



JURIDISKA FAKULTETEN  
vid Lunds universitet

Ellen Ekberg

# Rätten att neka medicinsk behandling

Att utöva den negativa självbestämmanderätten själv eller genom annan

JURM02 Examensarbete

Examensarbete på juristprogrammet  
30 högskolepoäng

Handledare: Titti Mattsson

Termin för examen: Period 1 HT2020

# Innehåll

<b>SUMMARY</b>	<b>1</b>
<b>SAMMANFATTNING</b>	<b>2</b>
<b>FÖRORD</b>	<b>3</b>
<b>FÖRKORTNINGAR</b>	<b>4</b>
<b>1 INLEDNING</b>	<b>5</b>
1.1 Uppsatsens ämne	5
1.2 Syfte och frågeställningar	7
1.3 Metod och material	8
1.4 Forskningsläge	11
1.5 Avgränsningar	12
1.6 Disposition	13
<b>2 DEN NEGATIVA SJÄLVBESTÄMMANDERÄTTEN</b>	<b>14</b>
2.1 Inledning	14
2.2 Gällande rätt	14
2.3 Den negativa självbestämmanderätten i ett historiskt perspektiv	15
<b>3 PATIENTERS NEGATIVA SJÄLVBESTÄMMANDERÄTT</b>	<b>19</b>
3.1 Inledning	19
3.2 Undantag från kravet på samtycke	19
3.2.1 Att begränsa den negativa självbestämmanderätten	19
3.2.2 Fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa	20
3.2.3 Nöd	21
3.2.4 Tvångslagstiftning	21
3.3 Presumerat samtycke	21
3.4 I förväg lämnade viljeförklaringar	22
3.4.1 Livsuppehållande behandling	22
3.4.2 Organdonation	24
3.5 Sammanfattning	25
<b>4 STÄLLFÖRETRÄDARSKAP</b>	<b>28</b>

<b>4.1</b>	<b>Inledning</b>	<b>28</b>
<b>4.2</b>	<b>Framtidsfullmakter</b>	<b>28</b>
<b>4.3</b>	<b>Legala ställföreträdarskap</b>	<b>30</b>
4.3.1	God man	30
4.3.2	Förvaltarskap	31
4.3.3	Anhörigbehörighet	31
<b>4.4</b>	<b>Jämförelse av de olika formerna av ställföreträdarskap</b>	<b>32</b>
<b>4.5</b>	<b>Sammanfattning</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>EXEMPLET ENGLAND</b>	<b>35</b>
<b>5.1</b>	<b>Inledning</b>	<b>35</b>
<b>5.2</b>	<b>Kravet på samtycke</b>	<b>35</b>
<b>5.3</b>	<b>Advance directives</b>	<b>36</b>
5.3.1	Beslut att neka behandling	36
5.3.2	Formkrav	37
5.3.3	Presumtionen om beslutsförmåga	38
5.3.4	Kravet på giltighet och tillämplighet	38
5.3.5	Kritik av advance directives	40
<b>5.4</b>	<b>Bakomliggande intressen</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>FRAMTIDSFULLMAKTER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN</b>	<b>46</b>
<b>6.1</b>	<b>Inledning</b>	<b>46</b>
<b>6.2</b>	<b>Krav från internationellt håll</b>	<b>47</b>
6.2.1	Biomedicinkonventionen	47
6.2.2	Europarådsrekommendationen	48
<b>6.3</b>	<b>Förarbeten</b>	<b>48</b>
<b>6.4</b>	<b>Framtidsfullmakter i Norden</b>	<b>50</b>
<b>6.5</b>	<b>Utformningen av framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården</b>	<b>51</b>
6.5.1	Den svenska eller den engelska modellen	51
6.5.2	Lärdomar från den engelska regleringen	51
6.5.3	Att stärka självbestämmanderätten	53
6.5.4	Beslut att neka behandling	55
<b>6.6</b>	<b>I förväg lämnade viljeförklaringar</b>	<b>55</b>
<b>6.7</b>	<b>Planering av palliativ vård</b>	<b>56</b>
<b>6.8</b>	<b>Bör framtidsfullmakter införas i hälso- och sjukvården?</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER</b>	<b>59</b>
<b>7.1</b>	<b>Inledning</b>	<b>59</b>

7.2	Den negativa självbestämmanderätten i Sverige och dess framväxt	59
7.3	Utövandet av den negativa självbestämmanderätten	60
7.4	Beslutsfattande genom advance directives	63
7.5	Vägen framåt	64
	<b>KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING</b>	<b>66</b>
	Källor	66
	Elektroniska källor	67
	Litteratur	68
	<b>RÄTTSFALLSFÖRTECKNING</b>	<b>71</b>

# Summary

Patients in Sweden have the right to negative autonomy which means they have a right to refuse treatment. This right can be found in the Swedish Patient Act as well as in constitutional law. Negative autonomy is guaranteed through the requirement that patients must consent to medical treatment for such treatment to lawfully be carried out. Exemptions from the requirement of consent can be made in cases where there is acute and serious danger for the patient's life or health, cases which fall within the necessity regulation in the Criminal Code, or through coercive legislation. Furthermore, medical treatment can be carried out based on so called presumed consent.

This paper examines the cases where a patient lacks decision-making capacity and thus cannot consent to medical treatment. In such cases it is impossible to guarantee the patient's negative autonomy. The purpose of the paper is to examine how a patient's right to refuse treatment is practiced within the healthcare system when the patient lacks decision-making capacity and identify the existing shortcomings. Moreover, the purpose is to examine how the lack of clear legislation means that we are unable to guarantee respect for patients' negative autonomy.

A patient's right to negative autonomy has been strengthened during the past few decades. However, because of how the system is currently designed, the responsibility to make decisions regarding the healthcare of a patient who lacks decision-making capacity falls on the healthcare providers and there are several ways to bypass the consent requirement. The only decisions about medical treatment that can be made in advance and result in a legally binding decision are refusals of organ donation and, in certain cases, refusals of life sustaining treatment. There are a number of legal possibilities that allow another person to make decisions for a person who lacks capacity, for example continuing powers of attorney. However, none of these legal possibilities include the right to make decisions about healthcare.

In England, the issue of healthcare decision-making for a person who lacks decision-making capacity has been tackled through the use of advance directives. Advance directives are advance decisions to refuse treatment. Using advance directives and the current Swedish regulation of *framtidfullmakter*, the paper discusses whether using *framtidfullmakter* in healthcare might be a way of providing patients their right to negative autonomy. It is stated that further regulation is required to strengthen patients' rights and to ensure compliance with the rule of law. The current legislation lacks regulation about how to decide about medical treatment for patients lacking capacity. The paper concludes that the use of *framtidfullmakter* in healthcare could strengthen patients' negative autonomy.

# Sammanfattning

Patienter har i Sverige så kallad negativ självbestämmanderätt, det vill säga en rätt att neka behandling. Denna rätt återfinns i såväl patientlagen som i svensk grundlag. Den negativa självbestämmanderätten uttrycks bland annat genom kravet att patienten måste samtycka till medicinsk behandling för att sådan ska få genomföras. Kravet på samtycke kan åsidosättas vid fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, vid situationer som omfattas av brottsbalkens regler om nöd samt genom tvångslagstiftning. Vidare kan medicinsk behandling genomföras med stöd av så kallat presumerat samtycke.

Denna uppsats behandlar de situationer där patienten inte själv har förmåga att fatta beslut gällande hälso- och sjukvård och det därför inte kan inhämtas något samtycke till behandling från patienten. I dessa fall kan patientens negativa självbestämmanderätt inte garanteras. Syftet med uppsatsen är att undersöka hur patientens rätt att neka behandling utövas inom hälso- och sjukvården när patienten saknar beslutsförmåga och identifiera de brister som finns. Syftet är vidare att undersöka hur avsaknaden av en tydlig reglering av frågan innebär att patienters negativa självbestämmanderätt inte respekteras.

Det kan konstateras att patientens negativa självbestämmanderätt har kommit att stärkas under de senaste decennierna men att, såsom systemet är utformat idag, det yttersta ansvaret att fatta beslut för den som själv inte kan hamnar hos sjukvårdspersonalen. Det finns också flertalet sätt att kringgå samtyckeskravet. Endast vad gäller organdonation och i vissa fall vad gäller livsuppehållande behandling erbjuds möjlighet för patienten att med bindande verkan i förväg neka behandling. Det finns ett antal lagstiftade lösningar för att fatta beslut åt en person som är oförmögen att själv fatta beslut, däribland framtidsfullmakter men ingen av dessa lösningar ger rätt att besluta i frågor som rör hälso- och sjukvård.

I England har problemet med beslutsfattande inom hälso- och sjukvården för den som inte själv kan fatta beslut angripits genom inrättandet av så kallade *advance directives*. Advance directives är en slags framtidsfullmakt som även får omfatta beslut om hälso- och sjukvård. Med hjälp av advance directives och den reglering av framtidsfullmakter som redan finns i Sverige diskuteras i uppsatsen huruvida införandet av framtidsfullmakter på den svenska hälso- och sjukvårdens område hade kunnat vara en lösning för att tillförsäkra patienter deras negativa självbestämmanderätt i Sverige. Det kan konstateras att ytterligare reglering av frågan är nödvändig för att stärka patienters självbestämmanderätt och för att öka rättssäkerheten på området. Gällande rätt är bristfällig vad gäller regleringen av beslutsfattande inom hälso- och sjukvård för den som inte själv kan fatta beslut. I uppsatsen konstateras att framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården är en möjlig väg mot en stärkt negativ bestämmanderätt för patienter.

# Förord

Min lista av folk att tacka för hjälpen med denna uppsats är lång. Först och främst vill jag rikta ett stort tack till min handledare Titti Mattsson. Förutom att du väckt mitt intresse för den medicinska rätten har du erbjudit utförliga och genomtänkta kommentarer. Att du är den person på Juridiska fakulteten som svarar fortast på mail och dessutom alltid avslutar dem med lugnande ord är grädden på moset.

Vid sidan av Titti måste mina proffs, Hedvig och Johanna, nästan ses som bonushandledare. De har gett mig vägledning i hur man skriver ett examensarbete sedan dag ett. Som vanligt har både er vänskap och er korrekturläsning varit ovärderlig. Vad jag är glad att jag haft er vid min sida de senaste åren och vad jag önskar att ni kunde vara här och fira med mig nu när det blivit min tur att bli färdig. Tack!

Tack också till mina ibland skidåkande och alltid otroliga Katten, Fors och Annis. Er vänskap är en oändlig källa till kärlek, skratt och goda råd. Ett extra tack riktas till Katten som förutom att agera tålmodigt bollplank också varit min ständiga vapendragare och danspartner – och stundtals diskat min disk.

Jag vill också rikta ett tack till Vildandens quizklubb för att ni vecka ut och vecka in lyssnat på mitt gnäll och lärt mig livsläxor såsom Lex Scaramanga. Tack också till mina kollegor på Försäkringskassan för att ni gett mig arbetsro (nåja) och låtit mig slippa spela pingis med er.

Tack mamma och pappa för allt stöd och all kärlek.

Skvallertanterna, även om ni inte har haft en aning om vad jag ägnat min tid åt det senaste halvåret hade det här aldrig gått utan er. Tack för att jag aldrig behöver prata om juridik med er men alltid kan prata om precis allt annat.

Sist men inte minst, tack Ruben för att du kollat på alla Sagan om ringen-filmer med mig om kvällarna och sett till att jag hållit mig socialiserad och glad trots att vi befunnit oss i pandemi- och uppsatstider.

Lund den 6 januari 2021

*Ellen Ekberg*

# Förkortningar

BrB	Brottsbalken (1962:700)
Ds	Departementsserien
EKMR	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna
EU	Europeiska unionen
FB	Föräldrabalken (1949:381)
FFL	Lag (2017:310) om framtidsfullmakter
FL	Förvaltningslagen (2017:900)
HLR	Hjärt-lungräddning
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
PL	Patientlagen (2014:821)
prop.	Proposition
RF	Regeringsformen (1974:152)
SMER	Statens medicinsk-etiska råd
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens Offentliga Utredningar



# 1 Inledning

## 1.1 Uppsatsens ämne

Föreställ dig att din mamma, som börjar bli till åren kommen, frågar dig om råd kring sin framtid. Hon undrar hur hon ska gå tillväga för att försäkra sig om att sjukvården läggs upp på ett sätt som hon är bekväm med för det fall hon skulle bli mycket sjuk. Hon uttrycker bland annat att hon inte vill ta emot livsuppehållande behandling. Hon är dessutom rädd för operationer och vill inte behöva genomgå en sådan, även om konsekvenserna av att låta bli skulle vara allvarliga eller livshotande. Din mamma undrar om hon kan upprätta en fullmakt eller liknande för att ge dig möjlighet att bestämma hur vården ska se ut om hon blir för dålig för att kunna göra det själv.<sup>1</sup> Går det att låta henne upprätta ett dokument som möjliggör att du får fatta besluten, om hon inte längre själv har förmågan att göra det? Kan du på något annat sätt försäkra dig om att din mamma inte behöver genomgå behandling som hon inte vill ta emot?

En grundläggande princip som återfinns i patientlagen (2014:821), PL, är att patienten måste samtycka till vård för att vård ska få ges.<sup>2</sup> Om din mamma blir erbjuden en behandling som hon inte vill genomgå kan hon därmed neka behandlingen, och då får inte sjukvården genomföra den. Det kan dock förekomma situationer där en patient inte längre har förmågan att besluta vilken vård hen vill ta emot, på grund av exempelvis demens eller medvetlöshet, och det är just denna typ av situationer som din mamma oroar sig för. Som det ser ut i Sverige idag saknas, förutom i vissa undantagsfall, reglering kring vem som får beslutsfatta i frågor om sjukvård för vuxna beslutsoförmögna patienter.<sup>3</sup> Eftersom vi saknar sådan reglering hamnar i nuläget det yttersta ansvaret att fatta beslut på patientens läkare, men det är tveksamt huruvida det alltid finns lagstöd för läkaren att fatta dessa beslut. En läkare känner dessutom inte nödvändigtvis till vad patienten har för åsikt om sjukvården som ska ges, men måste ändå försöka beslutsfatta på ett sätt som ska återspegla patientens vilja.<sup>4</sup> När det är tveksamt om patienten hade samtyckt till behandling händer det också att vårdgivaren lutar sig mot brottsbalkens, BrB, bestämmelser om nöd.<sup>5</sup>

Din mamma undrar om hon kan skriva ett dokument där hon ger dig möjlighet att fatta beslut för hennes räkning när hon inte längre kan göra det

---

<sup>1</sup> Jfr fråga ställd till Lawline ”Hur ger jag någon som inte är min släkting behörighet att fatta beslut för min räkning i framtiden?”, <[lawline.se/answers/hur-ger-jag-nagon-som-inte-ar-min-slakting-behorighet-att-fatta-beslut-for-min-rakning-i-framtiden](http://lawline.se/answers/hur-ger-jag-nagon-som-inte-ar-min-slakting-behorighet-att-fatta-beslut-for-min-rakning-i-framtiden)>, besökt 2020-11-13.

<sup>2</sup> Se 4 kap. 2 § PL.

<sup>3</sup> Se Johansson (2019), <[www.svd.se/lagstifta-om-var-d-for-de-beslutsoformogna](http://www.svd.se/lagstifta-om-var-d-for-de-beslutsoformogna)>, besökt 2020-12-21.

<sup>4</sup> Se Litins’ka (2020) s. 92.

<sup>5</sup> Se Sjölenius (1989) s. 65 f.

själv. Sedan 2017 har det i Sverige varit möjligt att använda framtidsfullmakter, det vill säga fullmakter som upprättas medan en person fortfarande har beslutsförmåga och som ger någon annan behörighet att företräda personen i framtiden i det fall beslutsförmågan förloras på grund av exempelvis sjukdom. Framtidsfullmakter får dock inte omfatta åtgärder inom hälso- och sjukvården och är därmed inte ett alternativ för din mamma som vill upprätta ett bindande dokument om vilken vård hon vill ta emot eller vem som ska få besluta om detta i hennes ställe.<sup>6</sup>

Det faktum att du känner till din mammas vilja och kan finnas där under vården för att berätta om denna vilja om hon själv inte skulle kunna det innebär inte att det du berättar blir bindande. Om en patient inte längre själv har beslutsförmåga ska hälso- och sjukvårdspersonalen förvisso ta hänsyn till vad närstående till patienten kan berätta om patientens vilja, eftersom vården i Sverige ges utifrån patientens önskemål och vilja och inte utifrån vad som bedöms vara patientens objektiva bästa.<sup>7</sup> Om det finns ett nedskrivet dokument där patienten uttrycker en vilja att inte ta emot livsuppehållande behandling, ett så kallat livstestamente, ska hänsyn tas även till detta i bedömningen av vad som är patientens vilja. En närstående kan dock aldrig ensam fatta beslut om exempelvis huruvida livsuppehållande åtgärder ska upphöra eller inte, utan det slutgiltiga beslutet ligger på hälso- och sjukvårdspersonalen.<sup>8</sup> Vad närstående berättar om patientens vilja är endast en del av det som vårdgivaren baserar sitt beslut på och det går inte att garantera att beslutet följer vad den närstående berättar.<sup>9</sup> Du kan därmed framföra din mammas vilja men det finns inget sätt att göra din mammas i förväg uttryckta vilja juridiskt bindande.

Vi har i svensk lag ett krav på samtycke till hälso- och sjukvård för att behandling ska få ges. När någon saknar beslutsförmåga kan vi dock inte längre garantera att en patients rätt att neka behandling som hen inte vill ta emot, det vill säga patientens negativa självbestämmanderätt, respekteras. Detta eftersom det inte går att garantera att beslutet som vårdgivaren fattar för dennes räkning följer dennes vilja. Att reglering saknas vad gäller vuxna beslutsoförmögna är problematiskt av flera anledningar. Enligt statens medicinsk-etiska råd, SMER, skapar bristen på reglering en osäkerhet hos vårdpersonal och anhöriga kring vilka åtgärder som är tillåtna och vem som har rätt att fatta besluten. Detta kan leda till att vården, utöver att eventuellt vara i strid med patientens vilja, fördröjs eller helt uteblir. Patienter som saknar beslutsförmåga riskerar därmed att få sämre vård än de som har beslutsförmåga. Genom att inte införa reglering på området lämnar lagstiftaren ifrån sig möjligheten att ange vilka sätt att fatta beslut för beslutsoförmögna patienters räkning som är acceptabla. Detta har i sin tur medfört att praxis på området varierar, vilket är ett rättssäkerhetsproblem.<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup> Se lagen (2017:310) om framtidsfullmakter 1–2 §§.

<sup>7</sup> Se Staaf, Wendel och Zanderin (2018) s. 2; Litins'ka (2020) s. 92.

<sup>8</sup> Se Socialstyrelsen (2011) s. 38.

<sup>9</sup> Se Staaf, Wendel och Zanderin (2018) s. 23.

<sup>10</sup> Se Johansson (2019), <[www.svd.se/lagstifta-om-varld-for-de-beslutsoformogna](http://www.svd.se/lagstifta-om-varld-for-de-beslutsoformogna)>, besökt 2020-12-21.

SMER lyfter fram ett antal förändringar vad gäller reglering av beslutsfattande för vuxna beslutsoförmögna som behöver genomföras för att kunna säkerställa god vård på lika villkor. Dessa förändringar syftar till att skydda beslutsoförmögna, vilka är en grupp patienter som är extra utsatta och som samhället måste ta ansvar för. SMER konstaterar att det behövs ett system med legala ställföreträdare för att lösa de nuvarande problemen med rättssäkerheten och för att säkerställa att patientens självbestämmanderätt och vilja respekteras. SMER uttrycker också att hälso- och sjukvårdspersonalen inte ska behöva uttolka nödbestämmelsen i BrB för att kunna genomföra sina dagliga insatser för beslutsoförmögna patienter, utan det måste införas rättsligt stöd i patientlagstiftningen.<sup>11</sup>

Sammanfattningsvis finns det ett flertal brister vad gäller regleringen om beslutsoförmögna patienters negativa självbestämmanderätt och hur den utövas i Sverige idag. Frågan är hur lagstiftningen hade kunnat förändras för att i högre grad säkerställa att den negativa självbestämmanderätten respekteras? Vid beslutsoförmåga tar vi i stor utsträckning ifrån enskilde dennes möjlighet att få påverka och bestämma över sin egen vård. Som det ser ut idag ligger istället det yttersta ansvaret för att fatta beslut för patientens räkning på läkaren. Detta trots att det egentligen fortfarande krävs samtycke för att behandling ska få ges. Ett system som är utformat på detta sätt riskerar att äventyra rättssäkerheten och underminera patientens självbestämmanderätt.

## 1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur patientens negativa självbestämmanderätt, det vill säga rätten att neka behandling, utövas inom hälso- och sjukvården när patienten saknar beslutsförmåga och inte själv kan samtycka till behandlingen. Syftet är vidare att identifiera de brister som finns i den svenska regleringen av beslutsfattande för patienter utan beslutsförmåga, och hur avsaknaden av en tydlig reglering innebär att vi inte kan säkerställa att patienters negativa självbestämmanderätt respekteras. Slutligen avser jag undersöka hur den svenska lagstiftningen hade kunnat utformas annorlunda för att respektera den negativa självbestämmanderätten. För att göra detta hämtas inspiration från hur den negativa självbestämmanderätten utövas på andra områden är hälso- och sjukvården i Sverige idag och hur den i England utövas med hjälp av så kallade advance directives.

För att uppnå mitt syfte ska följande frågeställningar besvaras:

- Hur ser gällande rätt ut i Sverige vad gäller den negativa självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården och hur har det nuvarande rättsläget vuxit fram?

---

<sup>11</sup> Se Johansson (2019), <[www.svd.se/lagstifta-om-varld-for-de-beslutsformogna](http://www.svd.se/lagstifta-om-varld-for-de-beslutsformogna)>, besökt 2020-12-21.

- Hur utövas den negativa självbestämmanderätten i Sverige?
- Hur tillförsäkras patientens negativa självbestämmanderätt vid beslutsoförmåga i England?
- Hade en utvidgning av framtidsfullmakter till att omfatta hälso- och sjukvård i större utsträckning försäkrat att patientens negativa självbestämmanderätt respekteras?

## 1.3 Metod och material

Uppsatsen syftar till att dels undersöka den gällande rättsliga regleringen av patientens negativa självbestämmanderätt, dels att diskutera hur den hade kunnat utformas för att i större utsträckning respektera den negativa självbestämmanderätten. Bert Lehrberg, professor i civilrätt<sup>12</sup>, konstaterar att när en utredning de lege ferenda, vad lagen borde vara, ska göras för lagstiftningsarbete eller forskning finns en idealmodell för hur en sådan utredning kan gå till.<sup>13</sup> Denna idealmodell har jag använt som förlaga för denna uppsats. Uppsatsen består av tre delar: en introducerande rättshistorisk del, en rättsdogmatisk del som också innehåller vissa komparationer med ett annat rättssystem och en avslutande rättspolitisk del.

I en utredning om hur lagen bör utformas är det enligt Lehrberg viktigt att skaffa sig en bild av hur det livsområde som lagen ska reglera ser ut idag. Han skriver att man bör se till hur de moderna samhällsförhållandena och dagens grundläggande värderingar skiljer sig från hur samhället såg ut när den nuvarande regleringen kom till.<sup>14</sup> I uppsatsens första del (kapitel 2) kommer jag att ge en sådan övergripande bild av den negativa självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården. Jag introducerar ämnet, redogör kort för den rättshistoriska bakgrunden och går igenom lagregleringen av de grundläggande rättsliga principer vi har att förhålla oss till – det vill säga kravet på samtycke till hälso- och sjukvård och respekten för patientens självbestämmanderätt. Avsikten med att ta avstamp i den rättshistoriska bakgrunden och se till i vilken kontext en rättsregel vuxit fram är att det kan hjälpa till att tydliggöra syftet med bestämmelsen.<sup>15</sup> När vi anlägger ett historiskt perspektiv på hälso- och sjukvården är det lätt att se hur mycket regleringen av grundläggande värderingar förändrats på förhållandevis kort tid och att den medicinska rätten är föränderlig och dynamisk.

