.2	Lagstiftarens och regeringens argument utifrån etiska principer	20
5	AVSLUTNING	23
5.1	Slutsatser	23
5.2	Personliga reflektioner	23
6	KÄLL OCH LITTERATURFÖRTECKNING	24
6.1	Källor	24
6.1.1	Statens offentliga utredningar	24
6.1.2	Propositioner	24
6.1.3	Direktiv och skrivelser	24
6.2	Litteratur	24
6.3	Elektroniska källor	25
	RÄTTSFALLSFÖRTECKNING	26

Summary

In Europe each country has a right to decide for itself whether or not to allow a right to euthanasia. In Sweden there is no such right due to the Swedish government's and parliament's decision not to allow it.

This essay identifies and investigates which arguments the government and parliament have presented to defend their decision not to legalize euthanasia, and also which arguments have been presented for and against euthanasia in the Swedish public debate and moral philosophical discussion. Moreover the essay investigates which ethical principles apply to Swedish healthcare.

The arguments given by the government and parliament are first weighed against the arguments of the public debate and moral philosophical discussion. Later they are examined and evaluated in the light of the ethical principles. The purpose of the essay is thereby to see if the government and parliament have presented a satisfactory argumentation for not allowing a right to euthanasia in Sweden.

Sammanfattning

I Europa har varje land en rätt att själv bestämma om att tillåta eller inte tillåta en rätt till dödshjälp. I Sverige finns ingen sådan rätt till följd av den svenska regeringens och lagstiftarens beslut att inte tillåta det.

Denna uppsats identifierar och analyserar de argument som regeringen och lagstiftaren har gett som motivering för att inte legalisera dödshjälp, och även de argument som har framkommit för och emot dödshjälp i den svenska debatten och allmänna moralfilosofiska diskussionen. Vidare undersöker uppsatsen vilka etiska regler som ligger till grund för den svenska hälso- och sjukvården.

Regeringens och lagstiftarens argument vägs först mot de andra argument som framkommit i den svenska debatten och moralfilosofiska diskussionen. Senare analyseras och utvärderas dem utifrån de etiska principerna. Uppsatsens syfte är därmed att undersöka om lagstiftaren och regeringen har presenterat en tillfredställande argumentation för att inte tillåta en rätt till dödshjälp i Sverige.

Förord

I denna uppsats har jag redogjort för, diskuterat och analyserat en mycket svår fråga. Jag har försökt göra detta på ett ödmjukt men samtidigt konsekvent sätt. Frågan är både komplicerad och har etiska dimensioner.

Jag vill tacka min handledare för goda samtal och tankar i arbetet och utformningen av uppsatsen. Jag hoppas den kan bidra till diskussionen och debatten på ett konstruktivt sätt.

Förkortningar

- BrB = Brottsbalk 1962:700
- Dir. = Direktiv
- EKMR = Europakonventionen
- HSL = Hälso- och sjukvårdslag 1982:763
- PSL = Patientsäkerhetslag 2010:659
- RF = Regeringsformen 1974:152
- SOU = Statens offentliga utredningar

1 Inledning

1.1 Frågan om dödshjälp

I Sverige finns det idag ingen lagstadgad rätt till *eutanasi* eller dödshjälp. Sverige har därmed gått samma väg som de flesta andra europeiska länder. Endast tre länder i Europa har infört en lagstadgad rätt till dödshjälp. Dessa länder är Nederländerna, Belgien och Luxemburg.¹

Frågan om dödshjälp kan sägas innefatta ett avvägande mellan ett antal olika intressen. Å ena sidan finns ex läkarnas intresse av att värna patienters liv, patienters intresse av att inte behöva känna oro och rädsla i vårdsituationen och samhällsintresset att dödshjälp inte missbrukas. Å andra sidan finns ex patienters intresse av att själva kunna bestämma att avsluta sina liv och att slippa utdraget lidande. Lagstiftaren har att hantera en avvägning mellan alla existerande intressen.

Frågan om dödshjälp kan sägas röra alla oss människor. Vi ska alla dö en dag. I vården ges s.k. *palliativ vård* vars syfte är att så långt möjligt förbättra livskvaliteten och lindra förloppet för obotligt sjuka patienter i livets slutskede.² Då palliativ vård inte klarar att lindra för alla blir den sista tiden i livet för en del patienter en oerhört jobbig och smärtsamt utdragen process.

Många av oss värdesätter en död utan utdraget lidande. Enligt ett antal allmänna opinionsundersökningar som genomfördes i Sverige under slutet av 80-talet och början av 90-talet ställer sig en majoritet av invånarna positiva till ett införande av dödshjälp.³ Därför är det inte på något vis självklart att en rätt till dödshjälp inte ska finnas i Sverige.

1.2 Frågeställningar

Med vilka argument motiverar den svenska lagstiftaren och regeringen beslutet att inte införa en rätt till dödshjälp i svensk rätt? Hur står sig dessa argument mot de andra argument som framkommit i den allmänna debatten och moralfilosofiska diskussionen? Kan lagstiftarens och regeringens argument sägas vara förenliga med de etiska principer som slagits fast för hälso- och sjukvården?

¹ Tännsjö, sid 16

² Nationalencyklopedin

³ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 11-12

1.3 Syfte

Med utgångspunkt i frågeställningarna är syftet med uppsatsen att kritiskt granska lagstiftarens och regeringens argument för att inte införa en rätt till dödshjälp i Sverige. Lagstiftarens och regeringens argumentation ska vägas både mot de andra argument som har framkommit i debatten och de etiska principer som finns inom hälso- och sjukvårdsrätt. Därmed ska uppsatsen bidra till att klargöra vilka argument som finns samt att se om lagstiftaren och regeringen har argumenterat på ett tillfredställande sätt.

1.4 Avgränsningar

Uppsatsen kommer inte att beröra andra länders lagstiftning vad gäller deras lagar eller syn på eutanasi. Vidare är utgångspunkten att identifiera och analysera de argument som den nuvarande svenska lagstiftningen bygger på. Framträdande argument från nutida svensk debatt och moralfilosofisk diskussion inkluderas också.

