



JURIDISKA FAKULTETEN  
vid Lunds universitet

Rebecka Margolin

# Rätt till liv – eller en plikt att leva?

En utredning av rättsliga perspektiv på dödshjälp

LAGF03 Rättsvetenskaplig uppsats

Kandidatuppsats på juristprogrammet  
15 högskolepoäng

Handledare: Niklas Selberg

Termin: VT2022

# Innehåll

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SUMMARY</b>  | <b>1</b>  |
| <b>SAMMANFATTNING</b>   | <b>2</b>  |
| <b>FÖRKORTNINGAR</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1 INLEDNING</b>  | <b>2</b>  |
| 1.1 Bakgrund och viktiga definitioner                                       | 2         |
| 1.2 Syfte och frågeställningar  | 4         |
| 1.3 Avgränsningar   | 4         |
| 1.4 Metod och material  | 5         |
| 1.5 Disposition   | 6         |
| <b>2 GÄLLANDE RÄTT I SVERIGE</b>  | <b>7</b>  |
| 2.1 Regeringsformen   | 7         |
| 2.2 Europakonventionen  | 7         |
| 2.2.1 Rätt till liv   | 7         |
| 2.2.2 Skydd mot omänsklig och förnedrande behandling                        | 8         |
| 2.2.3 Rätt till privat- och familjeliv                                      | 8         |
| 2.3 Straffrätt  | 9         |
| 2.3.1 Gränsdragning mellan medhjälp till självmord och dödande med samtycke | 9         |
| 2.3.2 Uppmaning till självmord  | 12        |
| 2.4 Hälso- och sjukvården   | 12        |
| 2.4.1 Hälso- och sjukvårdens regelverk                                      | 12        |
| 2.4.2 Rättsligt ansvar  | 13        |
| 2.4.3 Hälso- och sjukvårdens övergripande mål                               | 14        |
| 2.4.4 Vetenskap och beprövad erfarenhet                                     | 15        |
| 2.4.5 Krav på informerat samtycke   | 15        |
| 2.4.6 Avslutande av livsuppehållande behandling                             | 16        |
| 2.4.7 Palliativa åtgärder som förkortar patientens liv                      | 17        |
| 2.4.8 Vård av beslutsinkompetenta i livets slutskede                        | 17        |
| 2.4.9 Hjälp att dö  | 18        |
| <b>3 GÄLLANDE RÄTT INTERNATIONELLT</b>                                      | <b>20</b> |
| 3.1 Inledning   | 20        |
| 3.2 Oregonmodellen och Oregons reglering                                    | 20        |
| 3.3 Beneluxmodellen och Nederländernas reglering                            | 21        |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>4</b> | <b>GRÄNSDRAGNINGSPRÅGOR</b>                  | <b>24</b> |
| 4.1      | Vetenskap och beprövat erfarenhet            | 24        |
| 4.2      | Frivillighet och beslutskompetens            | 24        |
| 4.3      | Grad av lidande respektive tid kvar att leva | 25        |
| <b>5</b> | <b>DISKUSSION OCH ANALYS</b>                 | <b>26</b> |
|          | <b>KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING</b>       | <b>30</b> |
|          | <b>RÄTTSFALLSFÖRTECKNING</b>                 | <b>36</b> |

# Summary

Whether assisted dying should be allowed in Sweden raises complex medical, ethical, and legal aspects. The thesis aims to investigate if the existing legislation is an enabling or restraining factor in relation to the introduction of assisted dying in Sweden. The essay also describes the state of Oregon's and the Netherlands' regulations on assisted dying, to deepen the understanding of how assisted dying could be introduced in Swedish law. A distinction is made between *euthanasia*, where the decisive action that leads to the patient's death is performed by someone other than the patient, and *assisted suicide*, where the patient himself performs the decisive action.

The European Court of Human Rights has ruled that there is no obligation to allow assisted dying for States Parties, but it does not appear to be a violation to do so either. A patient has always the right to refrain from offered care, including life-sustaining treatment. According to criminal law, a boundary is drawn between being an assistant to suicide, which is permissible, and intentional killing with consent, which is impermissible. This means that euthanasia, but not assisted suicide, can lead to criminal liability. If a doctor has performed assisted suicide, however, other legal consequences may occur, as measures aimed at intentionally shortening patients' lives usually are considered to stand in conflict with science and proven experience, and the requirement of good care. However, this interpretation has not been tried in court and how physician-assisted suicide is assessed seems unclear, which is legally uncertain from both a patient and a doctor's perspective.

When introducing either only physician-assisted suicide, or possibly even euthanasia, several difficult issues need to be considered, regarding the criteria that should be set for access to assisted dying. Lessons can be learned from how the Netherlands and the state of Oregon have regulated the issue in different ways, where Oregon's model with requirements for terminal illness appears to be more legally certain.

# Sammanfattning

Frågan om dödshjälp bör tillåtas i Sverige väcker komplexa medicinska, etiska och juridiska aspekter. Uppsatsen syftar till att utreda huruvida den befintliga lagstiftningen är en möjliggörande eller återhållande faktor i förhållande till att införa dödshjälp i Sverige. Uppsatsen redogör även för delstaten Oregons och Nederländernas regelverk kring dödshjälp, för att fördjupa förståelsen för hur ett införande hade kunnat utformas i svensk rätt. I uppsatsen görs en distinktion mellan *eutanasi*, där den avgörande handlingen som leder till patientens död genomförs av någon annan än patienten själv, och *assisterat döende*, där patienten själv utför den avgörande handlingen.