Vidare uttrycker Lehrberg att författaren inledningsvis måste klargöra vilken reglering som finns på det aktuella området idag och skaffa sig en uppfattning om i vilka hänseenden den nuvarande lagen är otillräcklig. Efter att detta är gjort är det ofta också nyttigt att se till hur frågan hanteras på andra rättsområden där samma fråga uppkommer. Även en inventering av

<sup>12</sup> Se <<https://katalog.uu.se/empinfo/?id=N96-3681>>, besökt 2021-01-05.

<sup>13</sup> Se Lehrberg (2020) s. 284 ff.

<sup>14</sup> Se Ibid., s. 284 ff.

<sup>15</sup> Se Ibid., s. 147 och 282 f.

utländsk rätt kan vara av stort värde, både för att få uppslag till hur frågan kan lösas i Sverige och för att det finns ett självständigt intresse i att europeisk eller internationell rättslighet eftersträvas.<sup>16</sup> I den andra, rättsdogmatiska, delen av uppsatsen (kapitel 3 till 5) gör jag just detta. Utgångspunkt för denna del av uppsatsen har varit att, i enlighet med rättsdogmatisk metod, använda mig av lagstiftning, förarbeten, rättspraxis och doktrin för att fastställa gällande rätt och kunna presentera de eventuella oklarheter och brister som finns i den gällande rätten.<sup>17</sup> Jag redogör först för hur den negativa självbestämmanderätten utövas i hälso- och sjukvården i Sverige idag. Därefter går jag igenom hur den negativa självbestämmanderätten utövas på andra områden än hälso- och sjukvården genom att gå igenom framtidsfullmaktens användning inom privaträtten och hur legala ställföreträdare används vid beslutsoförmåga. Slutligen gör jag en internationell utblick och vissa komparationer med engelsk rätt. Jag använder olika rättskällor när jag redogör för de olika ländernas reglering. Detta beror på att det rör sig om olika rättssystem med olika metodologiska system. När jag skriver om advance directives inom hälso- och sjukvården i engelsk rätt använder jag mig av de rättskällor som är relevanta för den engelska rättsordningen. Exempelvis använder jag praxis när jag presenterar den engelska rätten medan förarbeten har getts en mer central roll vad gäller svensk rätt.

Den andra delen av uppsatsen avslutas alltså med en internationell utblick med vissa komparationer. Komparativ rätt beskrivs av Anna Jonsson Cornell, professor i komparativ konstitutionell rätt<sup>18</sup>, som en studie och jämförelse av två eller flera rättssystem eller delar av rättssystem. En sådan jämförelse hjälper oss att förstå det egna rättssystemet, och kan samtidigt bredda vår världssyn. En komparativ studie hjälper också till vid en granskning av den egna rätten, och kan skapa förutsättning för en mer djuplodad diskussion kring ett eventuellt behov av reform och vilka lösningar som hade varit tänkbara.<sup>19</sup> Syftet med den internationella utblicken i uppsatsen är att ge en översiktlig bild av hur en vitt skild rättsordning har valt att lösa problemet med hur självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården ska utövas när den enskilde inte längre har beslutsförmåga, med hjälp av ett institut som redan används i Sverige inom civilrätten. Jag använder mig inte av en komparativ metod i den bemärkelse att jag använder mig av lika mycket svenskt material som utländskt. Istället har jag tagit inspiration från Thomas Bulls avhandling där han uttrycker att de komparativa delarna ska ha ett ”tjänande syfte”. Med detta avser han att genomgången av den utländska rätten är tänkt att främst ge perspektiv på de svenska lösningarna eller potentiella lösningarna och erbjuda viss insikt i vilka alternativ som hade kunnat vara tänkbara i Sverige.<sup>20</sup> För att kunna uppfylla syftet med uppsatsen, att undersöka hur lagen skulle kunna utformas för att tillförsäkra patienter deras negativa självbestämmanderätt,

---

<sup>16</sup> Se Lehrberg (2020) s. 284 ff.

<sup>17</sup> Se Kleineman (2018) s. 21.

<sup>18</sup> Se <katalog.uu.se/empinfo/?id=N99-1684>, besökt 2021-01-05.

<sup>19</sup> Se Jonsson Cornell (2020) s. 19.

<sup>20</sup> Se Bull (1997) s. 23.

använder jag alltså Englands *advance directives* för att exemplifiera hur den negativa självbestämmanderätten utövas inom hälso- och sjukvården utomlands.

Bull uttrycker vidare att syftet med en komparativ studie inte är att helt och hållet försöka *förklara* de likheter och skillnader som finns mellan länderna, utan endast att *visa* vilka dessa likheter och skillnader är.<sup>21</sup> Jag har utformat min uppsats efter samma devis och jag går därför inte igenom alla de faktorer som kan förklara varför skillnader mellan rättsordningar uppstår, såsom skillnader i exempelvis ekonomiska system, religion och historia. Istället vill jag visa på vilka likheter och skillnader som finns i regleringen och lyfta fram hur denna utformning av lagstiftningen har motiverats. Detta kan sedan användas som utgångspunkt i en diskussion om den svenska regleringen och hur den hade kunnat utformas. Framställningen av den engelska rätten är med anledning av detta inte lika omfattande som presentationen av den svenska rätten. Det finns vidare ett antal grundläggande krav vid komparativrättslig forskning som kan uppfyllas även om det inte rör sig om att göra en fullständig komparation. Dessa krav är att reglerna som jämförs ska behandla samma situationer – i mitt fall utövandet av den negativa självbestämmanderätten – och att reglerna ska ha samma funktion och syfta till att lösa samma problem – i mitt fall beslutsfattande om hälso- och sjukvård vid beslutsförmåga hos vuxna.<sup>22</sup>

Enligt Lehrberg bör slutligen någon eller några lösningsmöjligheter presenteras utifrån det underlag som lagts fram, följt av en genomgång av argument för och emot de potentiella lösningarna. Hänsyn kan i detta moment behöva tas till vilka värderingar som finns i rättssystemet och vilka målsättningar som präglar gällande rätt. När vi sett till vilka målsättningar som finns att ta hänsyn till vid utformandet av den nya lagstiftningen blir den slutliga frågan att ta ställning till vilken av lösningarna som främjar målsättningen på bäst sätt.<sup>23</sup> Den tredje delen av uppsatsen (kapitel 6) innehåller en rättspolitisk del där jag diskuterar hur patientens negativa självbestämmanderätt skulle kunna regleras i svensk lag. I denna avslutande del kommer jag att diskutera om framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården är lösningen på problemet och därför bör införas i Sverige. Detta ställningstagande inför framtiden görs med utgångspunkt i vad som tidigare presenterats om den svenska rätten och med inspiration av hur England valt att utforma sin reglering, i den mån denna lagstiftning bedömts vara eftersträvansvärd. För att kunna föra resonemang de lege ferenda används en rättspolitisk argumentation. Claes Sandgren uttrycker att syftet med en rättspolitisk argumentation kan vara att undersöka och analysera gällande rätt för att se om rätten bör ändras i syfte att uppnå ett visst ändamål. Det kan också handla om att ifrågasätta lagstiftningens utgångspunkter, grundläggande drag och konsekvenser.<sup>24</sup> I uppsatsens avslutande del eftersträvar jag att göra just detta.

---

<sup>21</sup> Se Bull (1997) s. 633 f.

<sup>22</sup> Se *Ibid.*, s. 633 f.; Bogdan (1994) s. 58 ff.; Zweigert och Kötz (1987) s. 31 f.

<sup>23</sup> Se Lehrberg (2020) s. 284 ff.

<sup>24</sup> Se Sandgren (2007) s. 62.

## 1.4 Forskningsläge

Det finns mycket forskning som behandlar patientens negativa självbestämmanderätt och som tar upp den negativa självbestämmanderätten vid beslutsoförmåga i Sverige. Exempelvis har Elisabeth Rynning behandlat ämnet i sin avhandling *Samtycke till medicinsk vård och behandling* publicerad 1994. I uppsatsen använder jag mig även av ett par artiklar som Rynning har författat: 'Mänskliga rättigheter och biomedicinen – drivkrafter i rättsutvecklingen' och 'Still no Patients' Act in Sweden – Reasons and Implications'. Rynning är numera chefsjustitieombudsman men har tidigare varit professor i medicinsk rätt vid Uppsala universitet och justitieråd i Högsta förvaltningsdomstolen.<sup>25</sup>

Framtidsfullmakter, i deras nuvarande utformning i gällande rätt, har behandlats i såväl doktrin som förarbeten. Exempel är Per Westmans *Framtidsfullmakter*, prop. 2016/17:30 Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna och Ds 2014:16 Framtidsfullmakter. Framtidsfullmaktens användning inom hälso- och sjukvården har behandlats i SOU 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning. Betänkandet har skickats på remiss och remissyttranden skulle inkomma senast 31 mars 2016 men ännu finns ingen lagrådsremiss eller proposition.<sup>26</sup>

Advance directives i England behandlas flitigt i artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Exempel på dessa är 'Revisiting Advance Decision Making under the Mental Capacity Act 2005: A Tale of Mixed Messages' författad av Rob Heywood, professor i medicinsk rätt<sup>27</sup> och 'Advance Decision Making - Rhetoric or Reality' skriven av Carolyn Johnston, docent i juridik och bioteknologi<sup>28</sup>. De etiska och juridiska svårigheter som lagstiftaren ställs inför vad gäller patienters självbestämmanderätt och beslutsfattande vid beslutsoförmåga var föremål för debatt redan innan instiftandet av Mental Capacity Act 2005, som reglerar advance directives. Exempel på röster som hörts i denna debatt är Ronald Dworkin, professor i juridik och filosofi<sup>29</sup>, som författat bland annat 'Autonomy and the Demented Self' och Rebecca Dresser, professor i medicinsk etik<sup>30</sup>, som skrivit 'Life, Death, and Incompetent Patients: Conceptual Infirmities and Hidden Values in the Law'.

---

<sup>25</sup> Se <[www.jo.se/sv/Om-JO/Justitieombudsmannen/ChefsJO-Elisabeth-Rynning/](http://www.jo.se/sv/Om-JO/Justitieombudsmannen/ChefsJO-Elisabeth-Rynning/)>, besökt 2021-01-05.

<sup>26</sup> Se Remiss S2015/06260/FS.

<sup>27</sup> Se <[people.uea.ac.uk/r\\_heywood](http://people.uea.ac.uk/r_heywood)>, besökt 2021-01-05.

<sup>28</sup> Se <[law.unimelb.edu.au/about/staff/carolyn-johnston](http://law.unimelb.edu.au/about/staff/carolyn-johnston)>, besökt 2021-01-05.

<sup>29</sup> Se <[www.law.nyu.edu/news/RONALD\\_DWORKIN\\_MEMORIAM](http://www.law.nyu.edu/news/RONALD_DWORKIN_MEMORIAM)>, besökt 2021-01-05.

<sup>30</sup> Se <[law.wustl.edu/faculty-staff-directory/profile/rebecca-dresser/](http://law.wustl.edu/faculty-staff-directory/profile/rebecca-dresser/)>, besökt 2021-01-05.

## 1.5 Avgränsningar

Uppsatsen behandlar den negativa självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården. I framställningen ligger fokus på vuxnas självbestämmanderätt och jag kommer därför inte att behandla barn. Detta eftersom regleringen ser annorlunda ut och andra avvägningar blir nödvändiga när man talar om barns självbestämmanderätt. Uppsatsen har en offentlighetsrättslig inriktning och kommer endast behandla civilrätt i den del som går igenom exempel på hur den negativa självbestämmanderätten utövas utanför än hälso- och sjukvården.

Uppsatsen kommer inte att behandla *positiv* självbestämmanderätt mer än i syfte att förklara vad självbestämmanderätt innebär. Det relevanta för uppsatsen är den *negativa* självbestämmanderätten, det vill säga en patients rätt att neka behandling, och hur denna rätt tillmötesgås i hälso- och sjukvården. Vidare behandlas enbart självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården och jag exkluderar därmed tandvård, omsorg (socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS) och forskning.

I uppsatsen redogörs vidare för varför lagstiftningen ser ut som den gör vad gäller patientens självbestämmanderätt och vad som kan ha påverkat självbestämmanderätten under det senaste århundradet. Denna del är tänkt att ge ett övergripande historiskt perspektiv på lagen och är inte en komplett historisk bakgrund till patientens självbestämmanderätt.

Uppsatsen fokuserar på somatisk vård, det vill säga den vård som behandlar fysiska åkommor, och inte psykiatrisk vård. De exempel jag tar upp handlar om rätten att neka somatisk vård, exempelvis vård i livets slutskede eller vård vid demenssjukdom. Tvångsvård kommer inte att behandlas mer än översiktligt när jag presenterar de undantag som finns från kravet på samtycke till hälso- och sjukvården. Den beslutsoförmåga som diskuteras är vidare främst beslutsoförmåga som härrör ur sjukdomstillstånd och inte beslutsoförmåga som härrör ur exempelvis funktionsnedsättning. Eftersom uppsatsen handlar om vuxna faller även avsaknad av beslutsförmåga med anledning av att den enskilde är minderårig utanför uppsatsens ramar.

Förutom den svenska rätten har jag valt att inkludera en komparativ del där jag studerar engelsk rätt. Detta för att kunna visa hur regleringen av den negativa självbestämmanderätten ser ut i ett annat land och vilka de bakomliggande skälen till utformningen i England är. Även om det hade varit önskvärt att göra en jämförelse mellan svensk rätt och flera andra rättsordningar har jag av utrymmesskäl endast kunnat göra komparationer med ett land. Jag tar kortfattat upp att framtidsfullmakter används inom hälso- och sjukvården i Norden för att visa att de kan införas och användas i rättsordningar som är lika vår egen, men i övrigt håller jag mig till den svenska och engelska rätten.



Jag har valt engelsk rätt för att den kan erbjuda spännande infallsvinklar från ett rättssystem som tillhör common law-familjen och som är olikt vårt eget. Anglosaxiska rättsordningar har en lång tradition av att använda sig av framtidsfullmakter, som är ett nytt koncept i Sverige, och i England används så kallade advance directives inom sjukvården.<sup>31</sup> Att studera den engelska rätten kan därmed ge insyn i hur framtidsfullmakter används i en rättsordning där de funnits under en längre tid. Det är även intressant att se om det finns några lärdomar att hämta från den engelska debatten. Av denna anledning anser jag att det bör vara möjligt att uppfylla uppsatsens syfte med hjälp av en jämförelse med endast England.

## 1.6 Disposition

Jag inleder uppsatsen med att i kapitel 2 gå igenom vad negativ bestämmanderätt inom hälso- och sjukvården innebär samt att ge en viss historisk bakgrund till patienters självbestämmanderätt. Kapitel 3 behandlar därefter hur den negativa självbestämmanderätten utövas i hälso- och sjukvården idag och vilka brister som finns i denna reglering vad gäller beslutsförmögna. I kapitel 4 presenteras hur den negativa självbestämmanderätten utövas genom andra när beslutsförmåga saknas. Kapitel 5 utgörs av en internationell utblick där jag använder den engelska regleringen av advance directives som exempel på hur andra länder försökt lösa problemet med beslutsfattande åt patienter som saknar beslutsförmåga. I kapitel 6 diskuterar jag huruvida införandet av framtidsfullmakter på hälso- och sjukvårdens område hade kunnat vara en lösning för att tillförsäkra patienter deras negativa självbestämmanderätt i Sverige. Kapitel 7 sammanfattar vad som tidigare presenterats och vilka slutsatser jag kommit fram till.

---

<sup>31</sup> Se Westman (2019) s. 13.

# 2 Den negativa självbestämmanderätten

## 2.1 Inledning

Syftet med uppsatsen är, som tidigare nämnts, att analysera den negativa självbestämmanderätten och hur patienter kan utöva den själva eller genom andra. I ett senare skede presenteras hur den negativa självbestämmanderätten utövas i Sverige. Därefter analyseras hur lagstiftningen skulle kunna förändras för att i större utsträckning tillförsäkra patienter deras negativa självbestämmanderätt. För att kunna göra detta behöver vi först förstå vad den negativa självbestämmanderätten faktiskt innebär och vad som är gällande rätt. Det är också användbart för förståelsen av patientens självbestämmanderätt att övergripligt gå igenom hur synen på patienten inom hälso- och sjukvården har utvecklats och påverkat hur lagstiftningen har utformats. Det handlar alltså om att, som Lehrberg uttryckte det<sup>32</sup>, introducera det livsområde som uppsatsen handlar om.

## 2.2 Gällande rätt

Patientens självbestämmanderätt är, som namnet vittnar om, en rättighet. I den svenska förvaltningsrätten anses en rättighet vara en förmån som dels är väl definierad i lag, dels är utkrävbar. Att rättigheten är utkrävbar innebär bland annat att det ska finnas möjlighet till att överklaga, men också ofta att det finns viss statlig tillsyn över den som administrerar förmånen. Det görs också en åtskillnad mellan positiva och negativa rättigheter. Positiva rättigheter innefattar rätten att få tillgång till någon särskild förmån eller tjänst som tillhandahålls av någon annan. Negativa rättigheter är det som ibland kallas friheter, det vill säga rätten att slippa vissa angivna åtgärder som vidtas av någon annan. En negativ rättighet kan inte vara utkrävbar på samma sätt som en positiv rättighet, eftersom den negativa rättigheten inte innebär att du ska få något konkret. Lagstiftning som ger den enskilde negativa rättigheter måste istället utformas som så att en kränkning av den negativa rättigheten får konsekvenser.<sup>33</sup>

Positiva rättigheter som patienter har är bland annat rätten att få tillgång till vård över huvud taget, rätten att själv få välja läkare, rätten till information och rätten att få ta del av sin journal. Kravet på samtycke till vård och behandling som är centralt för hälso- och sjukvården innefattar främst en negativ rättighet – rätten att slippa de åtgärder som patienten inte vill ta emot. Samtyckeskravet innebär dock även positiva rättigheter, såsom rätten

---

<sup>32</sup> Se kap. 1.3 Metod och material.

<sup>33</sup> Se Rynning (1994) s. 70.

att bli respektfullt bemött.<sup>34</sup> Även om vården så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten finns det ingen skyldighet att låta patienten bestämma vilken behandling som han eller hon ska få. Patienten har alltså den negativa rättigheten att avstå från en behandling, men inte den positiva rättigheten att kräva att hen får en viss behandling.<sup>35</sup>

Patientens negativa självbestämmanderätt innebär rätten att neka behandling och återfinns på flera ställen i svensk gällande rätt. Det uttrycks i 4 kap. 1 § PL att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Det framgår också uttryckligen i 4 kap. 2 § PL att hälso- och sjukvård inte får ges om inte patienten samtycker, om inte annat framgår i lag. Detta samtycke har inget formkrav utan kan lämnas skriftligen, muntligen eller genom att patienten på något annat sätt visar att hen samtycker till behandlingen. Samtycket kan också tas tillbaka när som helst.<sup>36</sup> All hälso- och sjukvård är alltså frivillig för patienten.<sup>37</sup>

Patientens självbestämmanderätt skyddas också i grundlag genom skyddet mot medicinsk behandling utan samtycke i 2 kap. 6 § regeringsformen, RF. Bestämmelsen uttrycker att varje medborgare gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. ”Det allmänna” syftar till verksamhet som bedrivs av det offentliga samt verksamhet som drivs av privata rättssubjekt på uppdrag av kommuner och landsting. ”Påtvingat kroppsligt ingrepp” innebär medicinska ingrepp och tvångsmedicinering, men omfattar också läkarundersökningar och åtgärder som kan räknas som kroppsbesiktning.<sup>38</sup> Förbudet mot påtvingade kroppsliga ingrepp i 2 kap. 6 § RF omfattar med andra ord åtgärder inom hälso- och sjukvården, såväl inom den offentliga vården som inom privat vård när den ges på uppdrag av det offentliga. Att bereda en patient vård utan att patienten samtycker till vården kan, beroende på omständigheterna, anses vara en integritetskränkning, tortyr eller förnedrande behandling.<sup>39</sup>

## 2.3 Den negativa självbestämmanderätten i ett historiskt perspektiv

De fem stater som räknas till Norden – Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige – är lika varandra i många avseenden.<sup>40</sup> Vi har ett delat kulturellt och historiskt arv och förespråkar alla en välfärdsstat. Samarbetet mellan de nordiska länderna har varit väl utvecklat men trots detta skiljer sig länderna åt en hel del inom den medicinska rätten.<sup>41</sup> Länderna har olika historisk bakgrund vilket leder till vissa olikheter i lagstiftningen. Finland och

---

<sup>34</sup> Se Rynning (1994) s. 72 f.

<sup>35</sup> Se patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 1–2 §§.

<sup>36</sup> Se 4 kap. 2 § PL.

<sup>37</sup> Se Staaf, Wendel och Zanderin (2018) s. 22 f.

<sup>38</sup> Se Ibid., (2018) s. 21 f.

<sup>39</sup> Se Litins'ka (2020) s. 85.

<sup>40</sup> Se Jonsson Cornell (2020) s. 93.

<sup>41</sup> Se Rynning och Hartlev (2012) s. 6.

Sverige har främst påverkats av kontinenten, Tyskland i synnerhet. Danmark, Island och Norge har influerats mer av den anglosaxiska rätten.<sup>42</sup> Även EU-rätt och Europarätt, exempelvis europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, EKMR, har inflytande på de respektive rättsordningarna.<sup>43</sup>

I Sverige speglar rättsutvecklingen under 1900-talet de ideologiska strömningar som skedde under perioden. Så syns vara fallet även den vad gäller utvecklingen av den negativa självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården. Den starkaste politiska strömningen var socialismen, så som den tolkades av arbetarrörelsen och det socialdemokratiska partiet. Socialdemokraterna befann sig i regeringsställning så gott som oavbrutet från 1932 fram till 1976.<sup>44</sup>

Under första halvan av 1900-talet pågick en intensiv reformperiod med målsättningen att skapa ett samhälle som var mer demokratiskt och ansvarstagande.<sup>45</sup> Den sociala omsorgen om medborgarna är ett drag som varit utmärkande för samhällsutvecklingen efter första världskrigets slut. Denna utveckling gick hand i hand med att arbetarrörelsen växte i styrka. Socialvården började betraktas som samhällets skyldighet snarare än att socialvård uteslutande sågs som allmosor. Utvecklingen rörde sig också alltmer från det individualistiska samhällssystemet mot ett mer centralstyrt välfärdssamhälle.<sup>46</sup> Med detta följde att vårdsektorn växte och blev alltmer proaktivt arbetande. Det fanns också en behandlingsoptimism inom läkarkåren och en tendens att medikalisera social och kriminalpolitiken, det vill säga att börja se och behandla de åkommor och problem människor hade som medicinska problem som kunde behandlas med hjälp av medicinska lösningar. Denna behandlingsoptimism och medikalisering påverkade exempelvis barna- och ungdomsvården, psykopatvården, missbrukarvården och kriminalvården. Läkarkåren tillskrevs en växande vetenskaplig auktoritet.<sup>47</sup>

Makarna Gunnar och Alva Myrdal ses idag som folkhemmets arkitekter som i sin *Kris i befolkningsfrågan* planerade hur Sverige skulle reformeras. Många av de socialpolitiska förbättringar de skrev om i boken som publicerades 1934 infördes i Sverige under det kommande årtiondet. Det handlade om en förebyggande politik som skulle förhindra att människor hamnade i fattigdom och nöd. Makarna Myrdals politik väjde dock inte för radikala lösningar och drastiska ingripanden var aktuella om de kunde hjälpa till att förebygga problem. Exempelvis fanns det i anknytning till de regler som gav människor rätt till hjälpinsatser fanns även bestämmelser om hur den som inte skötte sig skulle hanteras. Det fanns alltså ett visst mått av tvång och kontroll inblandat i det samhälle som byggdes. Kontrollen kunde

---

<sup>42</sup> Se Jonsson Cornell (2020) s. 93.

<sup>43</sup> Se Rynning och Hartlev (2012) s. 6.

<sup>44</sup> Se Inger (2011) s. 307.

<sup>45</sup> Se Norström (2020) s. 20 ff.

<sup>46</sup> Se Inger (2011) s. 308.