Argument som har framförts för eller emot dödshjälp tidigare i historien men som saknar väsentlig koppling till dagens lagstiftning och debatt har inte inkluderats.

1.5 Material och metod

Den svenska BrB, prop. till BrB, statliga utredningar samt regeringsdirektiv används för att se hur frågan om dödshjälp har behandlats både politiskt och juridiskt. Vidare används litteratur och internetbaserade källor som på olika sätt redogör för svensk debatt och moralfilosofisk diskussion kring dödshjälp. Boken *Att få hjälp att dö* har fått extra utrymme i denna del av uppsatsen då ett stort antal författare med olika bakgrund har medverkat till den.

De flesta källor är sekundärkällor som återger inslag från den svenska debatten på olika sätt. Jag har försökt att i största möjliga mån välja källor som beskriver debatten och diskussionen objektivt, eller åtminstone från olika perspektiv.

Jag har använt mig av rättsdogmatisk metod för att få en översyn över hur den rådande svenska lagstiftningen behandlar frågan om dödshjälp. Genom en diskursanalys identifierar jag de argument som har getts som motivering till den svenska regleringen samt de andra argument som framförts i den svenska debatten och moraldiskussionen om dödshjälp.

Uppsatsen utgår således från ett kritiskt diskursanalytiskt perspektiv.

1.6 Forskningsläge

Under 1990-talet och början av 2000-talet gjordes ett antal omfattande utredningar om palliativ vård. Dessa nämner kort frågan om dödshjälp men utreder varken den vidare eller tar fram argument för och emot det.⁴

Statens Medicinsk-etisk råd är en viktig källa till vilka etiska principer som gäller inom svensk sjukvård och vad dessa kan sägas uttrycka. Rådet har gett ut *Eutanasi – en debattskrift* som behandlar frågan ur ett moralfilosofiskt perspektiv. Ett antal filosofer, professorer, läkare m.fl. har bidragit till den uppmärksammade boken *Att få hjälp att dö* som bl.a. beskriver svensk debatt gällande frågan om dödshjälp. Slutligen har filosofen Torbjörn Tännsjö bidragit med de två böckerna *Döden är Förhandlingsbar* och *Vårdetik* som både behandlar etik i vården och frågan om dödshjälp.

1.7 Disposition

Uppsatsen börjar med en redogörelse för hur rådande svensk rätt reglerar frågan om dödshjälp med en fördjupad inblick i bakomliggande förarbeten. De argument emot dödshjälp som framkommer lyfts fram i denna del. Vidare identifieras och redogörs för de etiska principer som finns inom hälso- och sjukvården. Sedan flyttas fokus till den övriga svenska debatten och moralfilosofiska diskussionen och framstående argument tas fram.

Avslutningsvis vägs lagstiftarens och regeringens argumentation mot de andra argument som framförts i svensk debatt och deras argumentation diskuteras även utifrån etiska principer. Slutsatser dras kring hur övertygande lagstiftarens och regeringens argument är.

⁴ Westrin och Nilstun, sid 109-117, SOU 1995:5, SOU 2001:6

2 Rådande rättsläge och politiskt synsätt

2.1 Vad innebär dödshjälp?

Eutanasi innebar ursprungligen en lugn och god död som inte förgås av smärta. Numera har begreppet fått betydelsen att avsiktligt påskynda döendet hos en svårt sjuk patient, s.k. *dödshjälp*.⁵ Fortsättningsvis i uppsatsen ges ordet dödshjälp denna innebörd.

Den svenska regeringen har i dir. 1997:147 definierat dödshjälp som att en läkare avsiktligt avslutar en patients liv på dennes egen begäran.⁶

2.2 Rätten till liv enligt EKMR

Art. 2 i EKMR garanterar var och en rätt till liv. Detta innebär dock inte ett förbud för medlemsländer i EU att ge dödshjälp. Europadomstolen betonade i fallet *Pretty vs. United Kingdom* att varje EU-land har frihet att själv bestämma om en läkare ska ha rätt att ge dödshjälp till en patient eller inte.⁷ Av detta följer att vissa länder inom EU har legaliserat dödshjälp och andra inte. Sverige har valt att inte legalisera det.⁸

2.3 Bestämmelse i RF

I 1:2 RF stadgas bl.a. att den offentliga makten ska utövas med respekt för den enskilda människans frihet och värdighet.⁹ Detta bygger på samma värderingar som framförs i FN:s deklaration om mänskliga rättigheter från 1948. Regeln ger inga direkta utkrävbara rättigheter till människor utan anses ge uttryck för grundläggande värderingar och ett övergripande mål om att skydda den enskilde individen. Sannolikt innebär det en rätt att få bestämma över sig själv och sin kropp.¹⁰

⁵ Nationalencyklopedin

⁶ Dir. 1997:147

⁷ *Pretty vs. United Kingdom* application no. 2346/02

⁸ Dir. 1997:147

⁹ RF

¹⁰ Rynning, sid 97-98

2.4 Lagstiftarens val

I proposition 1962:10 till BrB nämns bara kort frågan om dödshjälp. Man hänvisar här till straffrättskommittén som tog fram lagförslagen. Kommittén konstaterade att frågan om dödshjälp inte specifikt bör regleras, då en reglering inte skulle kunna göras nog försiktig. En rätt till dödshjälp skulle kunna skapa missförstånd och därmed ryktesspridning om att patienter inte var i säkerhet på sjukhus.¹¹ När propositionen röstades igenom i riksdagen infördes det därför ingen specifik regel i BrB som berör dödshjälp, med följd att andra bestämmelser blev relevanta istället.

Ett dödande av en annan människa klassas som antingen mord enligt 3:1 BrB eller dråp enligt 3:2 BrB. Krav på uppsåt vid dödandet finns genom 1:2 BrB. Att ge dödshjälp innebär att avsiktligt avsluta en annan persons liv på dennes begäran.¹² I Sverige är således dödshjälp brottsligt och kan medföra straffansvar enligt 3:1 eller 3:2 BrB.