Europadomstolen har fastställt att det inte föreligger en skyldighet att tillåta dödshjälp för konventionsstaterna, men det förefaller inte heller vara konventionsstridigt att göra det. En patient har däremot alltid rätt avstå från erbjuden vård, inklusive livsuppehållande behandling. Ur ett straffrättsligt perspektiv görs en gränsdragning mellan att vara medhjälpare till självmord, vilket är tillåtet, och uppsåtligt dödande med samtycke, vilket är otillåtet. Detta innebär att eutanasi, men inte assisterat döende, är kriminaliserat och kan medföra straffansvar. Om en läkare utför assisterat döende kan däremot andra rättsföljder inträda, eftersom åtgärder som syftar till att avsiktligt förkorta en patients liv vanligtvis bedöms stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och kraven på god vård. Dessa lagtolkningar har emellertid inte prövats i domstol och hur läkarassisterat döende bedöms förefaller oklart, vilket är rättsosäkert både ur ett patient- och läkarperspektiv.

Vid ett införande av antingen bara läkarassisterat döende, eller eventuellt även eutanasi, behöver flera svåra gränsdragningsfrågor beaktas avseende vilka kriterier som ska uppställas för tillgång till dödshjälp. Lärdom kan tas utifrån hur Nederländerna och Oregon på skilda sätt har reglerat frågan, där Oregons modell med krav på terminal sjukdom ter sig rättssäkrare.

# Förkortningar

|                 |   |
|-----------------|---|
| BrB             | Brottsbalk (1962:700)   |
| EKMR            | Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande skyldigheterna |
| Europadomstolen | Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna   |
| HSAN            | Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd   |
| HSL             | Hälso- och sjukvårdslag (1982:753)  |
| IVO             | Inspektionen för vård och omsorg  |
| NJA             | Nytt juridiskt arkiv  |
| RF              | Regeringsformen (1974:152)  |
| RH              | Rättsfall från hovrätterna  |
| PL              | Patientlag (2014:821)   |
| Prop.           | Proposition   |
| PSL             | Patientsäkerhetslag (2010:659)  |
| Smer            | Sveriges medicinsk-etiska råd   |
| SOSFS           | Socialstyrelsens författningssamling  |
| SOU             | Statens offentliga utredningar  |

# 1 Inledning

## 1.1 Bakgrund och viktiga definitioner

Självbestämmanderätten är en i Sverige rättslig grundprincip som innebär rätt till personlig frihet och integritet.<sup>1</sup> Varje individ får ge bort alla sina ägodelar, skada sig själv, genomföra riskabla operationer och ta sitt liv utan att rättsordningen ingriper.<sup>2</sup> Däremot är inte dödshjälp tillåtet i Sverige, där livets okränkbarhet och läkaretiken vanligen lyfts som framträdande argument.<sup>3</sup>

Frågan om dödshjälp, i någon form, bör tillåtas i Sverige har återkommit med jämna mellanrum sedan 1970-talet.<sup>4</sup> Debatten tog återigen fart, särskilt avseende hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar, efter att överläkaren Staffan Bergström sommaren 2020 polisanmälde sig själv efter att ha hjälpt en döende ALS-patient ta sitt liv.<sup>5</sup>

Allt fler länder har legaliserat dödshjälp i någon form de senaste åren, där Nederländerna och delstaten Oregon i USA har varit föregångare.<sup>6</sup> I Sverige har läkarkåren traditionellt varit negativt inställda till dödshjälp men två nyligen gjorda enkätstudier från intresseorganisationerna Läkarförbundet och Läkaresällskapet visar att mer än 40 procent av de tillfrågade läkarna anser att dödshjälp i någon form ska tillåtas i Sverige.<sup>7</sup> En rad undersökningar visar att en majoritet av befolkningen är positivt inställda till dödshjälp, även om såväl andelen som ordvalen i frågeställningarna har varierat.<sup>8</sup>

---

<sup>1</sup> Jfr Danelius, s. 364 f; Mattsson m.fl., s. 152, 250.

<sup>2</sup> Jfr Asp, Jareborg & Ulväng, s. 40 f; Jareborg, s. 287, 291.

<sup>3</sup> Smer, s. 153 f; Jfr Sveriges läkarförbund 2017, regel 2.

<sup>4</sup> Smer, s. 11.

<sup>5</sup> Andersson.

<sup>6</sup> Smer, s. 11 ff, 26.

<sup>7</sup> Sveriges läkarförbund 2021; Lynøe m.fl.

<sup>8</sup> Smer, s. 75 ff; Berg.

Frågan om dödshjälp väcker såväl svåra etiska överväganden som centrala frågor inom flera angränsande rättsområden. En enhetlig och tydlig terminologi är viktig för att kunna föra en saklig diskussion. I detta arbete kommer termerna huvudsakligen definieras utifrån Statens medicinsk-etiska råds, Smers, rapport om dödshjälp.<sup>9</sup>

*Dödshjälp* används som övergripande term för alla åtgärder som genomförs efter uttrycklig begäran från en sjuk patient som syftar till att avsluta dennes liv. Dödshjälp som sker genom att den avgörande handlingen som leder till patientens död genomförs av någon annan än patienten själv kallas *eutanasi*. Dödshjälp där patienten själv utför den avgörande handlingen benämns *assisterat döende*.<sup>10</sup>

Debatten om dödshjälp har historiskt kännetecknats av användning av termerna aktiv och passiv dödshjälp, vilka inte kommer användas i arbetet då de missvisande pekar på att även avbrytande av *livsuppehållande behandling* skulle utgöra dödshjälp, i form av passiv dödshjälp.<sup>11</sup> Livsuppehållande behandling ges vid livshotande tillstånd för att upprätthålla en patients liv och kan bestå av livsnödvändiga kirurgiska ingrepp och läkemedelsbehandlingar eller stöd till livsnödvändiga funktioner, i form av exempelvis respiratorbehandling eller hjärt- och lungräddning. När livsuppehållande behandling avbryts avlider personen av sin grundsjukdom och inte behandlingen i fråga.<sup>12</sup> Med *palliativ vård* avses lindrande, och därmed inte botande, hälso- och sjukvård för patienter som lider av en dödlig eller livshotande sjukdom. *Palliativ sedering* nämns ofta i dödshjälpsdiskussioner, även om det inte kan kategoriseras som dödshjälp. Palliativ sedering avser tillförsel av läkemedel till en patient i livets slutskede för att sänka dennes medvetandenivå till den graden att patienten inte uppfattar svåra symptom.<sup>13</sup> Med *livets slutskede* avses att döden är oundviklig inom en överskådlig

---

<sup>9</sup> Smer.