<sup>47</sup> Se Norström (2020) s. 20 ff.

till och med ses som en förutsättning för de välfärdsreformer som infördes – att uppfostra medborgarna var en viktig del av samhällsreformen.<sup>48</sup>

Patientens självbestämmanderätt har historiskt sett inte haft en framträdande roll i förhållandet mellan patient och läkare. Förhållandet mellan dessa parter har traditionellt byggt på att läkaren har ett specifikt kunnande samt en vilja att bota och patienten ska ha förtroende för läkaren. Vården kunde kanske inte ha skett om patienten motsatte sig den, men att inhämta ett formellt samtycke till behandlingen som skulle ges ansågs troligtvis främmande. Patienten ansågs inte kompetent att delta i beslutsprocessen och information om den medicinska vetenskapen skulle inte delas med patienten.<sup>49</sup>

Inställningen i svensk rätt har även historiskt varit att en patient själv får bestämma om hen vill ta emot medicinsk behandling eller inte. Numera finns detta uttryckt i lagtexten, bland annat tidigare nämnda 4 kap. 2 § PL där det framgår att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Förr var det däremot endast i vissa specialfall som det uttrycktes i lagstiftningen att det fanns en rätt att besluta om behandling skulle tas emot eller inte. Det handlade då om åtgärder som inte hade till syfte att förbättra patientens hälsa, såsom sterilisering, abort och kastrering.<sup>50</sup>

Trots att den generella inställningen även tidigare har varit att patienten själv får bestämma huruvida hen vill ta emot behandling eller inte så har denna självbestämmanderätt i praktiken varit begränsad. Detta beror främst på att det inte funnits en reell möjlighet för patienten att få kunskap om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsalternativ som kunde vara aktuella. Det fastställdes under 1950-talet att patienten inom offentlig vård skulle ha rätt att ta del av sin journal. Journalen innehöll vid tidpunkten dock inte alla uppgifter som kunde vara relevanta och den kunde dessutom bara nås i efterhand. Patienterna var helt beroende av hur den enskilde läkaren behandlade frågan om att dela information med patienten. Självbestämmanderätten bestod i att kunna avböja behandling vars innehåll, genomförande, risker och alternativ var mer eller mindre okända för patienten. Det rörde sig om en väldigt begränsad negativ självbestämmanderätt, som först de senaste decennierna har utökats.<sup>51</sup>

Den nordiska modellen för hälso- och sjukvårdens reglering har traditionellt varit tydligt fokuserad på de kollektiva intressena snarare än de individualistiska. De senaste årtiondena har detta förändrats och individens rättigheter har hamnat allt mer i fokus. Samma utveckling som skett i Sverige har alltså även skett på nordisk nivå.<sup>52</sup> Förändringen kommer sig

---

<sup>48</sup> Se Björkman (2019), <[popularhistoria.se/sveriges-historia/1900-tal/folkhemmets-arkitekter-alva-och-gunnar-myrdal](http://popularhistoria.se/sveriges-historia/1900-tal/folkhemmets-arkitekter-alva-och-gunnar-myrdal)>, besökt 2020-12-23.

<sup>49</sup> Se Rynning (1994) s. 67.

<sup>50</sup> Se Ibid., s. 67.

<sup>51</sup> Se Ibid., s. 67 ff.

<sup>52</sup> Se Rynning (2012) s. 123 ff.

dels av en ökad allmänbildning angående hälso- och sjukvård och mer tillgänglig information för patienten, dels av ett ökat intresse för mänskliga rättigheter.<sup>53</sup> Även internationaliseringen som pågick i politiken, exempelvis inträdet i Europeiska Unionen, påverkade den svenska rättsutvecklingen.<sup>54</sup>

För att sammanfatta verkar utvecklingen av patientens negativa självbestämmanderätt ha speglat de politiska strömningarna i samhället. Under 1900-talet präglades hälso- och sjukvården inledningsvis av att vi rörde oss mot ett mer centralstyrt samhälle, med folkhemmet som ideal. Med välfärdsreformerna växte vårdsektorn och läkarna hade stor auktoritet, medan patienterna hade mindre. Under 50-talet uttrycktes att patienten hade rätt att ta del av sin journal, men denna rätt innebar i praktiken fortfarande att patienten var beroende av vilken information läkaren ville dela med sig av. Under de senaste decennierna har vi dock rört oss mer och mer mot en hälso- och sjukvård som prioriterar patienträttigheter och 2014 kom patientlagen som uttryckligen gav patienten negativ självbestämmanderätt genom kravet på samtycke till behandling.

---

<sup>53</sup> Se Rynning (1994) s. 68.

<sup>54</sup> Se Inger (2011) s. 307.

# 3 Patienters negativa självbestämmanderätt

## 3.1 Inledning

Den negativa självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården handlar som tidigare nämnts om att patienten ska kunna neka behandling som hen inte vill ta emot. Eftersom det finns ett krav på samtycke för att medicinska åtgärder ska få ges kan patienten alltså tacka nej till all behandling hen inte vill ta emot, med resultatet att behandlingen då inte får ges. Att tacka nej till behandling kan patienten dock i praktiken endast göra så länge hen är kapabel att uttrycka sin vilja och har beslutsförmåga. Hur fattas beslut – och hur utövas den negativa självbestämmanderätten – i Sverige idag när beslutsförmåga saknas hos en vuxen person?

Detta kapitel behandlar de olika sätt som finns inom hälso- och sjukvården idag att fatta beslut för den som inte själv kan göra det. Vissa av lösningarna innebär att beslutsfattandet sker genom annan, ibland tvärt emot patientens vilja, medan andra innebär en möjlighet för den enskilde att själv uttrycka sin vilja och utöva sin självbestämmanderätt. Jag inleder kapitlet med att presentera undantagen från kravet på samtycke, situationerna där det med rättsligt stöd går att genomföra en medicinsk åtgärd utan att den enskilde samtycker. Därefter behandlas användandet av presumerat samtycke och nödbestämmelsen i BrB i situationer där samtycke i och för sig krävs men av någon anledning inte kan inhämtas. Avslutningsvis presenteras de möjligheter hälso- och sjukvården faktiskt erbjuder patienter att i förväg beslutsfatta om medicinska åtgärder.

## 3.2 Undantag från kravet på samtycke

### 3.2.1 Att begränsa den negativa självbestämmanderätten

Patientens negativa självbestämmanderätt, som tidigare presenterats, återfinns på flera platser i den svenska lagstiftningen. Den återfinns i 4 kap. 1 och 2 §§ PL där det uttrycks att patientens självbestämmanderätt och integritet ska respekteras respektive att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke. I 2 § framgår också att kravet på samtycke inte gäller om annat följer av patientlagen eller av någon annan lag. Det lämnas alltså i patientlagen visst utrymme för undantag från kravet på samtycke, så länge undantaget är lagstiftat.

Den negativa självbestämmanderätten skyddas även i 2 kap. 6 § RF som reglerar skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Precis som kravet på

samtycke i PL får skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden begränsas i lag. Förutom att begränsningen måste vara lagstiftad framgår i RF ett antal förutsättningar som måste vara för handen för att skyddet mot kroppsliga ingrepp ska få begränsas. Förutsättningarna är att det kroppsliga ingreppet eller frihetsberövandet utförs i syfte att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle samt att ingreppet är nödvändigt med hänsyn till ändamålet, vilket framgår i 2 kap. 21 § RF.

För att medicinsk behandling ska få ges utan samtycke krävs alltså att det föreligger en situation som uppfyller kraven i såväl PL som i RF. Det finns ett antal sådana i lag angivna situationer: undantagsbestämmelsen i 4 kap. 4 § PL, nödbestämmelsen i BrB och all den tvångslagstiftning som finns på hälso- och sjukvårdens område. Jag går igenom dessa i 3.2.2 till 3.2.4.

### **3.2.2 Fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa**

I 4 kap. 4 § PL uttrycks en möjlighet att vårda en patient trots att denne inte kan lämna samtycke till behandlingen. Det framgår att patienten ska få den vård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa. Detta gäller även om patientens vilja inte kan utredas på grund av medvetslöshet eller annan orsak.<sup>55</sup>

Rekvisiten i 4 kap. 4 § PL är kumulativa vilket innebär att båda måste vara uppfyllda för att paragrafen ska vara tillämplig. Att faran måste vara akut och allvarlig innebär att bestämmelsen ska tolkas snävt och att den endast får tillämpas i situationer där patienten, om hen inte får vård, riskerar att dö eller lida omfattande skada. Det är endast tillfälliga åtgärder som kan omfattas av undantaget. Vård i form av daglig medicinering eller för att nå effekt långt fram i tiden kan inte falla under bestämmelsen eftersom faran då inte är att anse som akut. Typiska situationer där vård kan beredas enligt bestämmelsen är vid sepsis, stroke, hjärtstopp eller lungkollaps. Att patientens vilja inte kan utredas på grund av medvetslöshet eller av annan orsak beror typiskt sett på att patienten är medvetslös, okontaktbar på grund av påverkan av läkemedel eller droger, befinner sig i chock eller är svårt dement.<sup>56</sup>

Undantagsregeln i 4 kap. 4 § PL presumerar att patienter alltid vill ta emot somatisk behandling, eftersom regeln innebär en möjlighet att ge behandling även när patienten inte kan samtycka. Denna presumtion blir dock endast relevant när en patient själv inte kan uttrycka sin vilja. Annars krävs, som tidigare nämnts, att patienten samtycker för att vård ska få beredas, även när det handlar om fara som akut och allvarligt hotar liv och hälsa.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> Se 4 kap. 4 § PL.

<sup>56</sup> Se Litins'ka (2020) s. 87 f.

<sup>57</sup> Se Litins'ka (2020) s. 88.



### 3.2.3 Nöd

I vissa fall där patientens vilja inte kan utredas, men det finns tveksamhet kring huruvida patienten hade samtyckt till behandlingen, kan det istället för att tillämpa 4 kap. 4 § PL bli aktuellt att vårdgivaren lutar sig mot nödbestämmelsen i BrB för att ge behandling utan patientens samtycke.<sup>58</sup> Nödbestämmelsen återfinns i 24 kap. 4 § BrB där det i 2 st. konstateras att ”nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse”. Föreligger nöd kan behandling ges även om patientens samtycke inte kan inhämtas, eller om patientens vilja att neka behandling är känd men dennes vägran att undergå behandling inte kan tillmätas relevans på grund av dennes tillstånd. När behandling ges med stöd av nödbestämmelsen föreligger det tvång, men det är en tillåten form av tvång.<sup>59</sup>

### 3.2.4 Tvångslagstiftning

Utöver de ovan beskrivna undantagen från kravet på samtycke i 4 kap. 4 § PL och nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB finns det ett antal andra lagar som begränsar skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövande. Som exempel kan nämnas smittskyddslagen (2004:168), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.<sup>60</sup> Dessa lagrum ger möjlighet att i särskilda situationer fatta beslut och ge vård som går emot den enskildes vilja.

## 3.3 Presumerat samtycke

Alla situationer där en person är i behov av vård men saknar beslutsförmåga faller inte in under undantagsregeln i 4 kap. 4 § PL, som kräver att faran akut och allvarligt hotar liv och hälsa samt att det inte går att utreda patientens vilja. Inte heller går det i alla fall att tillämpa nödbestämmelsen eller den särskilda tvångslagstiftningen. Det kan till exempel röra sig om situationer där patienten inte kan nyttja sin självbestämmanderätt på grund av medvetlöshet eller demens och är i behov av sjukvård, utan att det rör sig om fara som hotar liv eller hälsa i den utsträckning som undantagen kräver. I sådana situationer finns det i Sverige inget lagstöd för att ingripa och frågan uppkommer om en medicinsk insats därför kan ses som tvång. Det saknas i denna fråga vägledning i lagstiftning, förarbeten och praxis.<sup>61</sup>

Trots att lagstöd saknas behöver beslut om patienters hälso- och sjukvård ändå i praktiken fattas i sådana situationer när beslutsförmåga saknas. I doktrin framförs två möjliga modeller vi i Sverige kan använda oss av för att

---

<sup>58</sup> Se Sjölenius (1989) s. 65 f.

<sup>59</sup> Se Ibid., s. 65 f.

<sup>60</sup> Se Staaf, Wendel och Zanderin (2018) s. 22.

<sup>61</sup> Se Litins'ka (2020) s. 91 f.

avgöra hur beslutet om patientens vård ska fattas. Enligt den första modellen ska vård ges utifrån vad som är patientens bästa. Enligt den andra modellen så ska vård ges enligt vad som tolkas vara patientens önskemål och preferenser. Om vi väljer den första modellen och vill ge vård enligt patientens bästa måste det först avgöras vad som är patientens bästa. Detta görs genom att utvärdera objektiva och subjektiva faktorer för att komma fram till vad som kommer vara objektivt bäst för patienten. Patientens vilja kan här spela in och är en av faktorerna som tas i beaktande, men den är inte avgörande. Om vi istället väljer den andra modellen, att vård ska ges utifrån patientens önskemål och preferenser, ligger fokus på vetenskap om patientens tidigare uttryck av vilja och erfarenheter. Vad som anses som objektivt bäst är irrelevant. I Sverige gäller för vuxna att det finns en skyldighet att säkerställa respekt för patientens önskemål och preferenser, det vill säga den andra modellen, och inte att vård ska ges utifrån vad som nödvändigtvis är patientens bästa objektivt sett.<sup>62</sup> När beslutsförmåga saknas används därför istället ett så kallat hypotetiskt eller presumerat samtycke.<sup>63</sup>

Presumerat samtycke innebär att vårdpersonal bildar sig en uppfattning om vad patienten hade velat om hen hade haft möjlighet att uttrycka sina önskemål och preferenser. Denna uppfattning bildar sig vårdgivaren genom att ta ställning till den sammantagna information som hen har tillgång till. Denna information består bland annat av vad det planerade ingreppet innebär, vilka konsekvenser patienten hade lidit om det inte hade genomförts, vad patienten eventuellt tidigare uttryckt, vad anhöriga menar att patienten vill och hur patienter i liknande situationer brukar ställa sig till insatsen.<sup>64</sup> Om slutsatsen är att patienten hade velat ha behandlingen kan vårdgivaren presumera att det inte är ett påtvingat ingrepp och genomföra det så länge patienten inte uttrycker något annat. Om slutsatsen är att patienten inte hade velat ha behandling är ingreppet att betrakta som påtvingat.<sup>65</sup> Presumerat samtycke har stor praktisk användning inom hälso- och sjukvården, men det är inte helt klart i lagstiftningen huruvida ett sådant samtycke egentligen är giltigt eller inte.<sup>66</sup>

## **3.4 I förväg lämnade viljeförklaringar**

### **3.4.1 Livsuppehållande behandling**

Livsuppehållande behandling är precis som all annan medicinsk behandling frivillig för patienten och denne kan uttrycka att sådan behandling inte ska inledas eller inte ska fortsätta. Om patienten nekar livsuppehållande behandling ska patientens läkare försäkra sig om att patienten och närstående till patienten har fått den information de har rätt till. Läkaren ska

---

<sup>62</sup> Se Ibid., s. 92.

<sup>63</sup> Se Staaf, Wendel och Zanderin (2018) s. 23.

<sup>64</sup> Se Ibid., s. 23.

<sup>65</sup> Se Litins'ka (2020) s. 92; Sjölenius (1989) s. 65 f.

<sup>66</sup> Se Staaf, Wendel och Zanderin (2018) s. 23.

också bedöma patientens psykiska status och förvissa sig om att patienten förstår informationen och konsekvenserna av att inte ta emot livsuppehållande behandling, att hen har haft tillräckligt med tid för sina överväganden samt står fast vid sin inställning att inte ta emot livsuppehållande behandling.<sup>67</sup>

Vad avser livsuppehållande behandling i form av hjärt-lungräddning, HLR, uttrycks i de etiska riktlinjerna att ett samtal med patienten om HLR som regel bör ske när det finns skäl att anta att patienten inte önskar HLR eller annan livräddande behandling, när det är svårbedömt om HLR är till gagn för patienten samt när patient bedöms ha en ökad risk att drabbas av hjärtstopp. Sådana samtal uppfattas oftast som angeläget och positivt, men de kan vara skrämmande och medföra att patienten känner onödig oro. Vårdpersonalen är därför inte skyldig att rutinmässigt ta upp frågan. Om en patient saknar beslutsförmåga bör patientens tidigare uttryckta önskan respekteras. Om det saknas muntliga eller skriftliga direktiv om vad patienten vill bör läkare prata med dennes närstående och om möjligt utreda patientens önskan.<sup>68</sup> En närstående kan dock aldrig ensam fatta beslut om huruvida livsuppehållande åtgärder ska upphöra eller inte.<sup>69</sup> Det är alltid den ansvariga läkaren som har det slutgiltiga ansvaret för ställningstagandet om huruvida HLR ska inledas eller fortsättas.<sup>70</sup>

Om läkarens ställningstagande är att HLR inte ska ges ska det dokumenteras i patientens journal. Ett sådant ställningstagande kan alltså ha gjorts i förväg, innan det blir aktuellt att genomföra HLR. Ställningstagandet är ändå giltigt men begränsat på så sätt att det enbart gäller under det vårdtillfället och inom det verksamhetsområdet. Om det inte finns något av läkaren dokumenterat ställningstagande i patientens journal att patienten vill avstå från HLR ska patienten förutsättas ha samtyckt till HLR och läkaren förutsätts ha bedömt att åtgärden är motiverad.<sup>71</sup>

Trots att framtidsfullmakter i dagsläget inte får omfatta åtgärder inom hälso- och sjukvården förekommer det att patienter i förväg har upprättat en skriftlig viljeförklaring att de inte vill emotta livsuppehållande behandling. Denna typ av formulär kallas ibland för "livstestamenten". Ett livstestamente är en viljeförklaring som patienten själv nedskrivit och inte ett ställningstagande gjort av en läkare efter att ha bedömt psykisk status och gett all relevant information. Livstestamenten är inte juridiskt bindande men kan ha betydelse som informationskälla och kan vara till hjälp för att ta reda på patientens önskan. Hur stor vikt som ska läggas vid denna viljeförklaring beror på hur länge sedan och under vilka omständigheter den upprättades.<sup>72</sup> Om en patient har skrivit ner sina önskemål är det patientens fasta vårdkontakt som ska ta reda på om det nedskrivna önskemålet

---

<sup>67</sup> Se SOSFS 2011:7 4 kap. 1 §.

<sup>68</sup> Se Svensk sjuksköterskeförening m.fl. s. 6 f.

<sup>69</sup> Se Socialstyrelsen (2011) s. 38.

<sup>70</sup> Se Svensk sjuksköterskeförening m.fl. s. 6 f.

<sup>71</sup> Se Ibid., s. 7.

<sup>72</sup> Se Sjölenius (1989) s. 76 f.

motsvarar patientens aktuella inställning. Om det inte går att fråga patienten får läkaren försöka kontrollera med närstående eller hälso- och sjukvårdspersonal som vårdat patienten om det nedskrivna önskemålet fortfarande stämmer. Om det är osäkert vad patienten har för inställning ska behandling ske som om patientens önskan vore okänd. Då ska ställningstagandet om huruvida livsuppehållande behandling ska ges ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>73</sup>

Sammanfattningsvis kan en patient i förväg skriva ner sina önskemål vilka ska tillmätas betydelse. Ett nedskrivet nekande till livsuppehållande vård innebär dock endast att patienten inte får livsuppehållande vård om läkaren bedömer att det inte finns några som helst tveksamheter om att patientens nedskrivna vilja står fast. Om läkaren bedömer att patientens inställning inte är helt klar saknar livstestamentet betydelse.

### 3.4.2 Organdonation

Ett område inom hälso- och sjukvården där den enskilde i förväg får uttrycka sitt samtycke eller förbud är regleringen av organdonation. Donation och transplantation av organ och vävnader regleras i lagen (1995:831) om transplantation m.m., transplantationslagen. Lagen omfattar dels donation av biologiskt material från levande, dels donation från avlidna. Reglerna skiljer sig åt beroende på vilket det handlar om.

Vad avser donation från avlidna föreskrivs i 3 § 1 st. transplantationslagen att biologiskt material avsett för transplantation eller annat medicinskt ändamål får tas från en avliden människa om denna har medgett det eller om det på något annat sätt kan utredas att åtgärden överensstämmer med den avlidnes inställning. Det finns alltså ett krav på samtycke. I bestämmelsens andra stycke framgår dock att även om det inte går att säkert veta att den avlidne samtycker till donation får biologiskt material ändå tas om den avlidne inte motsatt sig ett sådant ingrepp skriftligen, uttalat sig emot det eller om finns något annat skäl som ger anledning att anta att ingreppet skulle strida mot den avlidnes ställning. I tredje stycket framgår vidare att om uppgifterna om den avlidnes ställning är motstridiga, eller det finns andra särskilda skäl mot ingreppet, så får ingreppet inte göras. Särskilda skäl kan vara exempelvis en viss religiös tro eller medlemskap i en förening som uttryckligen ställer sig mot transplantationer.<sup>74</sup>

Medgivandet kan vara generellt eller begränsat på så sätt att bara vissa ingrepp får göras eller ingrepp för ett visst ändamål. Skriftligt medgivande kan lämnas på ett donationskort eller i brev eller annat meddelande. Det kan också skrivas in i ett testamente, men blir inte en del av testamentet i sig eftersom det inte handlar om den avlidnes kvarlåtenskap. Samtycke kan

---

<sup>73</sup> Se Socialstyrelsen (2011) s. 38.

<sup>74</sup> Se Lönnheim, kommentar till lag (1995:831) om transplantation m.m. 3 §, <juno-nj-se.ludwig.lub.lu.se/b/documents/529862?st=karnov&t=annotations#SFS1995-0831\_K0\_P3>, besökt 2020-12-28.

också lämnas genom en anmälan till Socialstyrelsens Donationsregister. Den avlidne kan också ha uttryckt sitt medgivande muntligt. Medgivande eller förbud kan ändras eller återtas när som helst och ett skriftligt medgivande kan återtas muntligen.<sup>75</sup>

En speciell företeelse vad avser donation från avlidna är det så kallade närståendevevetot i 4 § transplantationslagen. Närståendevevetot innebär att även om biologiskt material får tas enligt 3 § 2 st. transplantationslagen, alltså i sådana fall där vi inte säkert vet att samtycke finns men det inte finns anledning att tro att den avlidne motsätter sig det, så får ingreppet ändå inte göras om någon som stått den avlidne nära<sup>76</sup> motsätter sig det. Vidare föreskrivs att ifall det finns personer som stått den avlidne nära får ingreppet inte företas innan någon av dessa har underrättats om det tilltänkta ingreppet och om rätten de har att förbjuda det. Den som på sådant vis blir underrättad skall ges skälig tid att ta ställning till ingreppet.<sup>77</sup>

I november 2020 lämnades det över en proposition<sup>78</sup> till riksdagen som, om den antas, förändrar en del av den nu gällande transplantationslagen. Enligt det nya förslaget ska organbevarande behandling, det vill säga medicinska insatser som sätts in före döden, få ges till en möjlig organdonator om den inte kan vänta tills efter döden, inte medför mer än ringa smärta och skada, och inte hindrar att insatser görs för donatorns egen skull. Det föreslås också att närståendevevetot ska tas bort. Närstående ska istället för att ha vetorätt enbart kunna förmedla information om den möjliga donatorns inställning till donation. Vad gäller vuxna med funktionsnedsättning av sådan art att de aldrig haft beslutsförmåga och kunnat ta ställning till donation föreslås att transplantationsingrepp inte ska få göras alls. Det föreslås också att medicinska insatser ska få påbörjas även efter dödens inträde om de behövs för att bevara organ inför att transplantationsingreppet kan ske.<sup>79</sup>

### 3.5 Sammanfattning

Som presenterades i kapitel 2 växte regleringen av patientens negativa självbestämmanderätt, det vill säga patientens rätt att neka behandling, fram under senare delen av 1900-talet. Gällande rätt vad avser patientens negativa självbestämmanderätt återfinns idag i PL och RF. Där framgår att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras, att det krävs att patienten samtycker till medicinsk behandling för att behandlingen ska få ges och att det finns ett skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Huvudregeln är alltså

---

<sup>75</sup> Se Ibid., besökt 2020-12-28.

<sup>76</sup> Någon som stått den avlidne nära är i första hand familj och nära anhöriga men kan också i vissa fall vara särskilt nära vänner, se Se Lönnheim, kommentar till lag (1995:831) om transplantation m.m. 4 §, <juno-nj-se.ludwig.lub.lu.se/b/documents/529862?st=karnov&t=annotations#SFS1995-0831\_K0\_P3>, besökt 2020-12-28.

<sup>77</sup> Se 3–4 §§ transplantationslagen.

<sup>78</sup> Prop. 2020/21:48.