2.5 Var går gränsen?

Genom det s.k. *Kirunafallet* slogs det fast att en läkare som endast avbryter en medicinsk behandling inte har gjort sig skyldig till dödshjälp, därför att detta inte utgör ett aktivt utan passivt handlande. Agerandet ses som passivt genom att läkaren inte valde att behandla patienten vidare.¹³ Enligt nuvarande praxis kan vidare en beslutskompetent patient själv välja att avstå från livsuppehållande behandling.¹⁴

Det finns ingen bestämmelse i BrB som förbjuder självmord eller hjälp till självmord.¹⁵ Hjälp till självmord är inte olagligt under förutsättning att den som tänker begå självmord kan sägas vara den som utför den avgörande handlingen. Detta har slagits fast i svensk rättspraxis bl.a. genom rättsfallet RH 1996:69.¹⁶ Det är därför inte brottsligt för en läkare i Sverige att utföra så kallade *läkarassisterade självmord*. Denna typ av assisterade självmord strider däremot mot gällande yrkesregler för läkare.¹⁷ Därför löper läkare som utför assisterade självmord en väsentlig risk att bli av med sin

¹¹ Prop. 1962:10, s. B 12

¹² Dir. 1997:147

¹³ Tännsjö, Vårdetik, sid 54

¹⁴ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 10

¹⁵ BrB

¹⁶ RH 1996:96

¹⁷ Nationalencyklopedin

legitimation.¹⁸ Handlingen får således konsekvenser trots att den inte kan ses som brottslig rent lagtekniskt.

Filosofen Torbjörn Tännsjö har utvecklat att eutanasi sannolikt innebär att *aktivt* och *avsiktligt* påskynda döendet hos en svårt sjuk patient på dennes begäran. Just att det handlar om ett aktivt och avsiktligt dödande är väsentligt.¹⁹ Tännsjö utvecklar att det i och med detta finns ett antal situationer som inte kan sägas utgöra dödshjälp. Ex är ett passivt påskyndande av döden hos en patient genom att *låta patienten dö* inte att ge dödshjälp, oavsett om handlingen är avsiktlig eller inte. Det är således de särskilda omständigheterna i det enskilda fallet som styr om handlingen kan sägas utgöra dödshjälp eller inte.²⁰

2.6 Patientens rätt till självbestämmande

Patienten har en viss rätt till självbestämmande. Detta slås fast genom HSL § 2 a. Vidare gäller genom PSL 6:2 att vården ska genomföras i samråd med patienten i så stor utsträckning som möjligt. Patientens rätt till självbestämmande och inflytande på vården är dock inte absolut. Därför finns det viss typ av vård som patienten aldrig kommer att kunna få. Detta innefattar dödshjälp, då det skulle utgöra ett brott enligt BrB för vårdpersonal att ge sådan till patienter.²¹ Det är därför alltid läkaren som i sista hand ska bedöma valet av vård.

I SOU 1995:5 säger man att självbestämmande måste ha vissa begränsningar om prioriteringar i vården överhuvudtaget ska vara möjliga att genomföra.²² Detta är sannolikt en orsak bland andra till att patienten inte fått fullt självbestämmande.

Patientens rätt till självbestämmande har en tydlig koppling till principen om autonomi vilken utgör en av de fyra allmänt vedertagna grundläggande medicinsk-etiska principerna.²³ Denna innebär att man får bestämma över sina egna handlingar under förutsättning att de inte kränker andras självbestämmanderätt. Genom principen får en patient rätt att tacka ja eller nej till erbjuden behandling.²⁴

¹⁸ Tännsjö, Döden är förhandlingsbar sid 17

¹⁹ Tännsjö, Döden är förhandlingsbar sid 16

²⁰ Tännsjö, Döden är förhandlingsbar sid 35-36

²¹ Rönnberg, sid 103-104

²² SOU 1995:5, sid 116

²³ Westrin, Nilstun, sid 236-237, Statens Medicinsk-etiska Råd

²⁴ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 29; Statens Medicinsk etiska råd – autonomi

2.7 Grundläggande etik inom sjukvården

Genom SOU 1995:5 *Vårdens svåra val* utreddes på vilket sätt man borde prioritera resurser inom sjukvården. Man konstaterar i utredningen att det finns ett antal etiska principer som ska ligga till grund för den svenska hälso- och sjukvården. Dessa är *principen om autonomi* som ger varje människa rätt att bestämma över sitt eget liv, *godhetsprincipen* om att göra gott, *icke-skada principen* om att inte skada, och slutligen *rättvis principen* om att vara rättvis.²⁵ Vad dessa principer står för diskuteras inte närmare i utredningen.²⁶ Man konstaterar att dessa principer är så pass allmänna att de endast kan ha ett begränsat värde. Därför menar man att man måste använda andra principer vid prioriteringar inom vården.²⁷

Detta fick till följd att man tog fram en etisk plattform för den svenska sjukvården. Denna består av tre olika principer som alla har införts i den svenska HSL. Principerna stadgar hur man ska prioritera inom vården. De talar om hur man dels ska prioritera i fallet av att ha bristande resurser, och dels ska prioritera i fallet av att välja *medicinsk åtgärd* där hänsyn till *patientens behov* är vägledande.²⁸

Den första av dessa principer är *människovärdesprincipen*. Den uttrycker att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av vem de är. Detta är egentligen samma värdering som kommer till uttryck i RF 1:2, nämligen att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet. Detta innebär för vården att alla patienter ska ha samma värde och rätt i vårdsituationen oavsett vem patienten är, vilken ålder eller vilket arbete patienten har. Principen är dock inte absolut. Det kan göras vissa undantag. Ett undantagsfall kan vara att en patient som är yngre kan tillgodogöra sig en behandling bättre än en äldre patient. Den yngre patienten kan då komma att prioriteras då det ger en större *medicinsk nytta*.²⁹

Den andra principen är *behovs- och solidaritetsprincipen*. Denna går ut på att resurser inom vården ska satsas på de områden där det föreligger störst behov av vård. Solidaritet innebär att sjukvården särskilt ska beakta behoven hos de allvarligaste sjuka. Utfallet av vården ska bli så lika som möjligt för alla. Alla ska uppnå bästa möjliga hälsa och livskvalité så långt det är möjligt. De patienter som har störst behov ska dessutom få sina behov tillgodosedda först. Behov definieras i utredningen som *något man far illa*