<sup>10</sup> Ibid., s. 32 f.

<sup>11</sup> Ibid., s. 33 ff.

<sup>12</sup> Mattsson m.fl., s. 253.

<sup>13</sup> Smer, s. 34.



framtid.<sup>14</sup> Begreppet *beslutskompetens*, ibland benämnt beslutsförmåga, anses vara en förutsättning för att självständiga beslut ska kunna fattas av patienten om sin vård och behandling.<sup>15</sup> I gällande svensk rätt saknas kriterier för hur den enskildes beslutskompetens ska bedömas.<sup>16</sup>

## 1.2 Syfte och frågeställningar

Uppsatsens syfte är att utreda den svenska rättsliga regleringen av patientens självbestämmanderätt i förhållande till sin död och undersöka huruvida den befintliga lagstiftningen är en möjliggörande eller återhållande faktor i förhållande till att införa dödshjälp i Sverige. Uppsatsen kommer i viss mån redogöra för delstaten Oregon och Nederländernas regelverk kring dödshjälp, för att fördjupa förståelsen för hur ett införande hade kunnat utformas i svensk rätt. Uppsatsen kommer vidare analysera vilka gränsdragningsfrågor som kan uppkomma om dödshjälp skulle införas i Sverige. Följande frågeställningar kommer besvaras:

- Strider dödshjälp mot Europakonventionen?<sup>17</sup>
- Under vilka förutsättningar inträder rättsliga sanktioner när en individ respektive en läkare hjälper någon att dö?
- Vilka lärdomar kan tas från hur Oregon och Nederländerna har reglerat frågan om dödshjälp?
- Vilka gränsdragningsfrågor kan uppkomma om dödshjälp skulle införas i Sverige?

## 1.3 Avgränsningar

Arbetet utreder dödshjälp i förhållande till regeringsformen, Europakonventionen, straffrätt och regelverket för hälso- och sjukvården. Allmänna kriminalrättsliga principer och tvångsvårdslagstiftningen kommer

---

<sup>14</sup> Socialstyrelsens termbank.

<sup>15</sup> Smer, s. 33.

<sup>16</sup> Mattsson m.fl., s. 255.

<sup>17</sup> Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna.

av utrymmesskäl lämnas utanför arbetet. En begränsad komparativ jämförelse kommer göras mot Nederländerna och Oregon. Uppsatsen kommer endast fokusera på nationella situationer och inte gränsöverskridande vård, i form av möjligheten för svenska medborgare att söka sig till kliniker som genomför dödshjälp utomlands.

## 1.4 Metod och material

Arbetet utgår från ett rättsdogmatiskt tillvägagångssätt, innebärande att gällande rätt fastställs och tolkas utifrån i Sverige erkända rättskällor enligt rättskällehierarkin.<sup>18</sup> Uppsatsen kommer inta ett kritiskt förhållningsätt till gällande rätt, vilket den rättsdogmatiska metoden anses omfatta.<sup>19</sup>

Avsnittet om gällande rätt i Sverige baseras huvudsakligen på förarbeten, praxis och doktrin samt Smers rapport om dödshjälp. Smer är ett av regeringen tillsatt organ som har som uppgift att ge vägledning till regering och riksdag, och rapporten är av central betydelse för arbetet eftersom kunskapssammanställningen bidrar med ett brett faktaunderlag.<sup>20</sup> Elisabeth Rynning, förutvarande professor i medicinsk rätt och chefsjustitieombudsman, har en särskild kunskap i frågan och hennes yttranden har hänvisats till i arbetet.

I avsnittet om internationell rätt görs en så kallad case-studie för att jämföra hur frågan om dödshjälp konkret har reglerats i Nederländernas och delstaten Oregons regelsystem, vilket anses utgöra en form av rättsdogmatik.<sup>21</sup> Avsnittet bygger i huvudsak på uppgifter från respektive regerings- och hälsomyndighets hemsida, studier av yrkesverksamma på området, Smers rapport samt boken *Assisted Death: A study in Ethics and Law*, skriven av L.W. Sumner, professor emeritus i juridik och filosofi vid University of Toronto. I delavsnittet om Nederländerna har även information inhämtats från

---

<sup>18</sup> Kleineman, s. 21.

<sup>19</sup> Ibid., s. 35–36.

<sup>20</sup> Statskontoret, s. 7.

<sup>21</sup> Kleineman, s. 41 ff.

de nederländska regionala granskningskommittéernas årliga rapporter om dödshjälp.

Forskningsfältet som detta arbete behandlar är dynamiskt och ny information tillkommer ständigt varför det är angeläget med aktuella källor såsom nyligen publicerade artiklar från både dags- och fackpress. I arbetet används därför utöver juridisk litteratur även samhällsvetenskapliga och medicinska artiklar och rapporter om ämnet, vilket som utgångspunkt anses inrymmas i kritiskt inriktad rättsdogmatik.<sup>22</sup>

## 1.5 Disposition

Arbetet inleds med att rättsläget i Sverige utreds, vilket är uppdelat i fyra delavsnitt – regeringsformen, Europakonventionen, straffrätt och regelverket för hälso- och sjukvården. I efterföljande avsnitt presenteras regleringen i Oregon och Nederländerna. Därefter utreds de gränsdragningsfrågor som potentiellt kan uppkomma om dödshjälp skulle införas i Sverige. Arbetet avslutas med en analys och diskussion om huruvida dagens regelverk är en möjliggörande eller återhållande faktor för att införa dödshjälp i Sverige.