<sup>79</sup> Se Ibid., s. 1 f.

att samtycke krävs för att medicinsk behandling ska få ges. Detta krav kvarstår även när patienten saknar beslutsförmåga och inte själv kan besluta om hälso- och sjukvården. Frågan som har behandlats i detta kapitel är därför hur den negativa självbestämmanderätten utövas i Sverige när patienten saknar förmåga att fatta sina egna beslut.

I vissa undantagsfall finns det en lagstadgad rätt att genomföra medicinsk behandling trots att samtycke inte lämnats. Dessa situationer regleras i 4 kap. 4 § PL, i nödbestämmelsen i BrB och i den tvångslagstiftning som finns på hälso- och sjukvårdens område. All medicinsk behandling som inte faller in under något av dessa undantag kräver samtycke. När patienten inte själv kan lämna samtycke hamnar ansvaret i dagsläget istället på läkaren att fatta beslut om huruvida den medicinska behandlingen ska genomföras eller inte. I praktiken fattas beslutet baserat på om läkaren bedömer att det finns ett presumerat samtycke, det vill säga om det bedöms att patienten hade samtyckt om hen kunnat uttrycka sin vilja. Presumerat samtycke har stor praktisk användning i hälso- och sjukvården men det finns inget stöd i lagstiftningen och det uttrycks inte någonstans huruvida ett sådant samtycke faktiskt är giltigt. Att beslutsfattandet lämnas åt läkaren trots tvivelaktig laglig grund är enligt min mening problematiskt och inskränker patientens negativa självbestämmanderätt.

Det finns i svensk rätt ett par exempel på när patienter kan neka medicinsk behandling i förväg med bindande verkan. Denna möjlighet innebär att patienten kan utöva sin negativa självbestämmanderätt i förväg, innan den medicinska behandlingen blir aktuell, och att vårdpersonalen sedan blir bunden av patientens beslut. Denna möjlighet finns vad gäller transplantation inför organdonation och livsuppehållande behandling. Vad gäller dessa specifika medicinska behandlingar kan patienten alltså, enligt vissa regler och under vissa omständigheter, styra sin framtida hälso- och sjukvård. Även om det alltså finns ett par specifika situationer som tillåter att en patient i förväg fattar beslut om vilken sjukvård som i framtiden får genomföras erbjuds inte en sådan möjlighet generellt när beslutsförmågan framöver kommer att förloras. Detta trots att kravet på samtycke kvarstår även när patienten förlorat beslutsförmågan.

Det finns, förutom undantagen från kravet på samtycke som nämns ovan, ingen reglering som styr hur beslut ska fattas inom hälso- och sjukvården för den som inte själv kan fatta dem. Den gällande rätten erbjuder, med endast ett fåtal undantag, inga möjligheter att neka medicinsk behandling i förväg. Med tanke på att en patient enligt lag ska samtycka till den vård som ges innebär detta att den negativa självbestämmanderätten inte respekteras i tillräckligt hög grad. I dagsläget kan det i praktiken bli så att läkaren fattar beslut om att ge vård mot patientens vilja baserat på presumerat samtycke, utan att det finns något lagstöd för att ett sådant samtycke är giltigt.

Om vi återgår till exemplet i inledningen med mamman som ville få beslutsfatta om sin framtida hälso- och sjukvård kan vi konstatera att svaret inte blir helt tillfredsställande. Hon ville dels neka livsuppehållande

behandling, dels neka en eventuell framtida operation oavsett konsekvenserna. I dagsläget är det endast ett par medicinska åtgärder din mamma med bindande verkan kan besluta om i förväg. Den första åtgärden är livsuppehållande behandling. För att med bindande verkan kunna fatta beslut i förväg krävs att vissa förutsättningar är för handen. Först krävs att din mamma, när hon har beslutsförmåga, uttrycker sin vilja att inte ta emot livsuppehållande behandling och att läkarens ställningstagande om att inte ge livsuppehållande behandling nedtecknas i patientjournalen. Om hon under samma vårdtillfälle sedan hamnar i ett tillstånd där livsuppehållande behandling blir aktuell och hon inte längre kan uttrycka sin vilja blir det nedtecknade ställningstagandet bindande. Den andra åtgärden som din mamma i förväg kan besluta om är transplantation inför organdonation. Åtgärden är inte laglig om det finns någon anledning att anta att patienten inte samtycker till den. Vad gäller organdonation finns, i den nuvarande regleringen, även ett närståendeveto som du kan nyttja för att se till att transplantation inte sker om vården inte känner till din mammas åsikt.

Det din mamma verkar vilja göra är att göra dig till hennes ställföreträdare om hon själv förlorar beslutsförmågan. I nästa kapitel går jag igenom de former av ställföreträdarskap som används i svensk rätt idag.

# 4 Ställföreträdarskap

## 4.1 Inledning

Föregående kapitel går igenom hur patientens negativa självbestämmanderätt utövas – hur beslut fattas för en patient som saknar beslutsförmåga och vilka möjligheter patienter har att neka behandling i förväg. Det framgår att det saknas tydlig reglering av hur beslut ska fattas för vuxna utan beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården. Det efterfrågas, bland annat av SMER, ett system av företrädare inom vård, omsorg och forskning för den som är beslutsoförmögen. Utanför hälso- och sjukvården finns det dock ett flertal olika sätt att utöva självbestämmanderätt när den enskilde inte kan göra det själv. Beslut för den som inte själv har beslutsförmåga fattas genom användandet av framtidsfullmakter och olika former av legala ställföreträdarskap. Nedan följer en genomgång av dessa möjligheter. En inblick i hur frågan om beslutsfattande för beslutsoförmögna hanteras utanför hälso- och sjukvårdens område kan ge inspiration till hur den hade kunnat lösas även inom hälso- och sjukvården.

## 4.2 Framtidsfullmakter

Framtidsfullmakter har använts i Sverige sedan 2017 när lagen (2017:310) om framtidsfullmakter, FFL, trädde i kraft. Enligt 1 § FFL är en framtidsfullmakt ”en fullmakt som någon (fullmaktsgivaren) ger åt en fysisk person (fullmaktshavaren) att företräda fullmaktsgivaren för det fall han eller hon på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller något liknande förhållande varaktigt och i huvudsak inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser”. Många människor kommer vid något skede i livet att drabbas av ett sådant nedsatt hälsotillstånd som innebär svårigheter att ta hand om sig själv och sin ekonomi. Syftet med lagen var att genom framtidsfullmakter ge enskilda en möjlighet att i förväg utse någon som kan ha hand om deras personliga och ekonomiska angelägenheter om de vid något tillfälle senare i livet inte längre kan göra det själva.<sup>80</sup>

En framtidsfullmakt får omfatta ekonomiska och personliga angelägenheter, men inte sådana åtgärder som avses i 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det som undantas genom denna hänvisning är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter och omhändertagande av avlidna. Enkelt uttryckt undantas allt som i lagens mening anses som hälso- och sjukvård från framtidsfullmaktens omfattning.<sup>81</sup> I betänkandet SOU 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning

---

<sup>80</sup> Se prop. 2016/17:30 s. 1.

<sup>81</sup> Se 2 § FFL.



föreslogs att framtidsfullmakter skulle omfatta även hälso- och sjukvård.<sup>82</sup> I prop. 2016/17:30 konstateras att frågan om ställföreträdare för vuxna utan beslutsförmåga inom just hälso- och sjukvården har väckts i SOU 2015:80 och beretts vidare där.<sup>83</sup> Därför ansågs det att framtidsfullmakter skulle införas i övrigt, utan att invänta resultatet av den beredningen.<sup>84</sup> I dagsläget har SOU 2015:80 ännu inte resulterat i en proposition.

Det är helt upp till fullmaktsgivaren att avgöra framtidsfullmaktens omfattning. Det ska tydligt framgå om den gäller ekonomiska eller personliga angelägenheter eller både och. Det är möjligt att skriva en framtidsfullmakt som endast omfattar vissa angelägenheter eller en viss rättshandling – vilket kräver noggrant angivna gränser. Om en fullmaktsgivare trots begränsningen vad gäller hälso- och sjukvård skulle inkludera behörighet för fullmaktshavaren att besluta om åtgärder inom hälso- och sjukvård eller tandvård får fullmakten inte rättsverkan i den delen och fullmaktshavaren får alltså inte sådan behörighet.<sup>85</sup>

För att få upprätta en framtidsfullmakt måste du vara 18 år och ha beslutsförmåga. Utöver detta krävs att framtidsfullmakten måste vara skriftlig och bevittnad.<sup>86</sup> Det ska framgå av framtidsfullmakten att det är en framtidsfullmakt, vem eller vilka som är fullmaktshavare, vilka angelägenheter som omfattas av fullmakten och om det finns några övriga villkor som gäller.<sup>87</sup> En framtidsfullmakt kan inte göras oåterkallelig. Om du vill göra tillägg eller ändringar gäller samma krav som vid upprättande av fullmakten. Detta gäller inte om ändringen endast är en begränsning av fullmakten.<sup>88</sup>

Fullmaktsgivaren måste vara beslutsförmögen vid upprättandet av framtidsfullmakten. Detta uttrycks i 3 § FFL som att den som ”har förmåga att ha hand om sina angelägenheter får upprätta en framtidsfullmakt”. För att framtidsfullmakten ska träda i kraft krävs dock att fullmaktsgivaren inte längre har beslutsförmåga. Det krävs alltså att det finns beslutsförmåga vid upprättandet av framtidsfullmakten, men det är avsaknaden av beslutsförmåga som gör att den sedan kan användas. Om det saknats beslutsförmåga vid upprättandet är framtidsfullmakten ogiltig.<sup>89</sup> Personer som redan har tappat förmågan eller som aldrig haft någon förmåga kan alltså inte skriva en framtidsfullmakt. I sådana fall är det andra typer av ställföreträdarskap som blir aktuella om behovet finns.<sup>90</sup>

Själva grundidén med en framtidsfullmakt är att vuxna människor i förväg ska kunna bestämma hur de önskar att deras angelägenheter ska skötas om

---

<sup>82</sup> Se Westman (2017) s. 148.

<sup>83</sup> Se prop. 2016/17:30 s. 29.

<sup>84</sup> Se Westman (2019) s. 27.

<sup>85</sup> Se *Ibid.*, s. 24–27.

<sup>86</sup> Se 3–4 §§ FFL.

<sup>87</sup> Se 5 § FFL.

<sup>88</sup> Se 7–8 §§ FFL.

<sup>89</sup> Se Westman (2019) s. 21 och 34.

<sup>90</sup> Se Wallgren (2017) s. 175.

de själva förlorar förmågan att fatta beslut. Detta bygger på principen om rätten till självbestämmande. Rätten att bestämma över sin egen framtid och att kunna planera utan att samhället ska styra vad som är den bästa lösningen är ett grundläggande motiv till att erbjuda en möjlighet för den enskilde att själv få bestämma hur framtiden ska se ut vad gäller ekonomiska såväl som personliga frågor. Framtidsfullmakter anses alltså generellt stärka den enskildes självbestämmande.<sup>91</sup>

Att undanta beslut rörande hälso- och sjukvård från framtidsfullmaktens omfattning innebär, enligt min mening, en brist i regleringen. Problemet med att undanta beslut om hälso- och sjukvård från framtidsfullmaktens omfattning är att vi nekar patienter möjligheten att själva fatta beslut om sin sjukvård innan beslutsoförmåga inträder, trots att det genom upprättandet av en framtidsfullmakt faktiskt finns ett sätt att i förväg få fatta dessa beslut.

## 4.3 Legala ställföreträdarskap

### 4.3.1 God man

En vuxen person som inte själv kan tillvarata sina rättigheter kan enligt föräldrabalken, FB, få en ställföreträdare utsedd. Formerna av ställföreträdarskap är godmanskap, förvaltarskap och anhörigbehörighet. Grundprincipen är att den minst ingripande åtgärden ska användas, för att så långt som möjligt kunna bevara den hjälpsökandes självbestämmanderätt.<sup>92</sup>

För att en god man ska utses måste vissa förutsättningar uppfyllas. Den enskilde måste ha ett hjälpbehov som handlar om att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom och sörja för sin person. Hjälpbehovet ska vara kopplat till sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållanden. Om det finns något annat sätt på vilket den enskildes rättsliga eller ekonomiska angelägenheter kan bli tillfredsställande skötta finns inte något behov av en god man. Många som har ett hjälpbehov kan därför undantas från gruppen människor som behöver ett legalt ställföreträdarskap, bara de kan ge någon annan fullmakt att utföra de sysslor som en tillförordnad god man annars hade skött.<sup>93</sup>

För att godmanskap ska kunna anordnas krävs att den enskilde samtycker eller kan antas samtycka i de fall det framgår av läkarintyg att samtycke inte kan inhämtas.<sup>94</sup> Vid godmanskap, till skillnad från vid förvaltarskap, har huvudmannen kvar sin rättshandlingsförmåga. Den gode mannen är alltså snarare ett biträde åt huvudmannen, som fortfarande har behörighet att själv företa rättshandlingar.<sup>95</sup>

---

<sup>91</sup> Se Westman (2019) s. 14.

<sup>92</sup> Se Ds 2014:16 s 39.

<sup>93</sup> Se Ibid., s. 40.

<sup>94</sup> Se Wallgren (2017) s. 22.

<sup>95</sup> Se Westman (2017) s. 62.

Uppgifterna en god man kan ha är att bevaka huvudmannens rätt, förvalta huvudmannens egendom och sörja för huvudmannens person. Vad som inkluderas beror på vad huvudmannen själv klarar av. Godmanskapet ska vara så begränsat som möjligt och bör inte omfatta sådana uppgifter som inte behövs.<sup>96</sup> Det är i första hand huvudmannens egen vilja som gäller i alla delar av den gode mannens uppdrag. Den gode mannen kan ge vårdpersonalen värdefull information för huvudmannens räkning om denne inte är beslutsförmögen. Det är dock sjukvården själv som i slutändan måste fatta beslut om huvudmannen inte har förmåga att samtycka till behandling eftersom den gode mannen inte kan besluta i frågor som rör sjukvården.<sup>97</sup>

### 4.3.2 Förvaltarskap

Förutsättningarna för när förvaltarskap ska anordnas är desamma som för godmanskap vad gäller anledningarna till att huvudmannen behöver hjälp – sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållanden. Den enskilde ska också vara ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom. Rekvisitetet är med andra ord högre ställt och det krävs att den enskilde riskerar företa vad som kan uttryckas vara ”skadliga rättshandlingar” för att förvaltare ska få förordnas. Förvaltarskap anses vara en ingripande hjälpåtgärd, och ska inte användas om det räcker med en annan åtgärd för att tillgodose den enskildes behov.<sup>98</sup>

Den största skillnaden mellan godmanskap och förvaltarskap är att det vid godmanskap krävs att huvudmannen samtycker till de insatser som den gode mannen hjälper till med medan förvaltaren bestämmer själv, inom uppdragets gränser, och inte behöver huvudmannens samtycke. Denna rådgivning gäller inom ramarna för förvaltarens uppdrag - en förvaltare har ingen bestämmanderätt i angelägenheter som ligger utanför förvaltarskapsuppdragets omfattning.<sup>99</sup> Oavsett hur stor omfattning uppdraget har får en förvaltare dock inte besluta i frågor som rör innehållet i vård som erbjudits huvudmannen. Detta eftersom medicinska åtgärder anses vara av så personlig art att inte ens en förvaltare har rätt att bestämma över dem.<sup>100</sup> Det finns dock inget hinder mot att sjukvården inhämtar förvaltarens synpunkter.<sup>101</sup>

### 4.3.3 Anhörigbehörighet

Många anhöriga sköter sina familjemedlemmars dagliga livsföring, även när familjemedlemmen själv inte längre har beslutsförmågan i behåll. Ibland

---

<sup>96</sup> Se Wallgren (2017) s. 44.

<sup>97</sup> Se Ibid., s. 78.

<sup>98</sup> Se Ibid., s. 82 f.

<sup>99</sup> Se Ibid., s. 84 f.

<sup>100</sup> Se Rynning (1994) s. 301.

<sup>101</sup> Se Wallgren (2017) s. 84 f.

finns det skriftliga eller muntliga fullmakter, men ofta saknas det uttryckliga viljeförklaringar.<sup>102</sup> Reglerna om anhörigbehörighet ger en anhörig möjlighet att vidta ordinära rättshandlingar som har anknytning till den enskildes så kallade dagliga livsföring, vilket framgår av 17 kap. 1 § FB. Vidare uttrycks i samma paragraf att anhörigbehörighet träder in om någon inte längre har förmåga att ta hand om sina ekonomiska angelägenheter på grund av exempelvis sjukdom. Den enskilde måste ha fyllt 18 år för att anhörigbehörigheten ska träda in och det är den anhörige som avgör om behörigheten gäller. Enligt 17 kap. 2 § FB gäller anhörigbehörigheten för make eller sambo, barn, barnbarn, föräldrar, syskon och syskonbarn – i den ordningen.

Många kommuner har svårt att rekrytera goda män och förvaltare, och behovet av dessa kommer troligtvis bara att öka. Ett syfte bakom införandet av anhörigbehörighet var därför att underlätta för anhöriga att hjälpa sina familjemedlemmar utan att det krävs ansökningar om god man eller förvaltare. Detta är lättare för de närstående och bör minska belastningen på kommunerna.<sup>103</sup> Att anhörigbehörigheten ger en anhörig möjlighet att vidta ordinära rättshandlingar med anknytning till den dagliga livsföringen innebär exempelvis att en anhörig kan hjälpa den enskilde med vardagliga betalningar och inköp.<sup>104</sup> Anhörigbehörigheten innebär inte någon rätt att hjälpa till i något annat än den närståendes ekonomiska angelägenheter.

## 4.4 Jämförelse av de olika formerna av ställföreträdarskap

Framtidsfullmakter fungerar som ett alternativ till de instrument som funnits sedan tidigare när en person saknar möjlighet att besluta om sig själv, det vill säga god man och förvaltare, och som ett komplement till ordinära fullmakter.<sup>105</sup> I korthet kan institutet sägas innebära en möjlighet att välja ett privat sätt att tillgodose sina framtida behov istället för att förlita sig på de hjälpåtgärder som samhället kan erbjuda.<sup>106</sup>

Samma medicinska tillstånd ställs upp som krav för att en framtidsfullmakt ska träda i kraft som för att det ska kunna bli aktuellt att anordna godmanskap eller förvaltarskap. Detta är avsiktligt och tanken är att en framtidsfullmakt ska kunna fungera som alternativ till godmanskap och förvaltarskap.<sup>107</sup> Ett alternativ till systemen godmanskap och förvaltarskap behövdes eftersom de har visat sig ha brister. Gode mäns och förvaltares kompetens samt samhällets möjligheter att utöva tillsyn över dem har ifrågasatts. Det har konstaterats att godmanskap och förvaltarskap inte

---

<sup>102</sup> Se prop. 2016/17:30 s. 81.

<sup>103</sup> Se Ibid., s. 81.

<sup>104</sup> Se Ibid., s. 86.

<sup>105</sup> Se Ibid., s. 26.

<sup>106</sup> Se Westman (2019) s. 13.

<sup>107</sup> Se Westman (2019) s. 22; Jfr. 1 § FFL samt 11 kap. 4 och 7 §§ FB.

motsvarar hjälpbehovet som finns i tillräckligt hög grad. En växande andel äldre i befolkningen gör att behovet av alternativa hjälp- och stödåtgärder förväntas öka ytterligare.<sup>108</sup> De legala ställföreträdarskapen anses dessutom ingripande i den enskildes personliga integritet.<sup>109</sup> Framtidsfullmakter för med sig valmöjligheter för den enskilde och frigör resurser från det offentliga genom ett eventuellt minskat behov av de offentliga hjälpåtgärderna godmanskap och förvaltarskap.<sup>110</sup>

En annan fördel med att ha en företrädare genom fullmakt snarare än genom legalt ställföreträdarskap är att behörigheten inte behöver begränsas på samma sätt som för en god man eller förvaltare.<sup>111</sup> Att använda en fullmaktshavare istället för en legal ställföreträdare innebär också att myndigheterna inte behöver träda in och styra över den enskilde och dennes personliga angelägenheter. Att en myndighet ska blandas in i sådana frågor är troligtvis något som många hade känt sig obekväma med, och det har spekulerats i att många anhöriga drar sig för att anmäla att det finns ett behov av en legal ställföreträdare av denna anledning.<sup>112</sup>

Framtidsfullmakter är också, som nämnts, ett komplement till ordinära fullmakter.<sup>113</sup> Ordinära fullmakter regleras i avtalslagen, lag (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område. Som namnet antyder betyder detta att ordinära fullmakter behandlar förmögenhetsrättens område medan framtidsfullmakter kan reglera såväl ekonomiska som personliga angelägenheter. Framtidsfullmakter har alltså ett vidare tillämpningsområde än ordinära fullmakter.<sup>114</sup>

En legal ställföreträdare kan utföra handlingar som den enskilde inte själv kan utföra med rättslig verkan. Detta är mer långtgående än ordinära fullmakter, eftersom en fullmaktshavare av en ordinär fullmakt sannolikt endast kan utföra sådana rättshandlingar som fullmaktsgivaren själv kan utföra. En ordinär fullmakt saknar verkan när fullmaktsgivaren inte längre har rättshandlingsförmåga på det område fullmakten omfattar. Tanken med en framtidsfullmakt är dock att den ska träda i kraft i situationer där fullmaktsgivaren inte längre har förmåga att fatta egna beslut. Framtidsfullmakten bör därför vara avsedd att täcka upp de behov som uppkommer när en person blir beslutsoförmögen. Fullmaktsgivaren måste upprätta sin framtidsfullmakt med detta i åtanke och uttrycka sin vilja om framtiden utifrån de premisser som finns.<sup>115</sup> Ordinära fullmakter kan alltså inte med säkerhet användas om det finns en risk att du själv inte kommer behålla förmågan att fatta beslut för din egen räkning och blir därmed

---

<sup>108</sup> Se Westman (2017) s. 146.

<sup>109</sup> Se Ibid., s. 175.

<sup>110</sup> Se Westman (2017) s. 146.

<sup>111</sup> Se 14 kap. FB.

<sup>112</sup> Se SOU 2004:112 s. 478.

<sup>113</sup> Se Westman (2019) s. 15.

<sup>114</sup> Se Ibid., s. 16.

<sup>115</sup> Se SOU 2004:112, s. 471–476.

oanvändbara i den typen av situation där en framtidsfullmakt skulle vara aktuell.<sup>116</sup>

## 4.5 Sammanfattning

Mot bakgrund av vad som framkommit i jämförelsen av de olika formerna av ställföreträdarskap verkar framtidsfullmakter, enligt min mening, vara den mest fördelaktiga formen av ställföreträdarskap vid beslutsförmåga. Ställföreträdarskapen erbjuder möjlighet för ställföreträdaren att rättshandla inom ett flertal områden. Inget av alternativen inkluderar dock en rätt att fatta beslut om hälso- och sjukvård.

Om vi återvänder till exemplet i inledningen kan det därmed konstateras att varken framtidsfullmakter eller legala ställföreträdarskap kan erbjuda din mamma det inflytande över sin framtida vård som hon efterfrågar. Det finns ingen möjlighet att upprätta ett dokument som ger dig rätt att beslutsfatta för hennes räkning i hälso- och sjukvården för det fall hon skulle bli beslutsförmögen, eftersom hälso- och sjukvård undantas från framtidsfullmaktens omfattning. En ordinär fullmakt är inte heller ett alternativ då den saknar verkan när fullmaktsgivaren förlorat sin rättshandlingsförmåga. Det är inte heller möjligt att du blir din mammas legala ställföreträdare och på så sätt får rätt att besluta om hennes vård, eftersom varken gode män, förvaltare eller anhörigbehöriga har rätt att besluta om huvudmannens hälso- och sjukvård.

Det saknas, som tidigare konstaterats, reglering av hur beslut ska fattas inom hälso- och sjukvården för beslutsförmögna patienter. Ingen av de ställföreträdare som kan användas vid beslutsförmåga har rätt att besluta om hälso- och sjukvård så som lagen ser ut idag. Det har dock efterfrågats någon slags ställföreträdare som kan fatta beslut om hälso- och sjukvård för en patient utan beslutsförmåga. Med anledning av framtidsfullmaktens fördelar i förhållande till övriga former av ställföreträdarskap är det därför av intresse att undersöka huruvida framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården skulle kunna vara en lösning på hur beslut om hälso- och sjukvård ska fattas för den som inte själv kan göra det.