²⁵ SOU 1995:5, sid 116

²⁶ SOU 1995:5, sid 116

²⁷ SOU 1995:5, sid 116

²⁸ SOU 1995:5, sid 46

²⁹ Rönneberg, sid 78-79

av att vara utan.³⁰ Om man inte kan botas från sin sjukdom så har man ändå ett behov av att få må så bra som möjligt genom en bra omvårdnad och god lindring av symtom. Detta är ett livskvalitetsrelaterat behov.³¹ Ju sämre livskvalité till följd av svår sjukdom eller skada desto större behov föreligger. Åtgärder som inte medför *nytta* eller förbättrar livskvaliteten ska inte vidtas. Nyttan innebär att åtgärden ska vara ändamålsenlig, d.v.s. nå sitt syfte.³² Nyttan är inbyggt i behovsbegreppet. Man har således endast behov av det man har nytta av och inget behov av det man inte har nytta av. Utredningen är mycket tydlig med att man ska utgå från den enskilda patientens utgångspunkt när man tillämpar bestämmelsen.³³

Den sista principen är *kostnadseffektivitetsprincipen*. Denna princip uttrycker att man ska välja det mer kostnadseffektiva valet mellan två medicinskt möjliga val av behandling för en patient. Det är tydligt i utredningen samt i propositionen som lades fram till följd av utredningen att kostnadseffektivitetsprincipen ska underordnas både människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen och ska därför endast tillämpas i vissa situationer. Vidare ska människovärdesprincipen få företräde framför behovs- och solidaritetsprincipen.³⁴

Det slås tydligt fast i utredningen att en av de högst prioriterade rättigheterna inom vården bör vara rätten till en värdig död. Man går till och med så långt som att uttrycka att det är *oacceptabelt* att inte erbjuda lindring för svår smärta.³⁵ Det slås även fast att det är patientens egen upplevelse som ligger till grund för vilken livskvalité hon kan sägas ha i vårdsituationen.³⁶

2.8 Regeringens ställningstagande

Den 11 dec 1997 tog den dåvarande regeringen beslutet att tillsätta en kommitté med uppgift att bl.a. utreda och lämna förslag på hur man kunde förbättra livssituationen för svårt sjuka och döende patienter. Kommittén fick även i uppgift att utreda vad som borde ligga i en god vård och symtomlindring, samt att om möjligt komma fram till slutsatser för utformningen av en framtida vård.³⁷

³⁰ Rönnberg, sid 79-80

³¹ Rönnberg sid 80

³² SOU 1995:5 sid 21

³³ SOU 1995:5 sid 21

³⁴ SOU 1995:5 sid 121

³⁵ SOU 1995:5, sid 26

³⁶ SOU 1995:5, sid 20

³⁷ Dir. 1997:147

I kommittédirektivet redogörs för bakgrunden till kommitténs uppdrag. I och med att många sjuka och döende människor inte får den omvårdnad eller smärtlindring som kan anses vara rimlig ska man utreda hur man vidare kan förbättra vården i livets slutskede. Man tar i direktivet bl.a. upp frågan om dödshjälp. Man konstaterar att frågan om dödshjälp fått förnyat bränsle till följd av att patienter efterfrågat ett ökat självbestämmande i sin vårdssituation. Till del handlar det om rätten att få hjälp att ta sitt eget liv.³⁸

Regeringen slår fast att läkarens uppgift ska vara att värna liv. Det är därmed deras uppgift att alltid rädda liv.³⁹ Man menar vidare att man inte kan legalisera dödshjälp utan att riskera att patienter förlorar sin tillit till sjukvården och inte längre känner sig säkra i vårdssituationen. De patienter som vill fortsätta leva och inte utnyttja en möjlighet till dödshjälp skulle kunna bli rädda. Man antyder att viljan att ta sitt eget liv kan ha att göra med att den palliativa vården inte lever upp till en rimlig standard. Därför ska man lägga resurser på att utveckla den istället för att ge läkarna ett nytt redskap i form av dödshjälp. Förutsatt att den palliativa vården är god, är det endast ett synnerligen litet antal fall där palliativ vård inte skulle ge tillräckligt god lindrande effekt. Vidare skulle en legalisering av dödshjälp oundvikligen medföra en risk för att patienter som inte uttryckligen begärt att få dödshjälp ändå får det. Till det kommer risken att patienter känner sig oroliga för att dödshjälp skulle kunna användas felaktigt.⁴⁰

2.9 Frågan om palliativ vård

Till följd av att regeringen i sitt direktiv slog fast att frågan om dödshjälp inte skulle behandlas av kommittén utreddes aldrig frågan i den omfattande utredningen som gjordes därav. Utredningen heter *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slutskede* (SOU 2001:6). I denna ges istället omfattande förslag för hur den palliativa vården kan utvecklas. Man nämner att syftet med palliativ vård är att ge patienten bästa möjliga livskvalité både för patienten och dennes familj utan att vare sig förlänga eller förkorta livet för patienten.⁴¹ Vården ska endast betrakta döendet som en naturlig process.⁴²

Liksom i utredningen SOU 1995:5 *Vårdens svåra val* så tas de grundläggande medicinsk-etiska principerna upp även i SOU 2001:6. Man tar upp principerna men går inte in närmare på vad de innebär.