---

<sup>22</sup> Kleineman., s. 41.

# 2 Gällande rätt i Sverige

## 2.1 Regeringsformen

Inledningsvis framgår i 1 kap. 2 § regeringsformen, RF, att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Detta innebär att vård med tvång eller utan samtycke utgör ett undantag från mänskliga fri- och rättigheter.<sup>23</sup> I 2 kap. 6 § RF framgår vidare att alla medborgare gentemot det allmänna är skyddade mot påtvingade kroppsliga ingrepp, vilket inkluderar medicinska behandlingar.<sup>24</sup> Grundlagsskyddet mot kroppsligt ingrepp får endast begränsas genom lag för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, enligt 2 kap. 20–21 § RF. Detta innebär att hälso- och sjukvård inte får ges mot någons vilja om detta inte särskilt framgår av lag.<sup>25</sup>

## 2.2 Europakonventionen

Sverige har inkorporerat Europakonventionen, EKMR, genom 2 kap. 19 § RF. Relevant för dödshjälp är att rätten till liv, skyddet mot omänsklig och förnedrande behandling samt rätten till privatliv regleras i EKMR – rättigheter alla ska tillförsäkras, utan diskriminering.<sup>26</sup>

### 2.2.1 Rätt till liv

Rätten till liv i artikel 2 EKMR innebär en allmän förpliktelse för konventionsstaterna att skydda rätten till liv men också en positiv skyldighet att skydda rättigheten genom förbud mot mord och annat dödande, samt att vid behov vidta skyddsåtgärder i enskilda fall.<sup>27</sup> Hur långt

---

<sup>23</sup> Mattsson m.fl., s. 152.

<sup>24</sup> Ibid., s. 86; SOU 2004:112, s. 561.

<sup>25</sup> Prop. 2013/14:106, s. 55 ff.

<sup>26</sup> Rynning 2009, s. 86 ff.

<sup>27</sup> Danelius, s. 61.

konventionsskyddet sträcker sig i förhållande till livets slut är inte helt klarlagt.<sup>28</sup>

I målet *Pretty mot Storbritannien* har ett förbud mot eutanasi till en svårt sjuk handikappad kvinna inte ansetts utgöra en kränkning av artikeln. Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna, Europadomstolen, fann i målet att rätten till liv inte inkluderade någon motsvarande rätt att dö, vare sig med hjälp av staten eller någon annan person.<sup>29</sup> Avbrytande av livsuppehållande behandling av en svårt sjuk patient som inte har kunnat uttrycka sin uppfattning i frågan har i målet *Lamberth m.fl. mot Frankrike* inte ansetts strida mot rätten till liv.<sup>30</sup>

## **2.2.2 Skydd mot omänsklig och förnedrande behandling**

Tortyrförbudet i artikel 3 EKMR innefattar ett skydd mot omänsklig eller förnedrande behandling. Innebörden av begreppet har inte tydligt definierats.<sup>31</sup> I målet *Pretty mot Storbritannien* konstaterades att patientens lidande inte kunde anses utgöra omänsklig eller förnedrande behandling eftersom lämplig vård erhöles, och artikeln ansågs inte innebära en skyldighet för stater att tillåta handlingar som syftar till att avsluta ett människoliv.<sup>32</sup>

## **2.2.3 Rätt till privat- och familjeliv**

Artikel 8 EKMR innebär en positiv skyldighet för konventionsstaterna att skydda enskildas rätt till privat- och familjeliv. Europadomstolen har inte uttömmande definierat begreppet privatliv men har uttalat att artikeln täcker den enskildes fysiska och psykiska integritet samt att principen om individens självbestämmanderätt är av stor vikt.<sup>33</sup>

---

<sup>28</sup> Danelius, s. 76 f.

<sup>29</sup> *Pretty mot Storbritannien*, p. 39–40.

<sup>30</sup> *Lamberth m.fl. mot Frankrike* [GC], p. 181–182.

<sup>31</sup> Danelius, s. 78.

<sup>32</sup> *Pretty mot Storbritannien*, p. 52–56.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 61; Danelius, s. 367 f.

Någon rätt till assisterat döende anses inte kunna härledas ur artikeln, vilket fastställts i målet *Haas mot Schweiz*.<sup>34</sup> I målet *Pretty mot Storbritannien* konstaterades att tvinga en beslutskompetent patient att ta emot vård utgör en kränkning av artikel 8 EKMR och patientens självbestämmanderätt, men ett förbud mot dödshjälp i form av assisterat döende ansågs inte strida mot artikeln.<sup>35</sup>

Att förbud mot dödshjälp anses förenligt med konventionen innebär inte att det är konventionsstridigt att tillåta eller erbjuda assisterat döende eller eutanasi.<sup>36</sup> Hittills har Europadomstolen inte tagit ställning i frågan utan endast uttalat att en bedömning av om det kan vara konventionsstridigt att tillåta dödshjälp får göras i ett konkret fall, utifrån de andra rättigheterna som skyddas av konventionen.<sup>37</sup>

## **2.3 Straffrätt**

### **2.3.1 Gränsdragning mellan medhjälp till självmord och dödande med samtycke**

Som utgångspunkt är självmord inte kriminaliserat enligt svensk rätt idag, eftersom angrepp på egen rättssfär i regel inte utgör brott.<sup>38</sup> Eftersom självmord inte är kriminaliserat utgör inte heller medhjälp till självmord ett brott, i enlighet med 23 kap. 4 § 2 st brottsbalken, BrB, eftersom huvudgärningen måste utgöra ett brott för att reglerna om medhjälp ska aktualiseras. Detta innebär att om en enskild hjälper någon annan att ta sitt liv kan denne inte hållas straffrättsligt ansvarig för detta. Det krävs dock att det är den avlidne som själv utfört handlingen som varit avgörande för att döden skulle inträda, eftersom den enskilde i annat fall kan göra sig skyldig till

---

<sup>34</sup> *Haas mot Schweiz*, p. 56–61.