---

<sup>116</sup> Se Wallgren (2017) s. 175.

# 5 Exemplet England

## 5.1 Inledning

I tidigare kapitel har det konstaterats att det i Sverige saknas reglering kring hur beslut ska fattas inom hälso- och sjukvården för den som inte själv har förmåga att fatta beslut. Som presenterades i kapitel 4 används i Sverige ett antal institut för att utöva den negativa självbestämmanderätten genom andra när den inte kan utövas av den enskilde själv. Inget av dessa institut omfattar dock i dagsläget en möjlighet att fatta beslut om medicinska åtgärder.

Att beslut behöver fattas åt den som inte själv har förmåga att fatta dem är ett problem som existerar även i andra länder än Sverige. Genom att göra en internationell utblick och studera hur andra länder valt att lösa problemet kan vi möjligen finna inspiration till hur en lösning hade kunnat utformas i Sverige och om det finns några fallgropar som bör undvikas.

Som en lösning på problemet hur beslut ska fattas åt beslutsoförmögna vuxna har ett flertal länder infört någon typ av framtidsfullmakt som kan användas även inom hälso- och sjukvården.<sup>117</sup> Institutet framtidsfullmakter är dock särskilt välkänt i länder som har anglosaxiska rättssystem, exempelvis England.<sup>118</sup> I detta kapitel kommer det därför att presenteras hur den engelska regleringen av framtidsfullmakter är utformad, vilken kritik regleringen har mött i engelsk doktrin samt utredas varför framtidsfullmakter används inom hälso- och sjukvården i England.

## 5.2 Kravet på samtycke

En av grundprinciperna i engelsk medicinsk rätt är, precis som i den svenska rätten, att patienten måste samtycka till medicinsk behandling. Kravet på samtycke skyddar den enskildes självbestämmanderätt och kroppsliga integritet, vilka båda åtnjuter ett starkt skydd i England.<sup>119</sup> Detta skydd för med sig att det finns en rätt att neka behandling även i situationer där det i andras ögon inte är i patientens bästa intresse att inte ta emot behandling. Denna rätt att neka behandling konstateras i praxis, bland annat i rättsfallet *Airedale NHS Trust v Bland*<sup>120</sup>. I fallet uttrycker domare i House of Lords att en patients vilja att inte ta emot behandling måste respekteras – även när vårdgivaren anser att det går emot patientens bästa eller när behandlingen hade kunnat förlänga patientens liv.<sup>121</sup> I rättsfallet *Re T (Adult: Refusal of*

---

<sup>117</sup> Se Westman (2019) s. 15.

<sup>118</sup> Se *Ibid.*, s. 13.

<sup>119</sup> Se Jackson (2016) s. 234–239.

<sup>120</sup> *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] AC 789.

<sup>121</sup> Se *Ibid.*, s. 826–883.

Treatment)<sup>122</sup> förtydligas och utvecklas detta ytterligare när Lord Donaldson konstaterar att en patients beslut att inte ta emot behandling måste respekteras även när beslutet inte anses förnuftigt, rationellt eller välövertäget – och att beslutet ska respekteras också när konsekvensen av att inte få behandling är döden.<sup>123</sup>

Det finns alltså, precis som i Sverige, ett krav på att patienten samtycker till behandling för att den ska få ges. Som konstaterats tidigare finns det inom vården många situationer där samtycke inte kan hämtas, men där det likväl finns ett behov av vård. I England är ett sätt att i förväg kunna uttrycka sin vilja om framtida vårdinsatser att upprätta ett så kallat advance directive.

## 5.3 Advance directives

### 5.3.1 Beslut att neka behandling

En lösning som finns i den engelska rätten, som alltså inte återfinns i svensk rätt, är framtidsfullmakter som omfattar även beslut om hälso- och sjukvård. Den sorts framtidsfullmakter som används i England kallas för ”advance directives”, ”advance decisions” eller ”living wills” och regleras i Mental Capacity Act 2005. Fortsättningsvis kommer termen advance directive att användas.

Ett advance directive är ett beslut som är fattat av en beslutsförmögen person över 18 år där denne nekar en specificerad behandling som kan komma att erbjudas vid ett senare tillfälle när personen inte längre har beslutsförmåga. Ett beslut om att neka vård som har lämnats genom ett giltigt advance directive blir bindande och innebär att behandlingen som personen nekat till inte får ges.<sup>124</sup> Värt att notera är att advance directives så som de är utformade i England är specifikt ”advance decisions to refuse treatment”<sup>125</sup>. De är alltså endast beslut att i förskott *neka* att ta emot behandling som kan komma att ges i framtiden. Ett advance directive är inte att i förväg *begära eller önska* en behandling. En sådan viljeförklaring kan, precis som vad gäller en viljeförklaring om livsuppehållande behandling i Sverige<sup>126</sup>, vara användbar när det ska beslutas om vad som är i en patients bästa intresse, men den blir inte ett bindande advance directive.<sup>127</sup>

---

<sup>122</sup> Re T (Adult: Refusal of Treatment) [1993] Fam 95.

<sup>123</sup> Se Ibid., s. 102.

<sup>124</sup> Se Mental Capacity Act 2005, Chapter 9 Section 24 (1).

<sup>125</sup> Mental Capacity Act 2005, Chapter 9 Section 24 (1).

<sup>126</sup> Jfr kap. 3.4.1 Livsuppehållande behandling.

<sup>127</sup> Se Jackson (2016) s. 270.



### 5.3.2 Formkrav

Ett advance directive ska innehålla en specificering av vilken eller vilka behandlingar som fullmaktsgivaren inte vill ta emot.<sup>128</sup> När ett advance directive omfattar att fullmaktsgivaren nekar till livsuppehållande behandling måste fullmaktsgivaren specificera att hen avser att neka behandlingen även om det innebär livsfara. Nekande till livsuppehållande behandling är förknippat med formkrav – beslutet ska vara skriftligt, signerat och bevittnat.<sup>129</sup> Vad gäller beslut som rör andra sorters medicinsk behandling finns dock inga formkrav för hur ett beslutet ska uttryckas, utan ett advance directive kan alltså även vara ett muntligt ställningstagande.<sup>130</sup>

Även om ett advance directive kan vara muntligt finns det i praktiken en poäng med att upprätta ett skriftligt advance directive, eftersom det helt enkelt är lättare att i framtiden säkerställa vad den enskildes önskan var om det finns nedskrivet.<sup>131</sup> Emily Jackson, professor i juridik specialiserad på medicinsk rätt och medicinsk etik<sup>132</sup>, hävdar att få patienter upprättar ett advance directive för en mindre allvarlig medicinsk behandling, där det räcker att muntligen uttrycka sitt beslut. Istället handlar ett advance directive oftast om allvarliga medicinska situationer, exempelvis beslut om att av religiösa skäl neka blodtransfusioner, att klargöra när artificiell nutritionsbehandling ska sluta ges, att neka till återupplivning eller att neka behandling för livshotande infektion. Dessa beslut kräver alla att formkraven uppfylls och måste vara skriftliga.<sup>133</sup>

I *An NHS vs D*<sup>134</sup> hade D skriftligen uttryckt sin önskan om att inte ta emot livsuppehållande behandling i ett brev. Brevet var dock inte bevittnat och uppfyllde därmed inte formkraven, vilket innebar att D:s advance directive inte var bindande trots att det tydligt uttryckte hans vilja att neka behandling. I just detta fall gjorde det ingen praktisk skillnad att han inte uppfyllt formkraven eftersom det även utan hans advance directive ansågs vara i hans bästa intresse att inte få behandling.<sup>135</sup> Poängen med advance directives är dock att ge fullmaktsgivaren en möjlighet att neka livsuppehållande behandling och binda sjukvårdspersonalen vid detta beslut även om de bedömer att livsuppehållande behandling objektivt sett är i fullmaktsgivarens bästa intresse. För att kunna binda sjukvårdspersonalen måste formkraven då vara uppfyllda. Jackson konstaterar därför att formkraven gör det svårare för personer som har försökt skriva ett tydligt advance directive utan juridisk hjälp.<sup>136</sup>

---

<sup>128</sup> Se Jackson (2016) s. 270.

<sup>129</sup> Se Mental Capacity Act 2005, Chapter 9 Section 25 (5)–(6).

<sup>130</sup> Se Jackson (2016) s. 271.

<sup>131</sup> Se *Ibid.*, s. 271.

<sup>132</sup> Se <[www.lse.ac.uk/law/people/academic-staff/emily-jackson](http://www.lse.ac.uk/law/people/academic-staff/emily-jackson)>, besökt 2021-01-05.

<sup>133</sup> Se Jackson (2016) s. 276 f.

<sup>134</sup> *An NHS Trust v D* [2012] EWHC 885 (COP)

<sup>135</sup> Se *Ibid.*, st. 15–20.

<sup>136</sup> Se Jackson (2016) s. 277.

### 5.3.3 Presumtionen om beslutsförmåga

Det krävs, precis som för framtidsfullmakter i Sverige, att ett advance directive upprättats när fullmaktsgivaren hade beslutsförmåga, för att sedan komma att tillämpas vid ett senare tillfälle när beslutsförmåga saknas. Trots att det krävs beslutsförmåga när en person upprättar sitt advance directive finns det inga mekanismer i lagstiftningen som ser till att fullmaktsgivaren faktiskt är beslutsförmögen vid upprättandet.<sup>137</sup> Istället finns det i Mental Capacity Act en presumtion att fullmaktsgivaren var beslutsförmögen när hen upprättade sitt advance directive.<sup>138</sup> Presumtionen innebär att hälso- och sjukvårdspersonal som stöter på ett advance directive som utgångspunkt ska anta att personen var beslutsförmögen när hen upprättade det. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska bortse från presumtionen endast om de känner till något som gör att det finns skäl att betvivla beslutsförmågan vid tiden för upprättandet.<sup>139</sup>

Om det finns tvivel kring huruvida det fanns beslutsförmåga vid tiden för upprättandet, exempelvis för att fullmaktsgivaren har en sjukdom som kan ha påverkat beslutsförmågan, kan detta innebära att dennes advance directive inte blir bindande.<sup>140</sup> I *A Local Authority v E*<sup>141</sup> hade det funnits tvivel kring huruvida E hade varit beslutsförmögen vid upprättandet av hennes advance directive. E, som hade allvarlig anorexia, hade utfärdat ett advance directive där hon uttryckte att hon inte ville bli tvångsmatad. När frågan prövades i rätten ansåg hennes psykiatriker att hon hade varit beslutsförmögen vid tiden för upprättandet. Domaren fann dock att hon inte hade varit beslutsförmögen när hon upprättat sitt advance directive, vilket innebar att beslutet inte var bindande. E:s långa sjukdomshistorik av anorexia innebar att presumtionen kring beslutsförmåga hade omvänts, från huvudregeln att en person ska presumeras beslutsförmögen till att hon istället presumrades inte ha förmåga. Enligt domstolen kunde denna presumtion endast motbevisas om det hade skett en noggrann utvärdering av hennes beslutsförmåga redan när hon signerade sitt advance directive, vilket inte hade skett.<sup>142</sup>

### 5.3.4 Kravet på giltighet och tillämplighet

Användandet av advance directives ger patienter en möjlighet att i förväg fatta ett beslut som kan ge samma effekt som om det fattades i stunden och personen fortfarande hade beslutsförmåga att fatta det.<sup>143</sup> Kraven som ställs upp för att ett advance directive ska bli bindande på samma sätt som ett

---

<sup>137</sup> Se Heywood (2015) s. 92.

<sup>138</sup> Se Mental Capacity Act 2005, Statutory principle 1.

<sup>139</sup> Se Mental Capacity Act 2005 Code of Practice, Paragraph 9.8.

<sup>140</sup> Se Jackson (2016) s. 271.

<sup>141</sup> *A Local Authority v E*, [2012] EWHC 1639

<sup>142</sup> Se *Ibid.*, st. 1-70.

<sup>143</sup> Se Jackson (2016) s. 271.

beslut som fattas vid tiden för den medicinska åtgärden är att det är giltigt ("valid") och tillämpligt på behandlingen ("applicable to a treatment").<sup>144</sup>

Ett advance directive måste vara giltigt för att bli bindande. Vad som krävs för att ett advance directive ska vara giltigt förstås enklast genom att se till under vilka omständigheter ett advance directive *inte* är giltigt.<sup>145</sup> Ett advance directive är inte giltigt om fullmaktsgivaren har återtagit sitt beslut under tiden som hen fortfarande var beslutsförmögen. Det är inte heller giltigt om fullmaktsgivaren, i en fullmakt som skrevs efter att dennes advance directive upprättades, har gett någon annan rätten att ge eller neka samtycke till samma behandling. Ett advance directive är inte heller giltigt om fullmaktsgivaren har gjort något som tydligt inte överensstämmer ("clearly inconsistent") med att viljeförklaringen i dennes advance directive står fast.<sup>146</sup> Vad kan fullmaktsgivaren ha gjort som tydligt inte överensstämmer med att beslutet i dennes advance directive står fast?

Ett exempel är att någon uttryckligen har förskjutit den religion vars läror hen baserat sitt advance directive på. Det har ifrågasatts huruvida den handling som inte ska överensstämma med innehållet i en persons advance directive måste ha skett under tiden personen hade beslutsförmåga, eller om agerande efter att denne förlorade sin beslutsförmåga också kan anses ligga till grund för att ett advance directive förlorar sin giltighet. Det finns inget tydligt svar. Att det inte förtydligas att handlingen måste ske när personen har beslutsförmåga gör att det går att tolka bestämmelsen som att handlingen kan ske när som helst, även när beslutsförmåga saknas. Å andra sidan kan ett advance directive bara tas tillbaka eller förändras när personen fortfarande har beslutsförmåga och det hade därmed varit underligt om en beslutsoförmögen person kan göra sitt advance directive ogiltigt genom att agera på ett vis som inte överensstämmer med beslutet i det.<sup>147</sup>

Även kraven för advance directives tillämplighet kan utläsas e contrario genom att se till under vilka omständigheter de inte är tillämpliga. Ett advance directive är inte tillämpligt om fullmaktsgivaren fortfarande har beslutsförmåga vid tiden för den aktuella medicinska behandlingens genomförande.<sup>148</sup> Advance directives är inte heller tillämpliga om det rör sig om en medicinsk behandling som inte är specificerad i fullmakten eller om alla omständigheter som specificeras i fullmakten inte är för handen. Om det finns sannolika skäl att tro att det föreligger omständigheter som fullmaktsgivaren inte förutsåg vid upprättandet av sitt advance directive och som skulle ha påverkat hans beslut om hen hade förutsett dem gör även detta att ett advance directive inte är tillämpligt.<sup>149</sup>

---

<sup>144</sup> Se Mental Capacity Act 2005, Chapter 9 Section 26 (1).

<sup>145</sup> Se Jackson (2016) s. 271 f.

<sup>146</sup> Se Mental Capacity Act 2005, Chapter 9 Section 25 (2).

<sup>147</sup> Se Jackson (2016) s. 272.

<sup>148</sup> Se Mental Capacity Act 2005, Chapter 9 Section 25 (3).

<sup>149</sup> Se Mental Capacity Act 2005, Chapter 9 Section 25 (4).

Om ett advance directive är giltigt och tillämpligt så behöver beslutet inte vara i patientens bästa intresse, utan är bindande även om det går emot vad vårdpersonalen anser är det bästa för patienten. Ett advance directive som inte bedöms vara giltigt eller tillämpligt blir inte helt irrelevant på grund av denna bedömning. Om det inte finns ett bindande advance directive är det hälso- och sjukvårdspersonalen som bestämmer vilken behandling som är i patientens bästa intresse. Om ett advance directive uttrycker patientens önskemål och känslor är detta något som ska vägas in i vårdpersonalens bedömning.<sup>150</sup>

Det kan testas i domstol huruvida ett advance directive är giltigt och tillämpligt. Detta har skett i exempelvis Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust v TH<sup>151</sup> där det saknades ett bindande advance directive. Ändå konstaterade domstolen att THs önskan att inte få behandling, som presenterades av hans nära och kära, skulle bära stor vikt i ett beslut om vad som låg i hans bästa intresse. Rätten uttryckte att det inte fanns några tvivel kring att TH inte ville ta emot ytterligare behandling, även om han inte uppfyllde de krav som ställdes upp i lagen för att ha upprättat ett advance directive.<sup>152</sup>

### 5.3.5 Kritik av advance directives

Utformningen av Mental Capacity Act har föranlett viss kritik i doktrin. Som konstateras ovan finns det ett krav på beslutsförmåga vid upprättande av ett advance directive. Det finns dock inget krav i lagen på att beslutsförmågan på något sätt utvärderas vid upprättandet av ett advance directive, utan lagen uttrycker istället att det finns en presumtion om att beslutsförmåga har funnits vid upprättandet.

Rob Heywood konstaterar att det finns ett flertal tänkbara anledningar till varför lagstiftaren inte har krävt någon slags formell utvärdering av beslutsförmågan vid upprättandet av ett advance directive, trots att beslutsförmåga krävs för att kunna upprätta ett bindande beslut. Han skriver att om det krävts att fullmaktsgivaren genomgick en formell undersökning för att fastställa beslutsförmåga hade presumtionen om beslutsförmåga frångåtts och lagstiftaren hade snarare utgått från det motsatta – en presumtion om att beslutsförmåga måste fastställas innan en person kan nyttja sin rätt att samtycka eller neka behandling. Utöver detta så skulle ett krav på formell utvärdering av beslutsförmågan innebära att det hade behövts ett vittne med medicinsk träning i att bedöma beslutsförmåga vid upprättandet av alla advance directives. Detta skulle minska möjligheten för många att upprätta sådana eftersom det skulle bli mer kostsamt, tidskrävande och byråkratiskt. Som nuvarande reglering är utformad, att en av de grundläggande förutsättningarna för upprättandet av en giltig fullmakt lämnas otestad, blir advance directives mer tillgängliga. Nackdelen är att de

---

<sup>150</sup> Se Jackson (2016) s. 276 ff.

<sup>151</sup> Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust v TH [2014] EWCOP 4.

<sup>152</sup> Se Ibid., st. 31–39 och 53–56.

är sårbara för anklagelser om ogiltighet på grund av bristande beslutsförmåga hos fullmaktsgivaren.<sup>153</sup>

Heywood konstaterar vidare att det visserligen är en svår balansgång mellan att göra advance directives tillgängliga och att erbjuda tillräcklig möjlighet att lämna ett advance directive utan hänseende när det bedöms nödvändigt. Han menar att det hade kunnat finnas ett annat sätt att se på saken. Han konstaterar att det är förhållandevis få patienter som använder sig av sin lagliga rätt att upprätta ett advance directive, trots lagstiftarens försök att göra dem tillgängliga. För patienter som tar sig tiden och gör ansträngningen att upprätta ett advance directive hade det knappast varit avskräckande att kräva att de genomgår en formell utvärdering av beslutsförmågan vid upprättandet. Det är snarare viktigt för dessa patienter att det blir så svårt som möjligt att lämna deras advance directive utan hänseende. En utvärdering av beslutsförmågan hade kunnat göra advance directives mindre sårbara. För patienter som har bristande beslutsförmåga skulle ett krav på formell utvärdering förhindra att de över huvud taget upprättade ett advance directive.<sup>154</sup>

Även de krav som ställs upp i lagstiftningen för att ett advance directive ska vara tillämpligt har omdebatterats. Det rör sig främst om det sista rekvisitet, att ett advance directive inte är tillämpligt om det föreligger omständigheter som fullmaktsgivaren inte förutsett men som hade påverkat beslutet om hen hade känt till dem. Det är till exempel oklart huruvida rekvisitet kan tillämpas när en dement person tidigare under livet har upprättat ett advance directive där hen nekar livsuppehållande behandling om hen nu, när hen inte längre har beslutsförmåga, framstår som nöjd med sin tillvaro och inte vill dö. Är det faktum att fullmaktsgivaren verkar glad trots sin demens en sådan omständighet som hen inte förutsåg vid upprättandet av sitt advance directive men som skulle påverkat hens beslut om hen hade förutsett det? Om rekvisitet kan tolkas på detta vis blir dess tillämpningsområde väldigt brett, eftersom det då går att argumentera för att alla patienter har upprättat sitt advance directive ännu okunniga om hur det är att vara beslutsoförmögen.<sup>155</sup>

Vilka omständigheter ska anses vara sådana som fullmaktsgivaren inte förutsett vid upprättandet av sitt advance directive och som därmed påverkar tillämpligheten? Rebecca Dresser argumenterar för att om det inte finns en psykologisk förbindelse mellan individen vid de två olika tidpunkterna – vid upprättandet av ett advance directive respektive när det ska tillämpas – finns det ingen anledning att låta dåtidens person beslutsfatta åt nutidens person. Vi hade i sådana fall lika gärna hade kunnat låta vem som helst fatta beslutet.<sup>156</sup> Allen Buchanan, professor i filosofi<sup>157</sup>, hävdar att det som orsakar fullmaktsgivarens beslutsoförmåga, exempelvis demens eller annan

---

<sup>153</sup> Se Heywood (2015) s. 92 f.

<sup>154</sup> Se Ibid., s. 93.

<sup>155</sup> Se Jackson (2016) s. 274.

<sup>156</sup> Se Dresser (1986) s. 379 ff.

<sup>157</sup> Se <[scholars.duke.edu/person/allenb](http://scholars.duke.edu/person/allenb)>, besökt 2021-01-05.

sjukdom, också förstör förutsättningarna för dennes personliga identitet. Han anser att det finns en punkt där den psykologiska kontinuiteten mellan den person som upprättade ett advance directive och den person som är beslutsoförmögen är så liten att den förre inte bör ha någon auktoritet över den senare.<sup>158</sup> Om lagen ska tolkas utifrån vad Dresser och Buchanan argumenterar blir rekvisitet brett, och antalet situationer där ett advance directive inte hade varit tillämpligt blir många eftersom fullmaktsgivaren inte ses som samma person som när hen upprättade sitt advance directive. Argumenten som Dresser och Buchanan framför är inte bara kritik mot rekvisitet om tillämplighet utan också kritik mot användandet av advance directives över huvud taget. De framför att om patienten inte längre är samma person som upprättade sitt advance directive, vilket de anser vara fallet, bör inte den tidigare personen få bestämma vad som ska ske med den senare.

Det finns också de som förespråkar den andra sidan av myntet. Ronald Dworkin har exempelvis framfört att fullmaktsgivaren uttrycker värderingar i sitt advance directive som vi ska fortsätta att respektera även när hen blir beslutsoförmögen, eftersom en beslutsoförmögen person inte bara är sina nuvarande intressen utan en person med ett förflutet.<sup>159</sup> Även Nancy Rhoden, professor i juridik vid University of North Carolina<sup>160</sup>, argumenterar för att det är djupt rotat i den västerländska kulturen att en person är en och samma person, från födseln till ålderdomen, oavsett vad denne genomgår för förändringar under livet. Om vi vill fatta beslut om en person måste vi alltså se denne inte endast som hen är i nutid, utan även som den person hen tidigare var – en person med åsikter om hur dennes kropp skulle behandlas. Enligt Rhoden måste vi se en person på samma sätt som hen själv, när hen fortfarande var beslutsförmögen, föreställde sig att hen skulle vara som beslutsoförmögen. Att helt utgå ifrån hur en person är i nutid när beslut ska fattas åt denne anser Rhoden vara ett dåligt sätt även när det gäller en person som inte upprättat ett advance directive, eftersom det inte är troligt att någon vill bli sedd endast som en kropp som kan uppleva fysiska sinnesförmimmelser. Hon argumenterar för att när vi ser en patient endast som denne är i dagsläget skiljer vi patienten från dennes förflutna, dennes värderingar och relationer – det som gör patienten mänsklig.<sup>161</sup> Med denna inställning får rekvisitet istället ett smalare tillämpningsområde, eftersom utgångspunkten är att vi ser fullmaktsgivaren som samma person, även när hen förlorat beslutsförmågan. Den tidigare, beslutsförmögna, personen är alltså samma person som den framtida, beslutsoförmögna personen – och det är rimligt att låta den förra bestämma över den senare.

Inez de Beaufort, professor i medicinsk etik<sup>162</sup>, uttrycker att detta är vad hon själv föredrar. Hon skriver att hennes personliga vilja är att de beslut som hennes tidigare kompetenta jag fattade ska prioriteras över hennes

---

<sup>158</sup> Se Buchanan (1988) s. 280.