³⁸ Dir. 1997:147

³⁹ SvD Nyheter – Fakta och argument om dödshjälp

⁴⁰ Dir. 1997:147

⁴¹ SOU 2001:6, sid 55

⁴² Skr. 2004/05:166

2.10 Vidare om de medicinsk-etiska principerna och etik i vården

Vad de grundläggande medicinsk etiska principerna står för är alltså inte tydligt i de utredningar som tagits upp. Däremot breddar man i SOU 2001:6 resonemanget om den etiska aspekten i vården till att även prata om dygder.⁴³

Dygdetiken utgår från Aristoteles och hans verk *Den Nichomachiska etiken*. Verket kretsar kring frågan om en persons karaktär. Dygder utgör inre mänskliga karaktärsdrag eller förhållningsätt som leder människan rätt i hennes handlande.⁴⁴ Aristoteles kommer fram till att det mänskligt goda är en själens aktivitet som grundar sig på dygden.⁴⁵

I utredningen konstateras att den viktigaste dygden som finns i livets slutskede är empatin. Ordet empati kommer ursprungligen från grekiskan och innebär *inkännande i annan människas situation*. Empatin ska således få sjukvårdspersonal att alltid kunna se och vårda patienten som en person.⁴⁶ Det konstateras samtidigt att sjukvårdspersonalen inte får låta empati med sina patienter göra att de sträcker sig utöver de regler som gäller i vården. Dygdetiken måste således kompletteras med en regeletik byggd på respekt och acceptans för gällande regler för att kunna utgöra en verkkningsfull moral.⁴⁷

Läkaren P C Jerslid, som bl.a. medverkar i boken *Att få hjälp att dö*, har utvecklat ett resonemang om vad de medicinsk etiska principerna närmare skulle kunna innebära. Han menar att det är enkelt att argumentera utifrån att principen om autonomi borde ge en rätt till att själv kunna bestämma att få dödshjälp, även om det ex samtidigt kan argumenteras att läkaren som också har autonomi borde kunna ha rätt att vägra att ge dödshjälp. Principen om att göra gott kan sägas uttrycka både att man inte får döda en människa då det inte kan vara en god handling, och att man samtidigt borde få döda en människa av ren barmhärtighet om det görs för att bespara patienten lidande. Principen om att inte skada kan sägas uttrycka både att man inte får döda då det skulle vara att skada, och samtidigt att man får döda en människa i syfte att hindra att hon *skadas ytterligare* av det lidande hon är utsatt för.⁴⁸

⁴³ SOU 2001:6, sid 50

⁴⁴ SOU 2001:6, sid 50

⁴⁵ Rachels, Rachels, sid 187

⁴⁶ SOU 2001:6, sid 50

⁴⁷ SOU 2001:6 sid 50

⁴⁸ Westrin, Nilstun sid 237

2.11 Ny patientlag införs

Genom *patientmaktsutredningen* som initierades år 2011 togs frågan om patientens ställning upp på nytt.⁴⁹ Syftet var att hitta sätt att stärka patientens ställning och öka dess inflytande ytterligare i vårdsituationen.⁵⁰ Av delbetänkandet SOU 2013:2 framgår att frågan om dödshjälp inte behandlas av utredningen, trots att syftet med utredningen är att ta fram förslag för att tydliggöra och stärka patientens ställning, integritet och självbestämmande i vårdsituationen. Utredningen har fått till följd att prop. 2013/14:106 om en ny patientlag har lagts fram och antagits.⁵¹ Detta bekräftar att det än så länge inte finns någon öppning för en ny diskussion om att legalisera dödshjälp i Sverige.

⁴⁹ SOU 2013:2, sid. 3

⁵⁰ SOU 2013:2, sid 11

⁵¹ Prop. 2013/14:106

3 Svensk debatt och allmän moralfilosofisk diskussion

3.1 Bakgrund

Under åren har ett antal argument framkommit antingen för eller emot dödshjälp i svensk debatt och moralfilosofisk diskussion. Argumenten bygger på olika moralfilosofiska utgångspunkter, ex utilitarism, pliktetik och dygdetik. Utilitarism handlar om att skapa största möjliga välbefinnande för så många som möjligt. Pliktetiken tar istället fasta på att göra det som är rätt enligt ens plikt känsla. Dygdetiken tar sikte på att handla i överensstämmelse med ens karaktär.⁵² Nedan redogörs för vissa centrala och framstående argument som har framförts samt en del motargument som framkommit till dessa.

3.2 Argument för och emot dödshjälp

Det enskilt viktigaste argumentet för dödshjälp kan sägas vara att patienten har en rätt att slippa lida. Det framförs att man måste inta en human människosyn, vilken handlar om att göra undantag i situationen där patienten lider.⁵³ Därför bör dödshjälp få komplettera den palliativa vården.⁵⁴ Det kan inte ses som en god handling att tvinga en människa att lida mot sin död.⁵⁵

Det kanske vanligaste argumentet emot detta, som ofta framförs av läkare, är att läkarens uppgift i första hand är att rädda och inte avsluta liv.⁵⁶

Ett annat argument som också framförs ofta går ut på att det alltid är fel att döda en annan människa.⁵⁷ Kopplat till detta argument finns det teologiska argumentet att livets slut liksom dess början ligger i Guds händer.⁵⁸

Argument emot dessa är att det redan finns lagstadgade undantag till att döda. Ex får man döda en människa i självförsvar. Abort är ett annat

⁵² Nationalencyklopedin

⁵³ SvD Nyheter – Fakta och argument om dödshjälp

⁵⁴ Westrin, Nilstun, sid 117

⁵⁵ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 32

⁵⁶ Westrin, Nilstun, sid 227

⁵⁷ Westrin, Nilstun, sid 117

⁵⁸ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 69, 79

undantag.⁵⁹ Argumentet ges att om man får utföra abort så borde man också få ge dödshjälp, då det handlar om att avsluta ett liv i båda fall.⁶⁰

Vidare finns argumentet att alla bör ha en rätt att bestämma själva om att avsluta sina liv. Den som bestämmer över sitt liv måste också kunna bestämma när det ska upphöra.⁶¹

Mot detta argument anförs att döden inte bara angår den som får dödshjälp utan även hela samhället och i synnerhet läkare och annan sjukvårdspersonal. Att motverka destruktiva handlingar utgör ett grundläggande samhällsintresse. Dödshjälp kan inte vara annat än destruktivt.⁶² Därför kan det inte vara upp till den enskilde patienten att bestämma detta själv, när det tydligt berör andra.⁶³ Till detta argument finns också ett motargument. Även om beslutet faktiskt inte enbart angår patienten, är det patienten som står närmast situationen då det gäller patientens och ingen annans liv. Enbart patienten vet hur det är att vara patient med ett outhärdligt lidande. Därför måste patienten få ha sista ordet.⁶⁴

Ett annat argument går ut på att om man skulle legalisera dödshjälp så får det till konsekvens att den ordinarie palliativa vården inte kommer att utvecklas vidare med syftet att förbättra möjligheterna att lindra situationen för svårt sjuka patienter.⁶⁵