<sup>35</sup> *Pretty mot Storbritannien*, p. 61–74.

<sup>36</sup> Rynning 2005, s. 205 ff; Mattsson m.fl., s. 259.

<sup>37</sup> *Pretty mot Storbritannien*, p. 41.

<sup>38</sup> Asp, Jareborg & Ulväng, s. 40 f; Jareborg, s. 291 f.

uppsåtligt dödande i form av mord eller dråp enligt 3 kap. 1–2 §§ BrB, vilket är brottsligt även i form av medgärningsmannaskap.

Den som uppsåtligen berövar annan livet ska dömas för mord enligt 3 kap. 1 § BrB. Om brottet är att anse som mindre grovt betraktas det, i enlighet med 3 kap. 2 § BrB, i stället som dråp. Om inte försvårande omständigheter föreligger ska eutanasi, som utgångspunkt, bedömas som dråp. Omständigheten att brottet föregåtts av noggrann planering talar vanligtvis i försvårande riktning, men vid eutanasi kan planering i stället tala i förmildrande riktning, eftersom detta kan minska brottets skadeverkningar.<sup>39</sup>

Vid så allvarliga brott som mord eller dråp kan samtycke aldrig fria helt från ansvar, eftersom samtyckets ansvarsbefriande verkan i enlighet med 24 kap. 7 § BrB enligt praxis endast sträcker sig till ringa misshandel.<sup>40</sup> Intresset att bevara respekten för människolivet anses väga avsevärt tyngre än individens intresse av att med annans hjälp förkorta livet.<sup>41</sup> Om brottet föranletts av stark mänsklig medkänsla från gärningsmannen i kombination med samtycke från den som dödats finns det däremot möjlighet till reducering av straffvärdet, inom ramen för 29 kap. 3 § BrB. Straffvärdet är i en del fall av uppsåtligt dödande med samtycke, exempelvis barmhärtighetsdödande av en obotligt sjuk person, mycket lågt.<sup>42</sup>

Den avgörande frågan är vem som har utfört den avgörande handlingen för att döden ska inträda, vilket förtydligades i *RH 1996:69* där en kvinna åtalades för dråp efter att ha hjälpt sin dotter som led av den dödliga sjukdomen Huntingtons sjukdom att ta sitt liv. Dottern avled i en överdos av tabletter som kvinnan hade fört in i dotterns mun tillsammans med dryck som kvinnan hållt upp. Eftersom dottern själv frivilligt svalt ned tabletterna och detta var den avgörande handlingen för att döden skulle inträda ansåg Svea

---

<sup>39</sup> Jareborg m.fl., s. 23, 104.

<sup>40</sup> Asp, Jareborg & Ulväng, s. 233; NJA 1993 s. 553 & NJA 2018 s. 512.

<sup>41</sup> Asp, Jareborg & Ulväng, s. 233.

<sup>42</sup> *Ibid.*; Jareborg, s. 287 f.

hovrätt att modern endast hjälpt dottern att begå självmord, vilket inte är en straffbar handling, och modern friades.<sup>43</sup>

Gränsdragningen mellan medhjälp och medgärningsmannaskap, att samtycke inte påverkar straffbarheten och möjligheten till straffreducering förtydligades i *NJA 1979 s. 802*, även kallat *Hedebymålet*, och *RH 1989:19*. Det förstnämnda fallet handlar om journalisten Berit Hedeby som hjälpte en svårt MS-sjuk man att ta sitt liv, genom att både ge tabletter till mannen som han själv svalde och injicera mannen med en dödlig dos insulin. Högsta domstolen ansåg att kvinnans handlingar skulle ses som en enda gärning och att Hedeby medverkat till dödsfallet på ett så självständigt sätt att hon ansågs ha berövat mannen livet och inte endast varit medhjälpare till självmord. Att hennes handlande var i full överensstämmelse med mannens egen vilja ansåg inte domstolen befria henne från straffansvar, men straffets längd nedsattes kraftigt, och hon dömdes till ett års fängelse.<sup>44</sup> I det andra fallet hade en man genom kvävning berövat sin svårt sjuka sambo livet, som var inlagd på sjukhus efter ett självmordsförsök. Mannen handlande bedömdes som gärningsmannaskap, eftersom kvinnan var medvetslös, och han dömdes till dråp. Kvinnans samtycke, i form av en uttrycklig önskan att mannen skulle befria henne från sitt lidande, i kombination med att kvinnan troligen aldrig skulle ha vaknat till medvetande igen, medförde att mannen dömdes till villkorlig dom.<sup>45</sup>

Det aktuella fallet med läkaren Staffan Bergström som i juli 2020 hjälpte en svårt ALS-sjuk patient att ta sitt liv genom att förse mannen med en dödlig dos sömnmedel som denne själv intog, kan också exemplifiera denna gränsdragning. Efter händelsen polisanmälde Bergström sig själv och Inspektionen för vård och omsorg, IVO, gjorde en åtalsanmälan. Förundersökningen lades ned förra året och åklagaren konstaterade att Bergströms åtgärder inte varit självständiga nog för att ensamma kunna ha

---

<sup>43</sup> RH 1996:69, s. 198.

<sup>44</sup> NJA 1979 s. 802, s. 816.