<sup>159</sup> Se Dworkin (1986) s. 5 f.

<sup>160</sup> Se Rhoden (1990) s. 845.

<sup>161</sup> Se Rhoden (1988) s. 378 ff.

<sup>162</sup> Se <[www.cccb.org/en/participants/file/inez-de-beaufort/39477](http://www.cccb.org/en/participants/file/inez-de-beaufort/39477)>, besökt 2021-01-05.

nuvarande inställning om hon själv skulle bli beslutsoförmögen. Hon skriver att tanken att hennes barn lägger sin tid på att besöka henne när hon inte känner igen dem är smärtsam. Hennes barns lidande uppvägs inte av det intresse hon själv skulle kunna ha av att fortsätta sitt liv. Barnen skulle vara ledsna eftersom de kände henne som den person hon en gång var, och skulle känna sig maktlösa när de inte kan hjälpa henne i sitt tillstånd. Hon skriver att hon väger in detta i sitt beslut om sin framtid, det faktum att hon gör det är en livsviktig del av henne och vad hon värderar. Hon konstaterar att hon säkert skulle njuta av besöket från sin familjemedlem och känna genuin glädje över det trots sin sjukdom. Själva idén med att upprätta ett advance directive är dock att hon inte vill hamna i en situation där hon inte kan finnas där för och stötta sina nära och kära. Argumentet att hon inte längre skulle vara samma person och utan uppleva saker annorlunda om hon blev dement, och att det därmed kan komma att finnas omständigheter hon inte kunnat förutse, övertygar henne inte. Tvärt emot skriver hon att det är detta hon vill undvika. Hon vill inte bli en person som inte känner igen sin familj längre, även om det inte skulle plåga hennes dementa jag att hon inte känner igen dem.<sup>163</sup>

Det hade varit problematiskt om läkare skulle kunna bortse från ett advance directive baserat på vad som anses vara i patientens bästa intresse när patienten inte längre har beslutsförmåga. En sådan utveckling hade gjort att advance directives inte längre var ett sätt för patienten att låta dennes egna subjektiva värderingar styra hur medicinsk behandling får se ut mot slutet av livet.<sup>164</sup>

## 5.4 Bakomliggande intressen

Gällande rätt vad avser advance directives har som presenterats ovan mött viss kritik. En del av kritiken handlar om hur lagen utformats, medan andra argument ifrågasätter om institutet över huvud taget bör användas. Trots detta finns och används advance directives. Lagstiftaren har alltså bedömt att det finns anledning att införa institutet – men vilka principer ligger till grund för införandet och användandet av advance directives?

The Law Commission, ett oberoende organ som har till syfte att pröva lagstiftningen och föreslå lagreform när det behövs<sup>165</sup>, har behandlat advance directives i en av sina rapporter.<sup>166</sup> När institut som motsvarar Englands advance directives har införts i USA har det varit vanligt att begränsa instituten till att endast få användas när patienten lider av en dödlig sjukdom. Law Commission diskuterade om en liknande begränsning hade varit lämplig att införa även i England men konstaterade att en sådan begränsning inte borde få inkluderas i den engelska lagen. Detta

---

<sup>163</sup> Se de Beaufort (2007) s. 57 f.

<sup>164</sup> Se Michalowski (2005) s. 976.

<sup>165</sup> Se The Law Commission, <[www.lawcom.gov.uk/about/](http://www.lawcom.gov.uk/about/)>, besökt 2020-12-03.

<sup>166</sup> Law Commission Report (1995) Mental Incapacity, Law Com. No. 23.

motiverades med att syftet med advance directives i England är att stärka beslutsoförmögna patienters rätt att neka all form av behandling.<sup>167</sup>

Mary Neal, docent med medicinsk rätt och bioetik som främsta forskningsområdet<sup>168</sup>, skriver att den princip som fått den mest framträdande rollen i engelsk medicinsk rätt är principen om respekt för självbestämmanderätten. Principen om respekt för självbestämmanderätten återfinns såväl i doktrin som i domstolspraxis där den ofta diskuterats i samband med just frågor om rätten att neka behandling. Neal skriver att detta fokus på självbestämmanderätt och autonomi i den medicinska rätten kan verka förvånande eftersom patienter i större utsträckning än andra är i beroendeställning eller mottagliga för skada – och det kan därför kännas naturligt att se patienter som sårbara snarare än som självständiga. Neal uttrycker att det är lätt att tänka att lagstiftningen borde ta större hänsyn till patienternas sårbarhet, snarare än att lägga så stor vikt vid att garantera självbestämmanderätt.<sup>169</sup>

Varför så stor vikt läggs vid patientens självbestämmanderätt förstås kanske bäst om hänsyn tas till att den moderna hälso- och sjukvårdsrätten växte fram i England under 1900-talets andra hälft, till stor del som en motkraft till den tidigare rådande paternalismen och inställningen att ”doktor vet bäst”. När sedan rörelser som drev patienträttigheter argumenterade kring utformningen av lagen valde lagstiftaren att inte lägga fokus på patientens sårbarhet. Istället valde lagstiftaren att patienten skulle ses som en rationell och självständig person med rätt att fatta beslut om sig själv. Bilden av patienten som självständig förstås alltså bäst som en politisk och retorisk strategi snarare än som något som nödvändigtvis reflekterar hur verkligheten alltid ser ut. Respekten för patientens självbestämmanderätt har sedan fått en framträdande och viktig roll som i grunden baseras på denna bild av hur patienter är.<sup>170</sup>

Mental Capacity Act som reglerar advance directives är byggd på fyra olika intressen som balanseras mot varandra. Dessa intressen är: respekt för patientens självbestämmande, att förenkla genomförandet av hälso- och sjukvård, att beskydda beslutsoförmögna vuxnas välbefinnande och att beskydda den behandlande vårdgivaren. Lagstiftaren har tippat över vågskålen mot de tre senare: att förenkla genomförandet av vård, att skydda den beslutsoförmögna vuxna och att beskydda vårdgivaren. Dessa intressen har tillåtits väga tyngre än patientens självbestämmande vid utformandet av lagen. Om lagstiftaren hade haft som främsta syfte att respektera patientens självbestämmanderätt har detta misslyckats. Detta eftersom regleringen lämnar advance directives sårbara då de kan ifrågasättas när patienten förlorat beslutsförmågan och inte längre kan utöva sin självbestämmanderätt. Det som lagstiftningen istället lyckas bäst med är att förenkla sjukvården genom att den skyddar en läkare som agerar i god tro.

---

<sup>167</sup> Se Law Commission Report (1995), punkt 5.19 under ”Terminal Conditions”.

<sup>168</sup> Se <[www.strath.ac.uk/staff/nealmarydr/](http://www.strath.ac.uk/staff/nealmarydr/)>, besökt 2021-01-05.

<sup>169</sup> Se Neal (2020) s. 95 f.

<sup>170</sup> Se Ibid., s. 95 f.



Lagstiftningen ger alltså patienter en möjlighet att neka behandling i förväg, men har kritiserats eftersom denna möjlighet endast går att använda när hälso- och sjukvårdspersonalen och domstolen är bekväma med det beslut som patienten fattat.<sup>171</sup>

---

<sup>171</sup> Se MacLean (2008) s. 22.

# 6 Framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården

## 6.1 Inledning

Det är knappast kontroversiellt att påstå att det saknas viktig reglering rörande beslutsfattande vad gäller vuxna utan beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården. I detta kapitel ska, i enlighet med Lehrbergs tidigare presenterade idealmodell<sup>172</sup>, någon slags lösning på problemet presenteras för att sedan diskuteras vidare med utgångspunkt i de argument som finns för och emot lösningen.

Av såväl lagförarbeten som uttalanden från SMER framgår att det finns ett behov av företrädare inom hälso- och sjukvården för den som är beslutsoförmögen. Den bristande regleringen vad gäller vuxna med beslutsoförmåga medför att patientens negativa självbestämmanderätt blir lidande. Hur skulle beslutsfattande för en beslutsoförmögen vuxen patient kunna regleras för att i större utsträckning tillförsäkra att patientens negativa självbestämmanderätt respekteras? I förarbeten har det uttryckts att framtidsfullmakter skulle kunna fylla en betydelsefull funktion på dessa områden och utgöra en potentiell lösning på problemet med den bristande regleringen.<sup>173</sup>

Ett alternativ till att införa framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården hade varit att utöka regleringen av något eller alla legala ställföreträdarskap så att de omfattar även hälso- och sjukvård. I kapitel 4.4 jämför jag framtidsfullmakter med de legala ställföreträdarskapen och kommer till slutsatsen att framtidsfullmakter verkar vara det mer fördelaktiga alternativet inom de områden som instituten används idag. Jämförelsen avser hur framtidsfullmakter och ställföreträdarskap regleras och används idag och behandlar inte hur de skulle kunna fungera om de infördes inom hälso- och sjukvården. Framtidsfullmaktens fördelar över legala ställföreträdarskap bör dock vara desamma även i det fall instituten skulle bli tillämpliga på hälso- och sjukvård.

En framtidsfullmakt stärker den enskildes självbestämmande på så sätt att hen kan planera framtiden och själv behålla kontrollen över viktiga frågor.<sup>174</sup> Att den enskilde själv skulle kunna peka ut vem hen vill ha som sin företrädare i sjukvården eller besluta i förväg vilka medicinska åtgärder hen vill ta emot överensstämmer väl med internationella principer om autonomi och att det i första hand är den minst ingripande åtgärden som ska

---

<sup>172</sup> Se kap. 1.3 Metod och material.

<sup>173</sup> Se SOU 2015:80 s. 467.

<sup>174</sup> Se prop. 2016/17:30 s. 1.

väljas.<sup>175</sup> Att framtidsfullmakter ses som mindre ingripande än legala ställföreträdarskap talar, i min mening, för att bredda användandet av framtidsfullmakter och låta dem omfatta även beslut om medicinsk behandling snarare än att försöka lösa problemet genom att ge legala ställföreträdare rätt att fatta beslut även om hälso- och sjukvård. Av denna anledning har jag valt att diskutera huruvida en utvidgning av framtidsfullmakter till att omfatta även frågor om hälso- och sjukvård hade kunnat försäkra att patientens negativa självbestämmanderätt respekteras. Nedan presenteras en del av de argument som framförs för och emot framtidsfullmaktens användning inom hälso- och sjukvården samt hur framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården hade kunnat utformas. Slutligen kommenteras utifrån det som presenterats huruvida Sverige bör införa framtidsfullmakter för att tillförsäkra patienter deras negativa självbestämmanderätt.

## 6.2 Krav från internationellt håll

### 6.2.1 Biomedicinkonventionen

Biomedicinkonventionen<sup>176</sup> undertecknades av Sverige 1997 men har ännu inte ratificerats eftersom vi fortfarande inte lever upp till det minimiskydd av mänskliga rättigheter som ställs upp i konventionen.<sup>177</sup> Det har inte gjorts någon fullständig analys av hur den svenska rätten förhåller sig till konventionens krav i olika avseenden, men ett område där bristerna länge har diskuterats är just behovet av ställföreträdare för vuxna som inte har förmåga att fatta beslut om sin hälso- och sjukvård. I biomedicinkonventionen framgår att en åtgärd inom hälso- och sjukvårdens område får vidtas på en vuxen patient som inte själv kan lämna samtycke på grund av psykisk störning, sjukdom eller liknande förhållande, endast om en representant för patienten tillstyrker behandlingen. Istället för representant kan det också vara en myndighet, person eller ett organ som pekats ut i lag som har rätt att tillstyrka behandling.<sup>178</sup> I svensk rätt fanns 1997 ingen reglering som gav någon rätten att samtycka till medicinsk behandling på det sätt som beskrivs i biomedicinkonventionen, och det har i dagsläget fortfarande inte införts. För att leva upp till de krav som ställs upp i biomedicinkonventionen behöver vi alltså införa någon slags ställföreträdare för beslutsoförmögna inom hälso- och sjukvården som kan fungera som patientens representant och tillstyrka behandling. Det krävs inte uttryckligen i biomedicinkonventionen att denna ställföreträdare är en framtidsfullmaktshavare. Även ett utvidgande av något av de nuvarande

---

<sup>175</sup> Se SOU 2004:112 s. 477.

<sup>176</sup> Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine.

<sup>177</sup> Se Rynning (2016) s. 129.

<sup>178</sup> Se biomedicinkonventionen art. 6 (3).

legala ställföreträdarskapen eller införande av en ny slags ställföreträdarskap hade kunnat vara alternativ.<sup>179</sup>

## 6.2.2 Europarådsrekommendationen

Ett införande av reglering på området rekommenderas även av Europarådet i dess rekommendation från 1999 om skyddet för hjälpbehövande vuxna<sup>180</sup>. Det uttrycks att behovet av att tillhandahålla och reglera juridiska arrangemang om en beslutskapabel person vill ha sådant måste övervägas.<sup>181</sup> Det konstateras vidare att möjligheten att använda sig av en mindre ingripande lösning ska vägas in vid bedömningen om en viss åtgärd, exempelvis förvaltarskap och godmanskap, är att anse som nödvändig.<sup>182</sup> År 2009 kom en förklarande rapport till europarådsrekommendationen<sup>183</sup> i vilken dels fullmakter, dels så kallade förhandsdirektiv på hälso- och sjukvårdens område anges som exempel på mindre ingripande lösningar som bör införas för att stärka självbestämmanderätten.<sup>184</sup> Europarådet rekommenderar alltså att någon form av framtidsfullmakter införs i medlemsländerna som ett mindre ingripande alternativ till legala ställföreträdarskap. Att ge möjlighet att upprätta framtidsfullmakter i frågor om hälso- och sjukvård hade därmed värnat mer om patientens självbestämmanderätt än att möjliggöra användandet av legala ställföreträdare.

## 6.3 Förarbeten

I Sverige har framtidsfullmakter diskuterats sedan 2004 då det i SOU 2004:112 Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna föreslogs lagstiftning på området.<sup>185</sup> I utredningen uttrycks att behovet av någon som kan samtycka till medicinsk behandling för den som är beslutsoförmögen ”måste tillgodoses, liksom möjligheten för den enskilde att själv styra vem som skall inträda som representant i en sådan situation”.<sup>186</sup> Trots att utredningen gjordes för relativt länge sedan har det ännu inte införts någon reglering för att möta behovet. Vidare har behovet av skyddsåtgärder för patienter som lider av demens utretts i ett separat betänkande.<sup>187</sup> Även där föreslås införande av ny lagstiftning. Betänkandet publicerades 2006 men har inte heller det lett till någon ny lag.<sup>188</sup>

<sup>179</sup> Se 2015:80 s. 33 f.

<sup>180</sup> Principles concerning the legal protection of incapable adults. Recommendation No. R [99] 4.

<sup>181</sup> Se europarådsrekommendationen, principle 2 (7).

<sup>182</sup> Se europarådsrekommendationen, principle 5 (2).

<sup>183</sup> Recommendation CM/Rec (2009)11 and explanatory memorandum, Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity.

<sup>184</sup> Se europarådsrekommendationens förklarande rapport, principle 1.

<sup>185</sup> Se SOU 2004:112, s. 478.

<sup>186</sup> Se Ibid., s. 478.

<sup>187</sup> SOU 2006:110.

<sup>188</sup> Se Rynning (2012) s. 131 f.

SMER skickade 2011 ett brev till regeringen i vilket efterfrågas att insatser vad gäller patienter utan beslutsförmåga ska genomföras utan ytterligare försening.<sup>189</sup> Elisabeth Rynning har uttryckt att problematiken vad gäller beslutsfattande för beslutsoförmögna vuxna inte kommer att försvinna för att vi avvaktar med att beslutsfatta i frågan.<sup>190</sup>

Betänkandet 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning gav förslag till ny lagstiftning för att lösa problemen vad gäller vuxna som saknar beslutsförmåga. Betänkandets lagförslag föreslås träda i kraft 2018.<sup>191</sup> I skrivande stund har förslaget dock inte blivit gällande rätt. Det konstateras i betänkandet att det finns ett starkt intresse av självbestämmande och ett samhälleligt ansvar att se till att personer inte går miste om självbestämmandet i större utsträckning än nödvändigt. Det uttrycks också att framtidsfullmakter kan fylla en betydelsefull funktion dels på de områden där framtidsfullmakter numera kan användas, dels på hälso- och sjukvårdens område.<sup>192</sup> I betänkandet föreslås införandet av en ny lag, lagen om stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till hälso- och sjukvård och omsorg, LSH. Enligt lagförslaget ska LSH innehålla bestämmelser om företrädare för vuxna personer som saknar beslutsförmåga i frågor som gäller deras hälso- och sjukvård och omsorg. LSH ska också innehålla bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens beslutsfattande i situationer där den enskilde inte kan fatta beslut.<sup>193</sup> Utredningen menar vidare att lagen inte ska vara tillämplig när de undantag från kravet på samtycke som behandlas i 4 kap. 4 § PL är aktuella, det vill säga när det föreligger fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa. LSH ska enligt förslaget innehålla legalt stöd för att använda sig av nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB och den ska inte tillämpas i de fall annan tvångslagstiftning är aktuell.<sup>194</sup> I förslaget till LSH föreslås en viss turordning som ska följas när en person saknar beslutsförmåga och det finns behov av en företrädare. I första hand ska företrädaren vara den person som är utpekad i en framtidsfullmakt, om sådan finns. I andra hand ska företrädaren vara en närstående till den beslutsoförmögne. I sista hand ska den legitimerade läkare som ansvarar för den beslutsoförmögne personens hälso- och sjukvård ta ställning i frågan.<sup>195</sup> En i LSH utpekad företrädare har rätt att ta ställning i hälso- och sjukvårdsfrågor men har inte rätt att motsätta sig livsuppehållande behandling.<sup>196</sup>

---

<sup>189</sup> Se SMER (2011).

<sup>190</sup> Se Rynning (2012) s. 136.

<sup>191</sup> Se Rynning (2016) s. 129.

<sup>192</sup> Se SOU 2015:80 s. 27 och 467.

<sup>193</sup> Se Ibid., s. 34 f.

<sup>194</sup> Se Ibid., s. 35.

<sup>195</sup> Se Ibid., s. 53.

<sup>196</sup> Se Ibid., s. 57.

Vad gäller regleringen av framtidsfullmakter föreslår betänkandet att lagstiftningen som reglerar framtidsfullmakter<sup>197</sup> ska utvidgas till att omfatta även frågor om hälso- och sjukvård. Denna utvidgning görs genom vissa ändringar av lagstiftningen. Bland annat ska det enligt lagförslaget krävas att det särskilt anges i en framtidsfullmakt att den omfattar frågor om hälso- och sjukvård. En framtidsfullmakt som omfattar hälso- och sjukvård kan träda i kraft när fullmaktsgivaren har ett tillfälligt behov av företrädare eller när det finns behov av företrädare i en viss fråga men inte i alla de angelägenheter som framtidsfullmakten avser.<sup>198</sup> Förutom att framtidsfullmakter bör utvidgas till att kunna omfatta även frågor om medicinsk behandling föreslås inga förändringar som påverkar exempelvis hur en framtidsfullmakt upprättas eller vad den har för effekt.

## 6.4 Framtidsfullmakter i Norden

Framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården är inte ett fenomen som existerar uteslutande i common law-system. Sådana fullmakter har blivit mer och mer vanliga runtom i Europa, inte minst efter att Europarådet 2009 rekommenderade att medlemsländerna inför framtidsfullmakter i nationell lagstiftning. Våra nordiska grannländer Danmark, Norge och Finland har alla lagstiftat om framtidsfullmakter och använder dem även inom hälso- och sjukvården.<sup>199</sup> I Finland infördes framtidsfullmakter genom en lag om intressebevakningsfullmakter<sup>200</sup> och i Norge genom ett nytt kapitel i Vergemålsloven<sup>201</sup>. I Danmark har framtidsfullmakter använts ett antal år och folketinget antog 2016 en lag i ämnet<sup>202</sup>.<sup>203</sup> Alla tre länder har framtidsfullmakter som är uppbyggda som den svenska lagen på så sätt att de ger möjlighet att utse en fullmaktshavare som får fatta beslut åt fullmaktsgivaren när denna inte längre kan göra det själv. Skillnaden från Sverige är att fullmaktshavaren i de andra nordiska länderna får rätt att besluta även om hälso- och sjukvård.<sup>204</sup>

De nordiska länderna har, som konstaterats tidigare, rättssystem som generellt är lika det svenska och framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården har relativt nyligen införts i dessa länder med vilka vi delar ett kulturellt och historiskt arv. Utformningen av ländernas reglering om framtidsfullmakter verkar vara lik den svenska förutom att vi begränsar omfattningen vad gäller hälso- och sjukvård. Att våra nära grannar använder

---

<sup>197</sup> När utredningen publicerades fanns ingen gällande lag om framtidsfullmakter utan endast ett lagförslag.

<sup>198</sup> Se SOU 2015:80 s. 106 f.

<sup>199</sup> Se Westman (2019) s. 15.

<sup>200</sup> Lag om intressebevakningsfullmakt (648/2007).

<sup>201</sup> LOV 2010-03-26 nr 09: Lov om vergemål.

<sup>202</sup> LOV nr 618 af 08/06/2016 om fremtidsfuldmagter.

<sup>203</sup> Se Westman (2017) s. 147.

<sup>204</sup> Se 2 § lag om intressebevakningsfullmakt; 10 kap. 78 § lov om vergemål; 2 § lov om fremtidsfuldmagter.

framtidfullmakter inom hälso- och sjukvård anser jag tyder på att det hade kunnat fungera även i Sverige.

## **6.5 Utformningen av framtidfullmakter inom hälso- och sjukvården**

### **6.5.1 Den svenska eller den engelska modellen**

En framtidfullmakt enligt den svenska lagen om framtidfullmakter är en fullmakt som ges åt en fysisk person att företräda fullmaktsgivaren om fullmaktsgivaren inte längre har förmåga att ha hand om de angelägenheter som fullmakten avser. Framtidfullmakten ger möjlighet att utse en person som får fatta beslut för fullmaktsgivarens räkning.<sup>205</sup> Den engelska motsvarigheten till framtidfullmakter, advance directives, innebär istället en möjlighet att i förväg fatta beslut om att neka specifika behandling som fullmaktsgivaren kan komma att erbjudas i ett senare skede. Den engelska regleringen ger inte möjlighet att peka ut en person som får besluta i fullmaktsgivarens ställe när hen inte längre kan utan ger istället möjlighet att själv fatta beslutet att neka behandling i förväg.<sup>206</sup>

Mot bakgrund av detta kan konstateras att om framtidfullmakter ska införas inom hälso- och sjukvården i Sverige finns det flera sätt regleringen hade kunnat utformas på. Uppsatsen har behandlat två tänkbara alternativ, den svenska modellen och den engelska modellen. Den svenska modellen innebär att regleringen kunnat utformas på samma sätt som de framtidfullmakter som används i Sverige idag, där framtidfullmakten pekar ut en fullmaktshavare som får fatta beslutet för fullmaktsgivarens räkning. Den engelska modellen innebär att framtidfullmakten ger möjlighet till fullmaktsgivaren fatta beslutet att neka viss medicinsk behandling i förväg. Som presenterades ovan föreslås i SOU 2015:80 det första alternativet. Lagförslaget i SOU 2015:80 innebär att den nuvarande regleringen utvidgas så att fullmaktsgivare kan utse en fullmaktshavare som kan ges rätten att besluta även i frågor om hälso- och sjukvård.

### **6.5.2 Lärdomar från den engelska regleringen**

Av kritiken mot advance directives att döma finns vissa juridiska svårigheter att bemöta vad gäller hur regleringen ska utformas.<sup>207</sup> När vi hämtar inspiration till den svenska lagstiftningen från England finns därmed anledning att överväga på vilka sätt den engelska regleringen brister. I kapitel 5.3.5 presenteras kritik som riktas mot utformningen och användandet av advance directives. Bland annat riktas kritik mot det faktum

---

<sup>205</sup> Se kap. 4.2 Framtidfullmakter.

<sup>206</sup> Se kap. 5.3.1 Beslut att neka behandling.

<sup>207</sup> Se kap. 5.3.5 Kritik av advance directives.

att det krävs beslutsförmåga vid en fullmakts upprättande men att det inte finns någon mekanism i lagstiftningen som kontrollerar beslutsförmågan redan vid tiden för upprättandet. Detta gör att det, när ett advance directive väl ska tillämpas, kan ifrågasättas om det fanns beslutsförmåga vid upprättandet.