Mot detta argumenteras att införande av dödshjälp knappast kan få en sådan effekt då det endast kan bli tal om ett litet antal fall där dödshjälp kan bli aktuellt.⁶⁶

Fortsättningsvis finns argumentet om det så kallade *sluttande planet*, vilket går ut på att om dödshjälp införs kommer läkare att succesivt bli mer oförsiktiga i bedömningar av om dödshjälp ska ges eller inte vilket leder till att allt fler patienter får det över tiden.⁶⁷ Detta kan följaktligen leda till ett systematiskt missbruk av dödshjälp.⁶⁸ I allmänhetens ögon är ett missbruk av eutanasi troligen helt oacceptabelt.⁶⁹

Mot detta argumenteras att man kan ställa upp ett omfattande regelverk som reglerar och därmed kontrollerar när dödshjälp får användas. Detta skulle kunna innebära att flera oberoende läkare måste vara delaktiga i

⁵⁹ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 26

⁶⁰ Westrin, Nilstun, sid 111

⁶¹ Statens Medicinsk Etisk Råd, sid 28

⁶² Westrin, Nilstun, sid 251

⁶³ Westrin, Nilstun, sid 117

⁶⁴ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 28

⁶⁵ Tännsjö, Döden är förhandlingsbar, sid 129; SvD – Fakta och argument om dödshjälp

⁶⁶ Tännsjö, Döden är förhandlingsbar sid 130

⁶⁷ Tännsjö, Döden är förhandlingsbar sid 129

⁶⁸ Westrin, Nilstun, sid 117

⁶⁹ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 83

beslutsprocessen och avgöra med hänsyn till patientens situation.⁷⁰ Dessutom kan det aldrig fullständigt garanteras att dödshjälp inte utförs trots ett totalförbud.⁷¹ Det finns undersökningar gjorda i Sverige som indikerar att vissa läkare utför dödshjälp trots att det är olagligt.⁷² Det framhålls att det är högst osannolikt att lagstiftaren i en demokrati som Sverige vid en reglering av dödshjälp inte skulle vara väldigt noggrann. Därför skulle regleringen på sikt sannolikt inte kunna leda till ett missbruk av dödshjälp.⁷³

Vidare finns argumentet att ett införande av dödshjälp skulle kunna lägga press på patienter att efterfråga dödshjälp för att de inte vill känna att de blir en börda för andra.⁷⁴ Patienterna kan därmed känna en rädsla i sin vårdssituation som inte är rimlig. Dessutom kan patienter och andra människor känna oro för att dödshjälp kan komma att missbrukas.⁷⁵

Mot detta argumenteras att det inte är rimligt att oron hos ett antal patienter ska leda till att vissa andra patienter tvingas lida. Det framhålls att i etiska sammanhang brukar ett mindre obehag hos många patienter få väga lättare än ett stort obehag hos några få patienter. Därför får man vid en avvägning konstatera att dödshjälp inte kan stoppas på basis av den oro som skulle kunna finnas hos många patienter.⁷⁶

Slutligen finns argumentet att antalet patienter som får god palliativ vård väldigt sällan efterfrågar dödshjälp. De som efterfrågar det är oftast patienter som känner sig rädda för att drabbas av smärta.

Som motargument framförs att det finns patienter som faktiskt behöver dödshjälp för att undkomma lidande. De måste också inbegripas i frågan om dödshjälp.⁷⁷ Man kan inte bortse från dem bara för att de är få till antalet.⁷⁸

⁷⁰ SvD – Fakta och argument om dödshjälp

⁷¹ Westrin, Nilstun, sid 201

⁷² Westrin, Nilstun sid 115

⁷³ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 29

⁷⁴ Westrin, Nilstun sid 249; Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 30

⁷⁵ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 82

⁷⁶ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 30

⁷⁷ Westrin, Nilstun sid 116-117

⁷⁸ Statens Medicinsk Etiska Råd, sid 23

4 Analys

4.1 Lagstiftarens och regeringens argument kontra övriga argument

Lagstiftarens argumentation bygger på att en reglering inte kan göras nog försiktig. Detta går hand i hand med regeringens argumentation om att det finns en risk för missbruk i användningen av dödshjälp. Denna argumentation har stöd i den allmänna debatten i form av argumentet om det sluttande planet. Hur ska man kunna garantera att dödshjälp inte missbrukas? Till detta finns dock flera övertygande motargument. Man skulle kunna ställa upp ett omfattande regelverk för att garantera att regleringen blir så säker som möjligt. Den kan exempelvis bygga på att flera oberoende läkare är delaktiga vid beslutet om att ge dödshjälp eller inte.

En riksdag i en demokrati som den i Sverige skulle av allt att döma ta mycket allvarligt på att utföra regelverket på det bästa möjliga och säkra sätt. Dödshjälp kommer dessutom troligen att fortsätta ges trots ett totalförbud, och därför kan det vara värt att legalisera det i alla fall och då sätta tydliga ramar för under vilka omständigheter det får ges.

Lagstiftaren framför även att en reglering skulle kunna skapa oro och rädsla hos patienter. Detta framhäver även regeringen i sin argumentation, och argumentet har även getts i den allmänna debatten. Detta är förvisso en risk att ta på allvar. Samtidigt finns det övertygande motargumentet att det inte är rimligt att oron hos dessa patienter ska få väga tyngre än lidandet hos de patienter som inte kan få dödshjälp.

Ser man till hela bilden måste man därför prioritera att patienter slipper lida. Det senare argumentet övertygar alltså mest.

Regeringen framhäver att det endast är ett synnerligen litet antal patienter som skulle tvingas lida då de allra flesta får tillräckligt god palliativ vård. Detta framförs även det i den allmänna debatten. Detta bemöts med argumentet att även om dessa patienter är få till antalet, så måste man ändå ta hänsyn till dem, därför att de finns lika mycket som någon annan patient.

Det senare argumentet övertygar mest - det rimliga är att ta full hänsyn till patienterna som lider, trots att de är få.

Regeringen framhäver att det är läkarens uppgift att värna liv genom att rädda liv. Mot detta framförs att man måste kunna göra undantag i situationen av att en patient lider. Det handlar endast om ren barmhärtighet, och tar sikte på att värna patientens bästa.