<sup>45</sup> RH 1989:19, s. 72.



medfört att döden skulle inträda. Eftersom Bergström inte utfört den avgörande handlingen för att döden skulle inträda undgick han straffansvar.<sup>46</sup>

## **2.3.2 Uppmaning till självmord**

Förra året infördes de två nya brotten uppmaning till självmord och oaktsam uppmaning till självmord i 4 kap. 7 a § BrB. Både direkta och indirekta uppmaningar kan omfattas, som exempelvis att ge utförliga instruktioner till en annan person om en specifik metod för att ta sitt liv.<sup>47</sup> I förarbetena till lagen framhålls att det som utgångspunkt ”normalt inte anses utgöra psykisk påverkan att av medkänsla tillhandahålla smärtstillande medicin som i en hög dos kan leda till döden till en nära anhörig som redan har fattat ett självständigt och otvetydigt beslut att avsluta sitt liv”.<sup>48</sup> Det fastslås även av förarbetena att införandet av straffbestämmelsen inte medför att en läkares beslut, att på patientens önskan, avsluta eller inte inleda livsuppehållande behandling ska medföra straffansvar samt att straffbestämmelsen inte har som avsikt att påverka hur frågor om livsuppehållande behandling hanteras inom hälso- och sjukvården.<sup>49</sup>

## **2.4 Hälso- och sjukvården**

### **2.4.1 Hälso- och sjukvårdens regelverk**

De grundläggande kraven på svensk hälso- och sjukvård anges i hälso- och sjukvårdslagen (1982:753), HSL. Kompletterande bestämmelser finns i speciallagstiftning, exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och patientlagen (2014:821), PL, samt i myndighetsföreskrifter från framför allt Socialstyrelsen som är vårdens tillsynsmyndighet. Regelverket innehåller inte några utkrävbara rättigheter utan syftar till att reglera vården, genom att ange vilka handlingar som är tillåtna eller påbjudna. Om hälso- och

---

<sup>46</sup> Orrenius.

<sup>47</sup> Prop. 2020/21:74, s. 29 f.

<sup>48</sup> Ibid., s. 29.

<sup>49</sup> Ibid., s. 17.

sjukvårdspersonalen håller sig inom de uppställda ramarna får de, utan att riskera straffansvar, utföra handlingar som inte är tillåtna i andra sammanhang, vilket i huvudsak grundar sig på den straffrättsliga läran om social adekvans.<sup>50</sup> Medicinska åtgärder består ofta av ingrepp som exempelvis uppfyller misshandelsdefinitionen, men den sociala adekvansen innebär att åtgärderna resulterar i ansvarsfrihet om de överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>51</sup> I brottsbalken finns även allmänna regler i 24 kap. 4 § BrB om handlande i nöd, vilka kan medföra ansvarsfrihet i vårdsituationer för nödvändiga åtgärder som vidtagits i situationer då de ordinarie kraven inte kunnat upprätthållas.<sup>52</sup>

## 2.4.2 Rättsligt ansvar

Regelverket innehåller mekanismer för att se till att lagstiftningen efterlevs samt för att möjliggöra åtgärder mot otillåtet handlande. Det finns mycket få straffbestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen men de allmänna straffrättsliga bestämmelserna kan aktualiseras om brott begås mot de stadgade handlingsnormerna. Detta grundar sig på att hälso- och sjukvårdspersonal enligt 6 kap. 2 § PSL har ett personligt ansvar för sitt arbete och kan hållas straffrättsligt ansvariga för åtgärder som vidtas inom ramen för deras yrkesutövning. Straffrätten får därmed stor betydelse för personalens möjlighet att besluta om vård i livets slutskede som kan förkorta patientens liv eller hjälpa patienten att avsluta sitt liv.<sup>53</sup>

För hälso- och sjukvårdspersonal som avsiktligt eller oavsiktligt bryter mot reglerna kan även andra rättsliga konsekvenser inträda, framför allt olika former av disciplinansvar, vilket regleras inom hälso- och sjukvårdens klagomålssystem. De två viktigaste aktörerna på detta område är IVO och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN.<sup>54</sup> IVO har enligt 7 kap. 1 § PSL tillsynsansvar över hälso- och sjukvården, vilket kan utmynna i

---

<sup>50</sup> Rynning 2009, s. 90 f.

<sup>51</sup> Asp, Jareborg & Ulväng, s. 258 ff.

<sup>52</sup> Rynning 2009, s. 91, 103; Asp, Jareborg & Ulväng, s. 220 ff.

<sup>53</sup> Mattsson m.fl., s. 251.

<sup>54</sup> Ibid., s. 263 ff.

disciplinåtgärder mot vårdgivare eller personal. HSAN prövar behörighetsfrågor rörande exempelvis återkallande av läkarlegitimation efter anmälan från bland annat IVO. HSAN:s beslut kan överklagas till förvaltningsrätten.<sup>55</sup>

IVO och HSAN har ibland en skyldighet att anmäla misstänkta brott inom hälso- och sjukvården till åtal, vilket framgår av 7 kap. 23 och 29 §§ andra stycket samt 9 kap. 17 § PSL. Oaktsamma gärningar som sker inom ramen för yrkesutövningen och gärningar som ligger på gränsen mellan vad som är tillåtet och otillåtet är svårbedömda. Avbrytande av närings- och vätsketillförsel i samband med palliativ sedering, vilket beskrivs närmare under avsnitt 2.4.7, är en sådan gärning som ligger i gränslandet mellan det tillåtna och otillåtna.<sup>56</sup> I praktiken är det däremot relativt ovanligt att hälso- och sjukvårdspersonal anmäls till åtal. En orsak skulle kunna vara att felaktiga bedömningar eller otillåtna handlingar inom ramen för vårdarbetet inte anses bör medföra straffansvar, oavsett om patienten skadats allvarligt. Klagomålssystemet och möjligheterna till disciplinåtgärder, samt svårigheten att fastställa orsakssamband inom vården, kan vara ytterligare orsaker till en minskad benägenhet att anmäla händelser i vården till polis och åklagare.<sup>57</sup>

### **2.4.3 Hälso- och sjukvårdens övergripande mål**

I 2 kap. 1 § HSL definieras hälso- och sjukvård som åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I 3 kap. 1 § HSL stadgas att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen, samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Kravet på god vård innebär särskilt att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, enligt 5 kap. 1 § HSL.<sup>58</sup>

---

<sup>55</sup> Mattsson m.fl., s. 267 f.