Den svenska regleringen bör utformas på ett sätt som gör framtidsfullmakter mindre sårbara än advance directives. Om beslutet som fattats i förväg inte kan garanteras vara bindande finns risk att beslutet endast ses som en viljeförklaring och då skyddas inte patientens negativa självbestämmanderätt mer effektivt än i den nuvarande svenska regleringen. Det kan därmed finnas anledning att, som Heywood föreslår i relation till advance directives, fundera över ifall beslutsförmågan bör testas vid tiden för upprättandet för att inte riskera att den ifrågasätts vid ett senare tillfälle.<sup>208</sup>

Det diskuteras också huruvida det är lämpligt att över huvud taget erbjuda advance directives. Detta eftersom den beslutsoförmögne personen inte längre är samma person som hen var när hen hade beslutsförmåga. Om det saknas psykologisk förbindelse mellan dem bör inte den beslutsoförmögne personen bindas av ett beslut som fattades av den beslutsförmögne personen.<sup>209</sup>

Även två andra rekvisit i den engelska lagstiftningen har blivit föremål för debatt. Det första är att ett advance directive inte är giltigt om fullmaktsgivaren har gjort något som tydligt inte överensstämmer med att viljeförklaringen i dennes advance directive står fast. Det är inte tydligt i den engelska regleringen huruvida den handling som inte ska överensstämma med innehållet i en persons advance directive måste ha skett under tiden personen hade beslutsförmåga, eller om agerande efter att denne förlorade sin beslutsförmåga också kan anses ligga till grund för att ett advance directive förlorar sin giltighet. Det andra rekvisitet som har kritiserats är att ett advance directive inte är tillämpligt om det föreligger omständigheter som fullmaktsgivaren inte förutsett men som hade påverkat beslutet om hen hade känt till dem. Ett advance directive är bindande om det är giltigt och tillämpligt men det är inte längre tillämpligt om en sådan omständighet föreligger. Det är dock omdebatterat vad som borde räknas som en sådan omständighet och därmed är det inte helt klart hur brett tillämpningsområde rekvisitet har. Det diskuteras exempelvis om det faktum att en beslutsoförmögen person lever ett gott liv trots sin sjukdom och inte längre vill neka behandling som kan rädda dennes liv göra ett advance directive som nekar behandling otillämpligt.<sup>210</sup>

Även i ett land som redan använder en slags framtidsfullmakt inom hälso- och sjukvården finns det med andra ord en debatt kring om de över huvud taget ska användas och hur regleringen i sådana fall borde utformas.

---

<sup>208</sup> Se kap. 5.3.5 Kritik av advance directives.

<sup>209</sup> Se kap. 5.3.5 Kritik av advance directives.

<sup>210</sup> Se kap. 5.3.5 Kritik av advance directives.



### 6.5.3 Att stärka självbestämmanderätten

I den svenska patientlagen finns krav på samtycke till medicinsk behandling och krav på att patientens självbestämmanderätt respekteras.<sup>211</sup> Trots detta erbjuder vi inte en möjlighet att neka vård i förväg motsvarande den som erbjuds i England genom advance directives. Beslut om patientens vård ska fattas utifrån patientens önskemål och preferenser snarare än utifrån vad som objektivt ses som patientens bästa.<sup>212</sup> Om sjukvården helt och hållet ska baseras på patientens önskemål och preferenser bör svensk rätt enligt min mening erbjuda patienten alla möjligheter att uttrycka dessa önskemål och preferenser. Lagen bör även garantera att det som patienten uttrycker blir bindande. Patientens i förväg uttryckta vilja borde i min mening inte vara begränsad till att enbart ses som en av många faktorer som ska vägas in när sjukvårdspersonalen som ska fatta beslutet för patientens räkning ska tolka vad som är patientens vilja.

Som konstaterats ovan finns det flera alternativa sätt att utforma framtidsfullmakter. Om vi väljer den svenska modellen, att fullmaktsgivaren utser någon annan som i framtiden får bestämma om sjukvården, kan det ifrågasättas huruvida det faktiskt är självbestämmanderätt som utövas när det är någon annan som fattar besluten åt dig. Till viss del stärks självbestämmanderätten i jämförelse med att lämna bestämmandet till den behandlande läkaren, eftersom patienten själv får välja vem som ska fatta besluten. Jag anser dock att självbestämmanderätten inte kan anses tillförsäkras patienten fullt ut när regleringen endast erbjuder möjlighet till att låta beslut fattas av en fullmaktshavare snarare än av patienten själv.

I min mening är det bättre för att stärka den negativa självbestämmanderätten att utforma regleringen efter den engelska modellen. Enligt den engelska modellen är det fullmaktsgivaren själv som i förväg fattar beslut om behandlingen. En nackdel är att användandet av framtidsfullmakter blir mindre flexibelt med denna utformning eftersom fullmaktsgivaren måste förutse och i fullmakten specificera alla de behandlingar som hen kan tänkas vilja neka om hen blir beslutoförmögen i framtiden. Om regleringen utformas efter den svenska modellen har personen som blivit vald till fullmaktshavare möjlighet att ta ställning till medicinska situationer som faktiskt uppstår. Den svenska modellen kräver inte att fullmaktsgivaren lyckas förutse och gardera sig mot alla de medicinska situationer som kan bli aktuella. Om fullmaktshavaren har tillräckligt god insyn i vad fullmaktsgivaren hade velat och fattar sina beslut ifrån detta kan den svenska modellen försäkra att patientens negativa självbestämmanderätt skyddas utan att riskera att det vid upprättandet inte inkluderas någon medicinsk behandling som patienten hade velat neka till.

---

<sup>211</sup> Se 4 kap. 2–3 §§ PL.

<sup>212</sup> Se kap. 3.3 Presumerat samtycke.

Vad avser de framtidsfullmakter som finns idag har det uttryckts att möjligheten för en fullmaktsgivare att själv peka ut en person som ska beslutsfatta för dennes räkning innebär en stor lättnad för de berörda i ett flertal situationer. Föreställ dig till exempel en äldre person som har fler än ett barn och anser att ett av barnen är mer lämpat att sköta vissa angelägenheter, eller att fullmaktsgivaren hellre hade haft en nära vän som företrädare framför en av sina familjemedlemmar. Upprättandet av en framtidsfullmakt innebär i sådana fall att fullmaktsgivaren slipper sväva i ovisshet om vem som ska sköta dennes angelägenheter. Att upprätta en framtidsfullmakt blir ett sätt att förekomma att legala ställföreträdarskap används. Att fullmaktsgivaren själv fattar beslutet om vem som ska företräda denne kan också minska konflikt mellan närstående som annars hade tvistat om vem som står den beslutsinkapable närmst eller har olika åsikter om vem som ska sköta dennes angelägenheter.<sup>213</sup> Detta är fördelar med framtidsfullmakter så som de används i Sverige idag, men bör även kunna appliceras på framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvård. Även inom hälso- och sjukvården skulle dessa förenkla och leda till större självbestämmande om patienten själv fick peka ut person som ska fatta besluten. Detta gäller oavsett om alternativet till att upprätta en framtidsfullmakt hade varit att beslutet fick fattas av behandlande läkare (som regleringen ser ut idag) av närstående (som föreslås i SOU 2015:80) eller av en annan legal ställföreträdare (som skulle vara fallet om vi breddade de legala ställföreträdarskapen så att de omfattar även hälso- och sjukvård).

Idag hamnar som sagt ansvaret att beslutsfatta åt en patient utan beslutsförmåga hos läkaren. Läkaren kan vara en person patienten känner väl eller en främling. Att få upprätta en framtidsfullmakt hade gjort att fullmaktsgivaren sluppit sväva i ovisshet om vem den behandlande läkaren är som ska besluta om dennes vård. Framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården är i min mening att föredra över att lämna beslutsfattandet till läkaren. I dagsläget kan saker närstående säger och gör påverka och influera läkarens beslut eftersom det närstående säger om patientens vilja vägs in i läkarens bedömning. Detta är inte helt oproblematiskt. Tänk exempelvis om en person med flera barn är rädd att barn A kommer att försöka att berätta om personens vilja på ett sådant sätt att läkaren påverkas att fatta beslut i viss riktning. Personen kanske skulle känna sig tryggare med att ha fått bestämma på förhand att dennes andra barn B, som hen litar mer på, får bestämmanderätten. Detta hade hen kunnat göra om framtidsfullmakter infördes inom hälso- och sjukvården.

Om lagförslaget i SOU 2015:80 blir gällande rätt hade företrädaren för en patient utan beslutsförmåga i första hand varit en framtidsfullmaktshavare och i andra hand en närstående. I detta fall hade upprättandet av en framtidsfullmakt gjort att fullmaktsgivaren själv kunnat välja vem hen vill ska fatta besluten istället för att den rätten hamnar hos en närstående som hen inte fått välja själv. I många fall är det säkerligen en närstående som

---

<sup>213</sup> Se SOU 2004:112 s. 476 f.

föredras av patienter som den som ska fatta beslut för deras räkning. Om så inte är fallet, eller om det finns en specifik anhörig som anses mest lämpad, kan framtidsfullmakten användas för att själv styra vem som har rätt att fatta besluten.

Oavsett vem som i patientens ställe har rätt att besluta om sjukvården när patienten är beslutsoförmögen kvarstår samma argument – framtidsfullmakter stärker självbestämmanderätten jämfört med de andra alternativen eftersom de ger en möjlighet att själv få välja vem som ska fatta besluten. Det har tidigare konstaterats att det skapar en slags trygghet att få vara med och bestämma om den framtida vården själv.

#### **6.5.4 Beslut att neka behandling**

Det är endast beslut att neka behandling som kan vara bindande i advance directives. Det är möjligt att i ett advance directive också uttrycka vilka vårdinsatser som faktiskt önskas men denna önskan ses endast som ett uttryck för patientens vilja och blir inte juridiskt bindande.<sup>214</sup> I svensk rätt hade framtidsfullmakter på hälso- och sjukvårdens område också, oavsett vilken utformning vi hade valt, troligtvis endast kunna ha bindande verkan när det handlar om att neka behandling. Detta beror på att den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är en skyldighetslagstiftning snarare än en rättighetslagstiftning. Det innebär att det finns en skyldighet för vårdgivaren att erbjuda en god vård men det finns inga rättigheter som patienten kan utkräva kopplade till denna skyldighet. Det är vårdgivarens bedömning av patientens behov som avgör vårdinsatsen. En framtidsfullmakt hade inte gett fullmaktsgivaren möjlighet kräva viss behandling för att sedan vara garanterad att få den i framtiden. Det hade inte heller gett fullmaktshavaren möjlighet att kräva viss behandling för fullmaktsgivarens räkning.<sup>215</sup>

### **6.6 I förväg lämnade viljeförklaringar**

Det finns idag ett par situationer där vi i Sverige kan uttrycka vår vilja om medicinska åtgärder i förväg med bindande verkan. Reglerna om organdonation kräver att du måste samtycka till donation i förväg för att behandling som tillvaratar dina organ för donation ska få genomföras. Beslutet att neka organdonation kan fattas i förväg på samma sätt som en framtidsfullmakt på hälso- och sjukvårdens område enligt den engelska modellen kan neka medicinsk behandling i förväg. Det finns också i dagsläget en möjlighet för patienten att under vissa omständigheter i förväg uttrycka sin vilja om huruvida livsuppehållande behandling får ges eller inte. Om denna vilja uttrycks till en läkare ska läkaren bedöma patientens psykiska status och se till att patienten och dess närstående fått all

---

<sup>214</sup> Se Jackson (2016) s. 270.

<sup>215</sup> Se Staaf, Wendel och Zanderin (2018) s. 17.

information de har rätt till. Om viljan att neka behandling står fast ska läkaren göra sitt ställningstagande utifrån detta. Detta ställningstagande ska nedtecknas i patientens journal och blir bindande under det specifika vårdtillfället och i det verksamhetsområdet.

Med utgångspunkt i dessa två exempel på hur vi i Sverige använder oss av tidigare lämnade viljeförklaringar för att styra framtida vård känns det inte särskilt avlägset att införa mer omfattande möjligheter att lämna bindande viljeförklaringar genom framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården. På så sätt hade den svenska lagstiftningen kunnat ta nästa kliv mot en starkare negativ självbestämmanderätt för patienten.

## 6.7 Planering av palliativ vård

Ett livstestament, det vill säga en skriftlig viljeförklaring att en person inte vill emotta livsuppehållande behandling, behandlades av Kommittén om vård i livets slutskede. Kommittén ansåg att livstestamenten inte bör vara ovillkorligen bindande men att de ska behandlas som patientens viljeyttring. Kommittén förespråkade dock att användandet av livstestamenten trots allt borde ges större genomslag i svensk vård, baserat på tre anledningar: livstestamenten kan skapa trygghet för patienten, de kan underlätta ställningstaganden för närstående och vårdpersonal och de leder till en ökad öppenhet att tala om döden med närstående och vårdpersonal.<sup>216</sup> Även om dessa fördelar uttrycktes i relation till vägledande livstestamenten och inte till bindande framtidsfullmakter bör motsvarande gälla även i förhållande till användandet av framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården.

I England kan endast nekande till behandling vara bindande. Ändå har det blivit mer och mer vanligt att patienter som befinner sig i livets slutskede uppmantras att uttrycka sina åsikter angående vad de önskar ska hända med dem under sin sista tid. Denna planering av den palliativa vården ("advance care planning") inkluderar upprättandet av advance directives där patienten exempelvis nekar livsuppehållande behandling. Planeringen kan också inkludera att patienten får uttrycka preferenser kring vilka typer av behandlingar som hen vill få eller var hen vill befinna sig under livets slutskede, även om sådana preferenser inte blir bindande.<sup>217</sup>

Carolyn Johnston har skrivit om planering av palliativ vård i England och dess fördelar för patienter, närstående och vårdpersonal. Hon hänvisar till studier som visat att patienter i livets slutskede har upplevt planeringen av den palliativa vården som positiv då den erbjuder information och en starkare känsla av självbestämmande samt hjälper till att förbättra relationen till sjukvårdspersonalen och till de närstående. Patienter har konstaterat att planering av den palliativa vården är en viktig del i en god relation mellan läkare och patient. Planering av den palliativa vården gör också att

---

<sup>216</sup> Se SOU 2004:112 s. 582.

<sup>217</sup> Se Jackson (2016) s. 278.

patientens efterlevande utsätts för mindre stress, oro och depression. En studie som undersökte hur planering av palliativ vård påverkade patienter fann att patienternas närstående var mer tillfreds med omständigheterna kring sin närståendes bortgång när sådan planering hade genomförts. De uttryckte att de var mer tillfreds både när de såg på situationen utifrån sitt eget perspektiv och när de såg till hur de upplevde att patienten hade känt i situationen.<sup>218</sup> Sammanfattningsvis uttrycker Johnston att närstående har lättare att hantera svåra situationer i patientens palliativa vård när patienten har deltagit i planeringen. Att patienten får utöva sin självbestämmanderätt och vara delaktig i sin egen hälso- och sjukvård leder till att patienter och närstående är mer tillfreds med den vård som ges. Advance directives är ett av de verktyg som används i planeringen av palliativ vård.

## 6.8 Bör framtidsfullmakter införas i hälso- och sjukvården?

Problemet vi står inför är alltså att det saknas reglering vad gäller beslutsfattande för vuxna som saknar beslutsförmåga inom hälso- och sjukvården. Detta leder till att patienternas negativa självbestämmanderätt undermineras. Det leder också till att praxis skiljer sig åt och att rättssäkerheten därmed äventyras. Detta kapitel tar ställning till frågan hur beslutsfattande för en beslutsoförmögen vuxen patient skulle kunna regleras i svensk rätt för att i större utsträckning tillförsäkra att patientens negativa självbestämmanderätt respekteras. En lösning på problemet kan vara att införa framtidsfullmakter på hälso- och sjukvårdens område. Framtycksfullmakter är i min mening att föredra över legala ställföreträderskap för att tillgodose behovet av ställföreträdare för beslutsoförmögna inom sjukvården. Detta eftersom de tycks vara ett mindre ingripande sätt att stärka den negativa självbestämmanderätten. Att framtidsfullmakter i hälso- och sjukvården borde införas i nationell lagstiftning har uttryckts i biomedicinkonventionen och europarådsrekommendationen med dess tillhörande förklarande rapport. Det har också föreslagits i förarbeten.

I min mening bör framtidsfullmakter införas inom hälso- och sjukvårdens område i Sverige. Jag är dock inte helt enig med lagförslaget i SOU 2015:80 om hur de bör utformas. Framförallt anser jag att det inte är tillräckligt att välja den svenska modellen där framtidsfullmakter ger en fullmaktshavare rätten att besluta för den beslutsoförmögnes räkning. Detta eftersom jag inte tycker att en sådan lösning stärker självbestämmanderätten så långt som möjligt. Förslaget i SOU 2015:80 undantar också livsuppehållande behandling och föreslår att företrädaren inte ska ha rätt att fatta beslut om sådan behandling. Ett alternativ till det utredningen föreslår i SOU 2015:80 är att använda den svenska modellen och den engelska modellen parallellt. Personligen anser jag att det hade varit ett bättre alternativ att införa framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården som fungerar som en slags

---

<sup>218</sup> Se Johnston (2014) s. 511 ff.

kombination av advance directives och framtidsfullmakter. Detta hade kunnat erbjuda fullmaktsgivare en möjlighet att neka specifika medicinska behandlingar i förväg men också en möjlighet att utse en fullmaktshavare som kan besluta för fullmaktsgivarens räkning vad gäller de medicinska behandlingar som fullmaktsgivaren inte har uttryckt sin vilja om. Oavsett vilken av lösningarna vi hade valt i Sverige menar jag att patienter hade fått en större möjlighet att utöva sin negativa självbestämmanderätt än de har i dagsläget genom införandet av framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården. Jag tror att införandet hade varit ett efterfrågat steg i rätt riktning för att styrka den negativa självbestämmanderätten för beslutoförmögna patienter.

# 7 Sammanfattning och slutsatser

## 7.1 Inledning

Denna uppsats har haft som syfte att analysera patientens negativa självbestämmanderätt inom hälso- och sjukvården, det vill säga en patients rätt att neka medicinsk behandling, när självbestämmanderätten utövas av patienten själv eller genom andra. Fokus för uppsatsen har legat på situationer där patienten saknar beslutsförmåga och inte kan fatta beslut om sin egen sjukvård.

För att uppnå uppsatsens syfte har jag presenterat hur gällande rätt i Sverige är utformad och vilka brister som finns i regleringen vad gäller vuxna som saknar beslutsförmåga. Jag har konstaterat att svensk rätt, enligt min uppfattning, inte tillförsäkrar patienter deras negativa självbestämmanderätt i en tillräckligt hög grad. Vidare har syftet varit att diskutera hur lagstiftningen skulle kunna utformas för att åtgärda detta. Jag har redogjort dels för hur den negativa självbestämmanderätten utövas i Sverige idag vid beslutsoförmåga, dels för hur den negativa självbestämmanderätten utövas inom hälso- och sjukvården utomlands, med England som exempel.

Frågeställningarna som jag avsett att besvara är följande:

- Hur ser gällande rätt ut i Sverige vad gäller den negativa självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården och hur har det nuvarande rättsläget vuxit fram?
- Hur utövas den negativa självbestämmanderätten i Sverige?
- Hur tillförsäkras patientens negativa självbestämmanderätt vid beslutsoförmåga i England?
- Hade en utvidgning av framtidsfullmakter till att omfatta hälso- och sjukvård i större utsträckning försäkrat att patientens negativa självbestämmanderätt respekteras?

## 7.2 Den negativa självbestämmanderätten i Sverige och dess framväxt

Den första frågan jag besvarat är hur gällande rätt ser ut i Sverige vad gäller den negativa självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården och hur det nuvarande rättsläget vuxit fram.

Den negativa självbestämmanderätten inom hälso- och sjukvården innebär att en patient har rätt att neka behandling. En negativ rättighet är inte utkrävbar på samma sätt som en positiv rättighet. Lagstiftningen måste därför utformas på så sätt att en kränkning av rättigheten ger konsekvenser.

Rätten återfinns i patientlagens krav på samtycke för att medicinsk behandling ska få ges samt på att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Självbestämmanderätten skyddas också i regeringsformens förbud mot påtvingat kroppsligt ingrepp.<sup>219</sup>

Under 1900-talet skedde stora förändringar i den svenska hälso- och sjukvården. Sverige blev ett mer centralstyrt välfärdssamhälle och vårdsektorn växte. Respekten för läkaryrket var stor och relationen mellan läkare och patient präglades av paternalism och en inställning av att läkaren visste bäst. Patienten ansågs inte kompetent nog att få delta i beslutsprocessen och information om medicinsk vetenskap skulle inte delas med patienten. Under 50-talet fick patienten vissa rättigheter – men dessa existerade mest på pappret och gav inte något stort reellt inflytande. Inställningen i Sverige har även historiskt sett varit att patienten själv får välja om hen vill ta emot behandling eller inte. Eftersom det inte funnits en reell möjlighet för patienten att få kunskap om hälsotillståndet och behandlingsmöjligheter har självbestämmanderätten dock varit begränsad i praktiken. Förr var det dessutom endast i vissa specialfall som denna rätt faktiskt uttrycktes i lagen, och då endast när behandlingen inte hade till syfte att förbättra hälsan – exempelvis vad gäller sterilisering, kastrering och abort. Så småningom har patienträttigheter hamnat mer och mer i fokus och sedan inträdet i EU har internationella konventioner om mänskliga rättigheter påverkat den politiska utvecklingen. Sedan 2014 har vi en patientlag i Sverige. Med införandet av denna kom det ett i lagstiftning uttryckt krav på att patienten måste samtycka till medicinsk behandling för att den ska få ges.<sup>220</sup>

Patientens negativa självbestämmanderätt har utvecklats mycket under de senaste decennierna. Rätten är starkare idag än vad den varit under större delen av 1900-talet. Detta beror på att den negativa självbestämmanderätten nu åtnjuter skydd i den svenska lagstiftningen men också på att det finns mer information tillgänglig för patienter. Att patienter har tillgång till mer information medför att de har en praktisk möjlighet att faktiskt utnyttja sin negativa självbestämmanderätt till att fatta ett informerat beslut.

## **7.3 Utövandet av den negativa självbestämmanderätten**

Den andra frågan jag besvarat är hur den negativa självbestämmanderätten utövas i Sverige. Jag har dels undersökt möjligheterna att utöva den negativa självbestämmanderätten i hälso- och sjukvården, dels undersökt hur den negativa självbestämmanderätten utövas på andra områden med hjälp av olika former av ställföreträdarskap.

---

<sup>219</sup> Se kap. 2.2 Gällande rätt.

<sup>220</sup> Se kap. 2.2 Den negativa självbestämmanderätten i ett historiskt perspektiv.