Att värna liv borde innebära att värna ett gott liv – inte att alltid hålla vid liv. Att kunna göra undantag är därför helt rimligt.

4.2 Lagstiftarens och regeringens argument utifrån etiska principer

I detta avsnitt diskuteras och analyseras lagstiftarens och regeringens argumentation utifrån människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen, autonomiprincipen, godhetsprincipen, icke-skada principen, rättvisepincipen samt målsättningen om empati i vården. Kostnadseffektivitetsprincipen används inte som en grund i analysen på grund av att den tar sikte på rent ekonomiska värden snarare än moraliska.

Frågan om dödshjälp tar sikte på just sådana värden som den etiska plattformen uttrycker. Den rör både människovärde, behov och solidaritet. Därför är principerna i högsta grad relevanta för den moralfilosofiska diskussionen. Utgångspunkten i denna analys är därmed att dödshjälp *kan vara* ett alternativ att använda som åtgärd inom ramen för dessa etiska principer.

Lagstiftarens argumentation bygger bl.a. på att en reglering av dödshjälp medför risker. Dels finns en risk för missbruk i användningen av dödshjälp om det införs. Dels finns en risk att det skapas oro och rädsla hos många patienter.

Först bör konstateras att dessa argument tar sikte på risker snarare än rent etiska värderingar.

Argumenten strider ev. mot principen om människovärde. Enbart risker säger inget om hur läget faktiskt blir med ett införande av dödshjälp. För att ge alla patienter en chans till samma rätt i sin vårdsituation måste man ta dessa risker, och prioritera att patienterna får en rätt att få hjälp att dö. Annars kommer alla patienter som lider mot sin död aldrig att få riktigt samma rätt i sin vårdsituation som de patienter som inte behöver lida – då de inte får möjlighet att välja en vård som kan göra att de slipper lida.

Rimligtvis har alla patienter ett behov av att få en chans till bästa möjliga vård. Enligt behovs- och solidaritetsprincipen ska man prioritera de patienter som har störst behov. Vem har störst behov av någon som känner oro och någon som lider? Den som lider. Vidare finns det även ett behov hos samtliga patienter att det inte förekommer missbruk i vården, som också får vägas in. Samtidigt är det inte ett faktum att missbruk kommer att inträffa, utan endast en konstruerad risk byggd på spekulation. Sammantaget är då argumenten troligen inte förenliga med principen.

Argumenten uppfyller inte autonomiprincipen. Patienterna är de som ska bestämma själva om riskerna för missbruk och oro är för stora för att införa en rätt till dödshjälp. Rätten att bestämma själv väger tyngre än riskerna.

De kan möjligen sägas uppfylla principen om godhet på så sätt att man värnar de patienter som skulle kunna utsättas för ett ev. missbruk av dödshjälp om det infördes genom att ta riskerna på allvar. Det kan också argumenteras vara av godhet att man tar de andra patienternas ev. oro i beaktande. Men man värnar samtidigt inte de andra patienterna i behov av en värdig död utan lidande. Vilken avvägning är mest god?

Man skadar inte någon genom att ta riskerna på allvar. Dessutom kommer patienter att skadas av ett ev. missbruk. Men patienter kan å andra sidan skadas genom att inte få en chans till en så bra vård som möjligt.

Argumentet uppfyller inte rättvisepincipen. Det är inte rättvist mot de patienter som tvingas lida att de inte får *en chans* till bättre vård pga. risker för missbruk och oro som man inte ens vet kommer att bli verklighet.

Slutligen kan man fråga sig om det är av empati man prioriterar riskerna. Till del ja då man beaktar vissa patienters ev. oro, och till del nej då man inte beaktar lidandet hos en del andra.

Ett annat argument går ut på att det endast är ett synnerligen litet antal patienter som skulle tvingas lida då de allra flesta får tillräckligt god palliativ vård. Därför ska en rätt till dödshjälp inte införas.

Detta argument strider tydligt mot samtliga principer.

Att det endast handlar om ett fåtal patienter är ingen ursäkt för att inte införa dödshjälp - de finns lika mycket ändå. De får på detta sätt inte samma rätt som andra patienter enligt människovärdesprincipen.

Patienterna får vidare inte sina behov att bli sedda uppfyllda enligt behovs- och solidaritetsprincipen då de inte ens blivit uppmärksammade och frågade om vad de vill.

Autonomiprincipen kan naturligtvis inte uppfyllas av argumentet. Patienterna har inte ens fått en möjlighet att ta ställning. Det kan inte sägas vara av godhet som man prioriterar bort dem för att de är få till antalet. Inte heller är det rättvist. Man kan även argumentera att patienterna skadas genom att inte bli sedda överhuvudtaget. Till sist är det inte på något sätt av empati som man endast förbiser dem med detta argument.

Regeringens argumentation bygger också på argumentet att det är läkarens uppgift att värna liv, och därför ska dödshjälp inte införas. Detta är också kanske det vanligaste argumentet emot dödshjälp bland läkare.⁷⁹ Läkaren ska värna *livet* hos alla patienter i alla situationer.

Först bör man bli medveten om att betydelsen av att *värna liv* inte behöver betyda att alltid rädda en patients liv, vilket regeringen verkar mena. Att värna liv innebär rimligen endast att se till att patienten får ett gott

⁷⁹ Westrin, Nilstun, sid 227

liv. Detta kan inte utesluta dödshjälp, om det krävs för att säkerställa att patienter inte lider.

Argumentet kan sägas strida mot människovärdesprincipen på så sätt att kravet på att alla patienter ska ha lika rätt inte uppfylls. Kan en läkare sägas värna en patient som lider till följd av bristande palliativ vård på samma sätt som en som slipper lida? Detta är inte alls självklart, även om vårdutbudet är detsamma. I det ena fallet ger behandlingen inte tillräcklig effekt.