<sup>56</sup> Ibid., s. 269 f.

<sup>57</sup> Ibid.

<sup>58</sup> Ibid., s. 54 f.

## 2.4.4 Vetenskap och beprövad erfarenhet

I 6 kap. 1 § PSL stadgas att vården alltid ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och med omtanke och respekt för patientens självbestämmande och integritet. I 6 kap. 7 § PSL fastställs att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 och 2 §§ PL. Detta innebär att när flera behandlingsalternativ står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som föredras, förutsatt att det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. Däremot har patienten inte någon rätt att kräva viss typ av behandling.<sup>59</sup>

## 2.4.5 Krav på informerat samtycke

I 4 kap. 1 § PL framgår att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och i 4 kap. 2 § PL stadgas att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke, vilket ska ha föregåtts av information om exempelvis hälsotillstånd och metoder för vård och behandling enligt 3 kap. PL. Vård utan samtycke får undantagsvis ges vid situationer då samtycke inte kan inhämtas eller om annat undantag har meddelats genom lag.<sup>60</sup> Det finns idag endast lagstöd för att använda tvång vid psykiatrisk vård och oavsett patientens beslutskompetens har det offentliga inga lagliga möjligheter att tvinga en patient till kroppslig vård.<sup>61</sup> Mot patientens vilja får därmed inte ens åtgärder som objektivt sätt är till patientens största nytta vidtas.<sup>62</sup>

Eftersom samtycke är frivilligt har patienten alltid rätt att välja att ta tillbaka sitt samtycke och avstå från behandling enligt 4 kap. 2 § PL. Patienten kan därmed välja att avbryta en pågående behandling eller utredning under vilken

---

<sup>59</sup> Prop. 2013/14:106, s. 76 f.

<sup>60</sup> Ibid., s. 56.

<sup>61</sup> Mattsson m.fl. s. 97.

<sup>62</sup> Ibid., s. 77.

tidpunkt som helst, vilket kan leda till akut risk att dö samt dödsfall.<sup>63</sup> Kravet på frivilligt samtycke omfattar palliativ vård och livsuppehållande behandling, vilket innebär om patienten begär det ska pågående livsuppehållande behandling avslutas.<sup>64</sup> I förarbetena till den gamla hälso- och sjukvårdslagen fastställdes att kravet på samtycke inte var avsett att kunna åberopas i förhållande till dödshjälp. Det konstaterades att respekten för människans rätt till självbestämmande aldrig ska vara så långtgående att hälso- och sjukvårdspersonal behöver hörsamma en sjuk patients begäran om aktiv hjälp att avsluta sitt liv.<sup>65</sup>

Avseende förfarandet vid patientens begäran om att inte inleda eller avsluta livsuppehållande behandling finns det särskilda bestämmelser i Socialstyrelsens föreskrifter om livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7). I 4 kap. 1 § SOSFS 2011:7 uppmärksammas särskilt att det ska fastställas att patienten har sådan psykisk status att denne förstår informationen, kan inse och överblicka konsekvenserna av att behandling inte inleds eller fortsätter samt har haft tillräcklig tid för sina överväganden och står fast vid sin inställning.<sup>66</sup>

## **2.4.6 Avslutande av livsuppehållande behandling**

Utöver att livsuppehållande behandling inte ska ges i strid med patientens vilja ska livsuppehållande behandling inte heller ges om den anses medicinskt meningslös eller står i strid med kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>67</sup> Vad vetenskap och beprövad erfarenhet innebär rent praktiskt har utretts i Socialstyrelsens handbok om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling. Det framgår där att övervägandet om livsuppehållande behandling ska avslutas aktualiseras när en patient är döende och ingen

---

<sup>63</sup> Mattsson m.fl., s. 92 f; Prop. 2013/14:106, s. 56 f.

<sup>64</sup> Mattsson m.fl., s. 250 f.

<sup>65</sup> Prop. 1981/82:97, s. 118.

<sup>66</sup> Mattsson m.fl., s. 251.

<sup>67</sup> Ibid., s. 253.

botande behandling, utan endast palliativ vård, finns att erbjuda. Det kan bli aktuellt för patienter i alla åldrar.<sup>68</sup>

### **2.4.7 Palliativa åtgärder som förkortar patientens liv**

Avbrytande av livsuppehållande behandling är accepterat i vissa situationer enligt svensk rätt idag. Andra behandlingar inom den palliativa vården kan vara svårare att hitta rättsligt stöd för, speciellt palliativa åtgärder som riskerar att förkorta livet för patienten. Vid dessa åtgärder måste behandlingens förväntade nytta, i form av lindring av patientens smärta och ökad livskvalitet, vägas mot eventuella biverkningar för patienten, i detta fall risken för att patientens liv förkortas. Om balansen mellan risk och nytta kan anses vara acceptabel kan sådana palliativa åtgärder tillåtas.<sup>69</sup> Palliativ sedering kan accepteras i rättslig hänsyn om en patient i livets slutskede har svåra symptom som inte kan lindras med andra metoder även om patientens liv riskeras att förkortas.<sup>70</sup> Rättsläget är oklart avseende huruvida avbrytande av närings- och vätsketillförsel i samband med palliativ sedering är tillåtet, utan det beror på en bedömning av hur nära förestående patientens död är, då behandlingen riskerar att annars förkorta patientens liv avsevärt. Är patientens död inte nära förestående kan det diskuteras om det skulle kunna betraktas som dråp i enlighet med 3 kap. 2 § BrB, eftersom det kan anses vara den avgörande handlingen som leder till att döden inträder.<sup>71</sup>

### **2.4.8 Vård av beslutsinkompetenta i livets slutskede**

Särskilda rättsliga svårigheter uppkommer i förhållande till patienter som inte är beslutskompetenta och inte kan ge sitt informerade samtycke till vård, eftersom krav på beslutskompetens ställs när livsuppehållande behandling

---

<sup>68</sup> Socialstyrelsen, s. 32 f.