Den negativa självbestämmanderätten främjas inom den svenska hälso- och sjukvården genom kravet på att patienten samtycker till medicinsk behandling för att behandlingen ska få ges. Det finns dock ett antal undantag, situationer där samtycke inte behövs för att behandling ska få ges, som alltså inskränker den negativa självbestämmanderätten. Ett av dessa är undantaget från kravet på samtycke i 4 kap. 4 § PL som ger möjlighet att vårda när det inte går att utreda patientens vilja på grund av medvetlöshet eller liknande om vården behövs för att avvärja fara som är akut och livshotande. Ett annat undantag från kravet på samtycke är nödbestämmelsen i BrB.<sup>221</sup> Även om det finns lagstöd för att använda nödbestämmelsen i BrB har SMER problematiserat det faktum att sjukvården behöver tolka bestämmelser i BrB för att utöva sitt vårduppdrag och genomföra sina dagliga insatser för beslutoförmögna patienter.<sup>222</sup>

Det finns gott om situationer där medicinsk behandling behövs och patienten saknar beslutsförmåga men där undantagen inte är tillämpliga. I dessa fall får läkare förlita sig på presumerat samtycke för att kunna fatta beslut för patientens räkning. Presumerat samtycke innebär att vårdpersonalen bildar sig en uppfattning kring vad patienten hade velat om hen hade haft möjlighet att uttrycka sin vilja. Detta görs genom att väga in den information som läkaren har tillgång till. Presumerat samtycke används ofta i praktiken för att kunna ge vård men det är inte helt tydligt i lagstiftningen om presumerat samtycke är giltigt eller inte.<sup>223</sup>

Slutligen finns också ett antal situationer där vi faktiskt ger patienten möjlighet att i förväg uttrycka sin vilja om medicinska åtgärder, vilket går den negativa självbestämmanderätten mer till mötes. Detta är fallet vad gäller organdonation och livsuppehållande behandling. Vad gäller organdonation finns det ett krav på att den avlidne samtyckt till transplantation av sina organ för donation. Det räcker att det inte framgår något som ger anledning att anta att ingreppet skulle strida mot den avlidnes inställning för att den avlidne ska anses ha samtyckt. Finns det något som ger anledning att anta att ingreppet skulle strida mot den avlidnes inställning får ingreppet dock inte ske. Om den avlidnes vilja var okänd har närstående till den avlidne rätt att utöva sitt närståendeveto och neka ingreppet. Transplantation inför organdonation är alltså ett ingrepp där vi i förväg får uttrycka vår vilja och där ett i förväg lämnat nekande för med sig att ingreppet blir förbjudet enligt lag.<sup>224</sup>

En annan situation där det händer att en patient har uttryckt sin vilja innan beslutsförmågan gått förlorad, är ställningstaganden till livsuppehållande behandling. Det förekommer att patienten i förväg har upprättat ett ”livstestamente”, en skriftlig viljeförklaring att hen inte vill ta emot livsuppehållande behandling. Livstestamenten är inte juridiskt bindande men kan användas som informationskälla när läkaren utreder patientens

---

<sup>221</sup> Se kap. 3.2 Undantag från kravet på samtycke.

<sup>222</sup> Se kap. 1.1 Uppsatsens ämne.

<sup>223</sup> Se kap. 3.3 Presumerat samtycke.

<sup>224</sup> Se kap. 3.4.2 Organdonation.

vilja. Det är dock alltid läkaren som har det yttersta ansvaret och gör det slutliga ställningstagandet om huruvida livsuppehållande behandling ska ges eller inte. Livstestamenten garanterar därmed inte den negativa självbestämmanderätten men erbjuder ändå patienten en möjlighet att uttrycka sin vilja så att vårdpersonalen måste ta den i beaktande.<sup>225</sup>

Sammanfattningsvis kan konstateras att så som systemet är utformat idag hamnar i praktiken det yttersta ansvaret att fatta beslut för den som inte själv kan göra det på sjukvårdspersonalen och det finns många sätt att kringgå kravet på att patienten samtyckt till den behandling som ska ges. Dels finns ett antal undantag som ger möjlighet att ge vård trots att den enskilde inte samtycker eller har möjlighet att uttrycka sin vilja, dels finns det en möjlighet att ge vård baserat på ett presumerat samtycke. Undantagsreglerna har lagstöd men det finns inget lagstöd för att ge behandling utifrån ett presumerat samtycke.

Vidare är det inte endast inom hälso- och sjukvården det behöver fattas beslut åt den som är beslutsoförmögen. Utanför hälso- och sjukvården utövas den negativa självbestämmanderätten genom andra med hjälp av framtidsfullmakter och legala ställföreträdarskap.<sup>226</sup>

Framtidsfullmakter är fullmakter som utfärdas när fullmaktsgivaren har beslutsförmåga och som sedan träder i kraft när hen på grund av exempelvis sjukdom inte längre har beslutsförmåga. Sedan 2017 används framtidsfullmakter inom civilrätten och får omfatta personliga och ekonomiska angelägenheter men hälso- och sjukvård faller uttryckligen utanför vad som får regleras i en framtidsfullmakt. Framtidsfullmakter ger enskilda en möjlighet att i förväg ge någon annan rätt att ha hand om deras angelägenheter om de vid ett senare tillfälle inte längre kan göra det själva. Detta främjar självbestämmanderätten eftersom det ger den enskilde möjlighet att själv i förväg fatta beslut om sina egna angelägenheter.<sup>227</sup>

Förutom framtidsfullmakter har vi ett antal olika typer av ställföreträdarskap som kan användas när en vuxen person inte själv kan tillvarata sina rättigheter – godmanskap, förvaltarskap och anhörigbehörighet. Dessa ställföreträdarskap ger en eller flera personer möjligheten att beslutsfatta och rättshandla åt den som saknar beslutsförmåga. En huvudregel är att den minst ingripande åtgärden ska användas för att i största möjliga mån bevara personens självbestämmanderätt.<sup>228</sup>

Det finns alltså ett flertal i lag angivna sätt att beslutsfatta åt en person som själv saknar beslutsförmåga men inget av dessa ställföreträdarskap ger ställföreträdaren rätt att besluta i frågor om hälso- och sjukvård. När en patient inte själv kan besluta om hälso- och sjukvård kan alltså inte dennes eventuella ställföreträdare heller göra det. Beslutet lämnas istället, som

---

<sup>225</sup> Se kap. 3.4.1 Livsuppehållande behandling.

<sup>226</sup> Se kap. 4.1 Inledning.

<sup>227</sup> Se kap. 4.2 Framtidsfullmakter.

<sup>228</sup> Se kap. 4.3.1 God man.

tidigare konstaterats, till patientens vårdgivare. Denne har möjlighet att ge vård vid beslutsförmåga om något av undantagen från kravet på samtycke föreligger. Föreligger inte ett sådant undantag kvarstår två alternativ: att inte ge vård alls eller att ge vård baserat utifrån ett presumerat samtycke.

## 7.4 Beslutsfattande genom advance directives

Den tredje frågan jag besvarat är hur den negativa självbestämmanderätten tillförsäkras patienter vid beslutsförmåga i England. I England används som tidigare beskrivits så kallade advance directives. Advance directives är en slags framtidsfullmakt som ger patienten möjlighet att i förväg neka specifik behandling som kan komma att ges i framtiden men som inte ger rätt att med bindande verkan önska en viss behandling.<sup>229</sup>

Ett advance directive upprättas när den enskilde fortfarande har beslutsförmåga och träder i kraft när beslutsförmågan förloras. Lagstiftningen kritiserar dock för att beslutsförmåga presumeras ha funnits vid upprättandet av ett advance directive. Det finns inget krav på att kontrollera att fullmaktsgivaren faktiskt haft beslutsförmåga vid upprättandet. Detta skapar sårbarhet eftersom det för med sig att advance directives kan ifrågasättas när de väl ska tillämpas och patientens beslutsförmåga är förlorad.<sup>230</sup>

För att bli bindande måste ett advance directive vara giltigt och tillämpligt. Giltighet förutsätter att fullmaktsgivaren inte, medan beslutsförmåga fanns, återtagit beslutet eller gett någon annan rätten att fatta beslutet. Det förutsätts också att fullmaktsgivaren inte har gjort något som inte överensstämmer med att viljeförklaringen står fast. Även denna del av lagstiftningen har mött kritik eftersom det inte framgår om handlingar som inte överensstämmer med viljeförklaringen kan påverka giltigheten om de företas när beslutsförmågan förlorats. För att ett advance directive ska vara tillämpligt krävs att behandlingen är specificerad i fullmakten, att alla omständigheter som specificeras i fullmakten är för handen och att det inte föreligger omständigheter som fullmaktsgivaren inte förutsett och som skulle påverka beslutet om hen hade förutsett dem. Det är inte klart hur det sista rekvisitet ska tolkas. Det kan finnas situationer där en person upprättat ett advance directive i vilket hen nekar behandling men när beslutsförmåga saknas lever ett lyckligt liv och vill fortsätta leva trots sin sjukdom. Det är inte helt tydligt hurvida en sådan situation kan anses vara en omständighet som hen inte förutsåg när hen upprättade sitt advance directive och nekade behandling. Debatten kretsar kring lämpligheten i att dåtidens person

---

<sup>229</sup> Se kap. 5.1 Inledning.

<sup>230</sup> Se kap. 5.3.3 Presumtionen om beslutsförmåga och 5.3.5 Kritik av advance directives.

beslutar åt nutidens person och huruvida de kan sägas vara en och samma person när beslutsförmågan gått förlorad.<sup>231</sup>

Advance directives regleras i Mental Capacity Act som bygger på fyra intressen: respekt för patientens självbestämmande, förenklande av genomförandet av hälso- och sjukvård, beskydd av den beslutsförmögne patienten och beskydd av den behandlande vårdgivaren. MacLean menar att mer vikt har lagts vid förenkling av sjukvårdens genomförande, skyddet för vårdgivaren och skyddet för beslutsförmögna än vid respekten för patientens självbestämmande.<sup>232</sup>

## 7.5 Vägen framåt

Slutligen har jag besvarat huruvida en utvidgning av framtidsfullmakter till att omfatta hälso- och sjukvård försäkrar att patientens negativa självbestämmanderätt respekteras i större utsträckning. Det har konstaterats ett flertal gånger tidigare i uppsatsen att det finns ett flertal brister i regleringen vad gäller vuxna som saknar beslutsförmåga när det kommer till hälso- och sjukvård. Som det ser ut idag har den svenska lagstiftaren valt att inte införa en tydlig reglering vad gäller beslutsfattande för vuxna med beslutsförmåga. De ändringar som SMER efterfrågar med anledning av denna brist är ett system med någon slags legala ställföreträdare som kan säkerställa att vård ges med respekt för patientens självbestämmanderätt och vilja. SMER konstaterar vidare att det inte är rimligt att vårdpersonal ska behöva vända sig till BrBs nödbestämmelse för att hitta stöd för de insatser de behöver göra för beslutsförmögna patienter, utan att rättsligt stöd borde införas i patientlagstiftning.<sup>233</sup>

Avsaknaden av reglering leder till att patienternas negativa självbestämmanderätt undermineras och till att rättssäkerheten äventyras. Frågan är om en utvidgning av framtidsfullmakter till att omfatta hälso- och sjukvård hade kunnat försäkra att patientens negativa självbestämmanderätt respekterades i större utsträckning. Detta är en lösning som efterfrågas från ett flertal håll.

Med hänsyn till vad som diskuteras i kapitel 6 anser jag att införandet av framtidsfullmakter på hälso- och sjukvårdens område hade hjälpt till att tillgodose patientens negativa självbestämmanderätt. Framtidsfullmakter är i min mening att föredra över att utvidga legala ställföreträdarskap för att tillgodose behovet av ställföreträdare för beslutsförmögna inom sjukvården. Anledningen till detta är framförallt att framtidsfullmakter är ett mindre ingripande alternativ. Att välja framtidsfullmakter värnar om självbestämmanderätten i större utsträckning. Jag ställer mig positiv till den

---

<sup>231</sup> Se kap. 5.3.4 Kravet på giltighet och tillämplighet och 5.3.5 Kritik av advance directives.

<sup>232</sup> Se kap. 5.4 Bakomliggande intressen.

<sup>233</sup> Se kap. 1.1 Uppsatsens ämne.

föreslagna LSH i SOU 2015:80 vad gäller förslaget att företrädare ska utses för patienter utan beslutsförmåga och att dessa i första hand ska vara framtidsfullmaktshavare. Jag är dock inte helt enig med SOU 2015:80 som föreslår att framtidsfullmakter ska införas på hälso- och sjukvårdens område genom att utöka den nuvarande FFL så att fullmaktshavare också får besluta om hälso- och sjukvård. I min mening hade det varit ett bättre alternativ att införa framtidsfullmakter som är en kombination av Englands advance directives och nu existerande framtidsfullmakter. Jag efterfrågar en möjlighet att välja en fullmaktshavare som får besluta för din räkning men att framtidsfullmakter inom sjukvården också ska kunna inkludera beslut att neka behandling i förväg.

Om vi återvänder till exemplet i inledningen en sista gång kan konstateras att införandet av framtidsfullmakter på hälso- och sjukvårdens område hade inneburit att du kan lämna ett åtminstone delvis mer glädjande besked till din mamma. Hon undrade om hon kan upprätta ett dokument som ger dig rätt att besluta om vården när hon inte kan göra det själv, eller om du på något annat sätt kan försäkra dig om att hon inte behöver genomgå behandling som hon inte vill ta emot. Förslaget till LSH i SOU 2015:80 hade, om det blir gällande rätt, inneburit att din mamma kan upprätta en framtidsfullmakt där hon ger dig rätten att fatta beslut om hälso- och sjukvården i det fall hon själv inte längre kan göra det. Om din mamma inte vill genomgå operation kan du alltså som fullmaktshavare neka sådan behandling för hennes räkning. Enligt förslaget i LSH har dock inte en utpekad företrädare rätt att motsätta sig livsuppehållande behandling. Detta innebär att en begränsning av självbestämmanderätten kvarstår även om vi inför LSH och framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården på det sätt som SOU 2015:80 föreslår. Det finns, som tidigare nämnts, redan idag möjlighet att neka livsuppehållande behandling under vissa omständigheter men denna möjlighet utökas inte enligt lagförslaget i SOU 2015:80. Hade vi däremot, som jag förespråkar, även infört framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården baserade på den engelska modellen hade din mamma själv i förväg kunnat fatta beslutet att neka livsuppehållande behandling.

Oavsett hur framtidsfullmakter inom hälso- och sjukvården utformas innebär de att patienter får mer långtgående möjlighet att utöva den negativa självbestämmanderätten, något som jag anser vara högst önskvärt.

# Käll- och litteraturförteckning

## Källor

### *Sverige*

#### Utredningsbetänkanden

Ds 2014:16 Framtidsfullmakter.

SOU 2004:112 Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna.

SOU 2006:110 Regler för skydd och rättssäkerhet för personer med demenssjukdom.

SOU 2015:80 Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning.

#### Propositioner

Prop. 2016/17:30 Framtidsfullmakter – en ny form av ställföreträdarskap för vuxna.

Prop. 2020/21:48 Organdonation.

#### Övrigt tryck

Remiss S2015/06260/FS Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning (SOU 2015:80).

SMER, En sammanhållen reglering avseende ställföreträdare för patienter med bristande beslutsförmåga, daterat 2011-06-14.

Socialstyrelsen, Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling : Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal, publicerad juli 2011.

SOSFS 2011:7, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling.

Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, och Svenska rådet för hjärt-lungräddning, Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning (HLR).

## ***England***

Law Commission Report (1995), Mental Incapacity, Law Com. No. 23.

Department of Health (2005), Mental Capacity Act.

Department for Constitutional Affairs (2007), Mental Capacity Act 2005 Code of Practice.

## ***Europeiska unionen***

Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine.

Principles concerning the legal protection of incapable adults.  
Recommendation No. R [99] 4.

Recommendation CM/Rec (2009)11 and explanatory memorandum,  
Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity.

## ***Övriga Norden***

Lag om intressebevakningsfullmakt (648/2007).

LOV 2010-03-26 nr 09: Lov om vergemål.

LOV nr 618 af 08/06/2016 om fremtidsfuldmagter.

## **Elektroniska källor**

”About Us”, The Law Commission, <[www.lawcom.gov.uk/about/](http://www.lawcom.gov.uk/about/)> , besökt 2020-12-03.

”Allen Edward Buchanan”, Duke University, <[scholars.duke.edu/person/allenb](http://scholars.duke.edu/person/allenb)>, besökt 2021-01-05.

”Bert Lehrberg”, Uppsala universitet, <[katalog.uu.se/empinfo/?id=N96-3681](http://katalog.uu.se/empinfo/?id=N96-3681)>, besökt 2021-01-05.

Charlotte Lönnheim, kommentar till lag (1995:831) om transplantation m.m. 3 §, Karnov (JUNO), uppdaterad 2020-04-01, <[juno-nj-se.ludwig.lub.lu.se/b/documents/529862?st=karnov&t=annotations#SFS1995-0831\\_K0\\_P3](http://juno-nj-se.ludwig.lub.lu.se/b/documents/529862?st=karnov&t=annotations#SFS1995-0831_K0_P3)>, besökt 2020-12-28.

”ChefsJO Elisabeth Rynning”, Justiteombudsmannen, publicerad 2020-01-02, <[www.jo.se/sv/Om-JO/Justiteombudsmannen/ChefsJO-Elisabeth-Rynning/](http://www.jo.se/sv/Om-JO/Justiteombudsmannen/ChefsJO-Elisabeth-Rynning/)>, besökt 2021-01-05.

”Dr Carolyn Johnston”, University of Melbourne, <[law.unimelb.edu.au/about/staff/carolyn-johnston](http://law.unimelb.edu.au/about/staff/carolyn-johnston)>, besökt 2021-01-05.

”Dr Mary Neal”, University of Strathclyde, <[www.strath.ac.uk/staff/nealmarydr/](http://www.strath.ac.uk/staff/nealmarydr/)>, besökt 2021-01-05.

”Hur ger jag någon som inte är min släkting behörighet att fatta beslut för min räkning i framtiden?”, Lawline Familjerätt, publicerad 2019-07-29, <[lawline.se/answers/hur-ger-jag-nagon-som-inte-ar-min-slakting-behorighet-att-fatta-beslut-for-min-rakning-i-framtiden](http://lawline.se/answers/hur-ger-jag-nagon-som-inte-ar-min-slakting-behorighet-att-fatta-beslut-for-min-rakning-i-framtiden)>, besökt 2020-11-13.

”In Memoriam: Ronald Dworkin”, New York University Law, publicerad 2013-02-14, <[www.law.nyu.edu/news/RONALD\\_DWORKIN\\_MEMORIAM](http://www.law.nyu.edu/news/RONALD_DWORKIN_MEMORIAM)>, besökt 2021-01-05.

”Inez de Beaufort”, Centre de Cultura Contemporània de Barcelona, publicerad 2011-10-03, <[www.cccb.org/en/participants/file/inez-de-beaufort/39477](http://www.cccb.org/en/participants/file/inez-de-beaufort/39477)>, besökt 2021-01-05.

Jenny Björkman, ”Folkhemmets arkitekter: Alva och Gunnar Myrdal”, Populär historia, publicerad 2019-08-31, <[popularhistoria.se/sveriges-historia/1900-tal/folkhemmets-arkitekter-alva-och-gunnar-myrdal](http://popularhistoria.se/sveriges-historia/1900-tal/folkhemmets-arkitekter-alva-och-gunnar-myrdal)>, besökt 2020-12-23.

Kenneth Johansson för SMER, ”Lagstifta om vård för de beslutsoförmögna”, Svenska Dagbladet Debatt, publicerad 2019-11-20, <[www.svd.se/lagstifta-om-var-d-for-de-beslutsoformogna](http://www.svd.se/lagstifta-om-var-d-for-de-beslutsoformogna)>, besökt 2020-12-21.

”Rob Heywood: Biography”, University of East Anglia, <[people.uea.ac.uk/r\\_heywood](http://people.uea.ac.uk/r_heywood)>, besökt 2021-01-05.

## Litteratur

Bogdan, Michael (1994), *Comparative Law*, 1:a upplagan, Norstedts Juridik, Fritzes.

Buchanan, Allen (1988), ’Advance Directives and the Personal Identity Problem’, *Philosophy & Public Affairs*, 17(4), s. 277–302.

Bull, Thomas (1997), *Mötes- Och Demonstrationsfriheten : En Statsrättslig Studie Av Mötes- Och Demonstrationsfrihetens Innehåll Och Gränser i*



*Sverige, Tyskland Och USA*, Skrifter Från Juridiska Fakulteten i Uppsala: 61, Iustus.

de Beaufort, Inez (2007), 'The View from before', *American Journal of Bioethics*, 7(4), s. 57–58.

Dresser, Rebecca (1986), 'Life, Death, and Incompetent Patients: Conceptual Infirmities and Hidden Values in the Law'. *Arizona Law Review*, 28(3), s. 373–406.

Dworkin, Ronald (1986), 'Autonomy and the Demented Self', *The Milbank Quarterly*, 64, s. 4–16.

Heywood, Rob (2015), 'Revisiting Advance Decision Making under the Mental Capacity Act 2005: A Tale of Mixed Messages'. *Medical Law Review*, 23(1), s. 81–102.

Inger, Göran (2011), *Svensk Rättshistoria*, 5:e upplagan, Liber.

Jackson, Emily (2016), *Medical law : text, cases, and materials*, 4:e upplagan, Oxford University Press.

Johnston, Carolyn (2014), 'Advance Decision Making - Rhetoric or Reality', *Legal Studies*, 34(3), s. 497–514.

Jonsson Cornell, Anna (2020), 'Den komparativa konstitutionella rättens teori och metod – en introduktion', i Jonsson Cornell, Anna (red.), *Komparativ konstitutionell rätt*, 3:e upplagan, Iustus, s. 17–40.

Kleineman, Jan (2018), 'Rättsdogmatisk metod', i: Nääv, Maria; Zamboni, Mauro, *Juridisk Metodlära*, 2:a upplagan, Studentlitteratur, s. 21–46.

Lehrberg, Bert (2020), *Praktisk juridisk metod*, 12:e upplagan, Iusté.

Litins'ka, Yana (2020), 'Samtycke och beslutskompetens inom vården', i: Zillén, Kavot; Mattsson, Titti; Slokenberga, Santa (red.), *Medicinsk rätt*, Norstedts Juridik, s. 85–100.

MacLean, Alasdair (2008), 'Advance Directives and the Rocky Waters of Anticipatory Decision-Making', *Medical Law Review*, 16(1), s. 1–22.

Michalowski, Sabine (2005), 'Advance Refusals of Life-Sustaining Medical Treatment: The Relativity of an Absolute Right', *Modern Law Review*, 68(6), s. 958–982.

Neal, Mary (2020), 'The idea of vulnerability in healthcare law and ethics : from the margins to the mainstream?', i: Bedford, Daniel; Herring, Jonathan, *Embracing Vulnerability : the challenges and implications for law*, Routledge, s. 95–96.

- Norström, Åke (2020), *Vården Och Staten : Källor till Hälso- Och Sjukvårdens Historia Från Medeltiden till 1967*, Riksarkivet.
- Rhoden, Nancy K. (1988), 'Litigating Life and Death', *Harvard Law Review*, 102(2), s. 375–446.
- Rhoden, Nancy K. (1990), 'The Limits of Legal Objectivity', *North Carolina Law Review*, 68(5), 845–865.
- Rynning, Elisabeth (1994), *Samtycke till Medicinsk Vård Och Behandling : En Rättsvetenskaplig Studie*, Iustus.
- Rynning, Elisabeth (2016), 'Mänskliga rättigheter och biomedicinen – drivkrafter i rättsutvecklingen', i: *Kungliga vitterhets historie och antikvitets akademins årsbok 2016*, Stockholm, s. 121–134.
- Rynning, Elisabeth (2012), 'Still no Patients' Act in Sweden – Reasons and Implications', i: Rynning, Elisabeth; Hartlev, Mette, *Nordic Health Law in a European Context – Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine*. Liber, s. 122–136.
- Rynning, Elisabeth; Hartlev, Mette (2012), 'Introduction', i: Rynning, Elisabeth; Hartlev, Mette, *Nordic Health Law in a European Context – Welfare State Perspectives on Patients' Rights and Biomedicine*. Liber, s. 5–13.
- Sandgren, Claes (2007), *Rättsvetenskap för uppsatsförfattare – ämne, material, metod och argumentation*, 2:a upplagan, Norstedts juridik.
- Sjölenius, Bengt (1989), *Hälso- och sjukvårdsrätt, Del II: Patienten i hälso- och sjukvården*, Studentlitteratur.
- StAAF, Annika; Wendel, Lotta; Zanderin, Lars (2018), *Hälso- och sjukvårdsrätt : en introduktion för professionsutbildningar*, 3:e upplagan, Liber.
- Wallgren, Jan (2017), *Gode mannens ABC*, 3:e upplagan, Wolters Kluwer.
- Westman, Per (2019), *Framtidsfullmakter*, 1:a upplagan, Norstedts juridik.
- Westman, Per (2017), *Förmyndarskap*, 3:e upplagan, Wolters Kluwer.
- Zweigert, Konrad; Kötz, Hein (1987), *An Introduction to Comparative Law : Volume 1 – The Framework*, 2:a upplagan, Oxford University Press.

# Rättsfallsförteckning

A Local Authority v E, [2012] EWHC 1639.

Airedale NHS Trust v Bland, [1993] AC 789.

An NHS Trust v D [2012] EWHC 885 (COP).

Re T (Adult: Refusal of Treatment), [1993] Fam 95.

Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust v TH, [2014] EWCOP 4.

The X Primary Care Trust v XB, [2012] EWHC 1390 (Fam).