Resonemanget strider troligen mot behovs- och solidaritetsprincipen. Man uppfyller inte behovet hos dödligt sjuka patienter som lider svårt och därför vill avsluta sitt liv genom att förlänga deras liv och således lidande. Deras behov, om man frågar patienterna, ligger troligen i att slippa lida och detta borde prioriteras. Att inte prioritera detta kan inte vara att värna dem. Det är patienternas utgångspunkt som ska beaktas.

Enligt principen om autonomi ska en patient få rätt att själv bestämma över sitt liv. Ett antal patienter skulle i fallet av outhärdligt lidande välja att avsluta sitt liv. Därför kan det ses som att argumentet strider mot principen. Motargumentet blir att läkaren också ska kunna bestämma över sitt liv, och därför inte bör bli tvingad att utföra dödshjälp. Detta är dock en skild fråga. Patienterna ska därför enligt principen ha rätt att välja att dö.

Vidare kan man fråga sig om det är av godhet som man alltid värnar någons liv genom att hålla henne vid liv? Detta är inte självklart i fallet av att en patient lider svårt. Det kan visserligen ses som en god handling att fortsätta rädda en patients liv, men gäller det verkligen hur länge som helst om patienten tydligt säger att den inte önskar leva längre? Palliativ vård klarar inte att lindra i alla patientfall. Till slut nås en gräns då lidandet blir så pass outhärdligt för patienter att vissa väljer att avsluta sitt liv. Är det då en god handling att inte erbjuda dödshjälp?

Det går att hävda att man skadar en patient genom att ta dess liv, och att det därför kan ses som att argumentet håller med utgångspunkt i principen om icke-skada. Samtidigt kan det likväl vara att man skadar en patient när man håller henne kvar i livet genom att hon då fortsätter lida. Lidandet innebär i så fall skadan, och denna tolkning väger antagligen tyngre om man utgår från att det är patientens utgångspunkt som räknas i enlighet med vad som tagits upp i utredningarna om den svenska vården.

Det bör konstateras att det inte kan vara rättvist att en läkare alltid ska värna liv genom att hålla vid liv. Att vissa lider och andra slipper är inte rättvist. Detta medför att läkaren måste kunna värna livet på olika sätt. Att värna livet kan då innebära att erbjuda hjälp att dö.

Slutligen, är det verkligen av empati att hålla någon vid liv - särskilt när hon lider av att vara kvar i livet?

5 Avslutning

5.1 Slutsatser

Hur står sig lagstiftarens och regeringens argument till grund för att inte legalisera dödshjälp mot de andra argument som framkommit i den allmänna debatten och moralfilosofiska diskussionen?

Slutsatsen är att deras argument inte övertygar gentemot de andra argumenten. Visserligen finns ett par argument i den allmänna debatten och moraldiskussionen som stödjer regeringens och lagstiftarens argumentation, men det finns samtidigt ett antal övertygande motargument gentemot alla av lagstiftarens och regeringens. Dessa tar sikte på att göra undantag i situationen av att en patient lider, och att se till att hennes perspektiv och vilja beaktas i första hand. Därför borde hon ha en rätt *till ett val* om att få hjälp att dö.

Kan lagstiftarens och regeringens argument sägas vara förenliga med de etiska principer som slagits fast för hälso- och sjukvården?

Slutsatsen är att deras argument till övervägande del inte är förenliga med principerna. De är sannolikt inte förenliga med principerna om människovärde, behov och solidaritet. De är troligen inte heller förenliga med principerna om godhet, icke-skada och empati, även om principerna delvis uppfylls genom att man tydligt tar alla patienter inom sjukvården i beaktande. De är inte förenliga med principerna om autonomi och rättvisa.

5.2 Personliga reflektioner

Frågan om dödshjälp utreds knappast i de flesta utredningar som har gjorts om palliativ vård. Man konstaterar istället att frågan inte ska utredas. Kan det vara så att en rätt till dödshjälp anses vara förknippad med så stora risker att man från politiskt håll inte ens vill ta i frågan?

Slutsatserna indikerar att det absolut finns en grund för att noga utreda frågan om dödshjälp, vilket hittills inte gjorts. Syftet skulle vara att säkerställa att patienter i svensk vård mår så bra som möjligt, och då måste man titta på och noga utvärdera alla möjliga alternativ till åtgärder inom vården. Därför är det rimligt att utreda en rätt till dödshjälp i svensk vård så snart som möjligt.

6 Käll och litteraturförteckning

6.1 Källor

6.1.1 Statens offentliga utredningar

- SOU 1995:5 Vårdens svåra val
- SOU 2001:6 Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slutskede
- SOU 2013:2 Delbetänkande av patientmaktsutredningen

6.1.2 Propositioner

- Prop. 1962:10 Brottsbalken
- Prop. 2013/14:106 Patientlag

6.1.3 Direktiv och skrivelser

- Dir. 1997:147 Om vård i livets slutskede
- Skr. 2004/05:166 Vård i livets slutskede

6.2 Litteratur

- Rachels, James, Rachels, Stuart, *Moralfilosofi*, Andra upplagan, Lund 2008
- Rönnerberg, Lena, *Hälso- och sjukvårdsrätt*, Tredje upplagan, 2011
- Tännsjö, Torbjörn, *Döden är förhandlingsbar*, Stockholm 2009
- Tännsjö, Torbjörn, *Vårdetik*, Falun 1998
- Westrin, Claes-Göran (red.), Nilstun, Tore (red.), *Att få hjälp att dö*, Lund 2005
- Rynning, Elisabeth, *Samtycke till medicinsk vård och behandling – En rättsvetenskaplig studie*, Uppsala 1994
- Statens Medicinsk Etiska Råd, *Eutanasi – En debattskrift*, Stockholm 1992

6.3 Elektroniska källor

- *SvD - Fakta och argument om dödshjälp.*
Elektronisk. Hämtad 2014-11-28 kl. 14:31.
http://www.svd.se/nyheter/inrikes/fakta-och-argument-om-dodshjalp_379482.svd
- *Statens Medicinsk Etiska råd – Autonomi.*
Elektronisk. Hämtad 2014-11-30 kl. 13:30.
<http://www.smer.se/etik/autonomi/>

Rättsfallsförteckning

- Case of Pretty vs. United Kingdom, application no. 2346/02
- Kirunafallet SvJT 1965 s. 77
- RH 1996:69