<sup>69</sup> Mattsson m.fl., s. 254.

<sup>70</sup> Ibid., s. 254 f; Socialstyrelsen, s. 42 f.

<sup>71</sup> Rynning 2013, s. 5 f.

ska avslutas eller inte inledas. I brist på kriterier för hur beslutskompetens ska bedömas i gällande rätt kan det vara svårt för hälso- och sjukvårdspersonalen att avgöra om någon, och isåfall vilken, medicinsk behandling som ska ges.<sup>72</sup> Beträffande livsuppehållande vård av beslutsinkompetenta patienter har Svenska läkaresällskapet i sina etiska riktlinjer uttryckt att om nuvarande vilja inte kan inhämtas ska patientens tidigare uttryckta vilja, om sådan finns att tillgå, respekteras, dock endast om denna vilja kan antas gälla fortfarande. Saknas direktiv från patienten bör hälso- och sjukvårdspersonalen samråda med patientens närstående för att utreda vad patienten hade önskat om denne haft beslutskapacitet.<sup>73</sup>

Rörande underåriga patienter ska barnets inställning så långt som möjligt klarläggas och tillmätas betydelse beroende på barnets ålder och mognad, vilket framgår av 4 kap. 3 § PL. I enlighet med 6 kap. 1, 2, 11 och 13 §§ föräldrabalken ska även patientens vårdnadshavare samrådas med innan beslut fattas om livsuppehållande behandling. Svåra frågor kan uppstå då den underårige och vårdnadshavare har olika åsikter om exempelvis palliativ vård ska påbörjas eller om medicinsk behandling i stället ska fortsättas. Ansvar för beslutet ligger i dessa situationer i sista hand på den behandlande läkaren.<sup>74</sup>

## 2.4.9 Hjälpa att dö

Det är, som beskrivits, i vissa situationer tillåtet att inte inleda eller avsluta livsuppehållande behandling och att vidta vissa andra palliativa åtgärder som kan riskera att förkorta en patients liv, om åtgärderna följer vetenskap och beprövad erfarenhet eller patienten motsätter sig behandling. Det är däremot inte accepterat att vidta åtgärder i syfte att förkorta eller avsluta en patients liv, eftersom en sådan åtgärd sannolikt inte uppfyller definitionen för en vårdåtgärd i 2 kap. 1 § HSL.<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> Mattsson m.fl., s. 255.

<sup>73</sup> Svenska läkaresällskapet, p. 5–7.

<sup>74</sup> Mattsson m.fl., s. 256.

<sup>75</sup> Ibid., s. 254 ff; Rynning 2009, s. 113 ff.

Eftersom medhjälp till självmord inte är kriminaliserat medför inte assisterat döende straffrättsligt ansvar, eftersom den avlidne själv utfört den avgörande handlingen för att döden ska inträda. Andra rättsföljder kan däremot inträda för en läkare som förskriver en dödlig dos läkemedel till en patient som önskar avsluta sitt liv.<sup>76</sup> För hälso-och sjukvårdspersonal gäller särskilda regler för assisterat döende, vilket följer av kraven på att vården ska utges med god kvalitet, på ett sakkunnigt och omsorgsfullt sätt, och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, i enlighet med 5 kap. 1 § HSL samt 3 kap. 1 § och 6 kap. 1 § PSL. Exempel på sådana rättsliga konsekvenser som kan inträda är kritik från IVO eller beslut från HSAN om deslegitimering eller begränsning av förskrivningsrätten.<sup>77</sup> Assisterat döende bedöms vanligtvis stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet, men dessa lagtolkningar har inte prövats i domstol.<sup>78</sup> Dödshjälp i form av eutanasi, där läkaren på begäran av patienten genomför den avgörande handlingen för att patienten ska dö, kan medföra både disciplinansvar och straffansvar, eftersom eutanasi är brottsligt.<sup>79</sup>

---

<sup>76</sup> Smer, s. 61.

<sup>77</sup> Rynning 2009, s. 117 f.

<sup>78</sup> Ibid., s. 114 ff; Smer, s. 71.

<sup>79</sup> Rynning 2009, s. 115; Smer, s. 71.



# 3 Gällande rätt internationellt

## 3.1 Inledning

De allra flesta länder har ett förbud mot dödshjälp, men antalet länder som har legaliserat dödshjälp, vanligtvis under strikta villkor, växer.<sup>80</sup> Förutsättningarna för att få ta del av dödshjälp i dessa rättsordningar skiljer sig åt och de dominerande modellerna är Oregonmodellen, som endast tillåter assisterat döende, och Beneluxmodellen, som tillåter båda formerna av dödshjälp. Oregonmodellens avgörande villkor för att få tillgång till dödshjälp är att personen ska ha en terminal sjukdom medan Beneluxmodellen lägger fokus på outhärdligt lidande.<sup>81</sup>

## 3.2 Oregonmodellen och Oregons reglering

Oregonmodellen infördes 1998 i delstaten Oregon i USA och tillämpas idag i de nio amerikanska delstaterna som tillåter assisterat döende.<sup>82</sup> Lagen tillåter läkarassisterat döende till en beslutskompetent patient som är 18 år gammal, skriven i staten Oregon samt lider av en terminal sjukdom som kan förväntas leda till döden inom sex månader enligt en rimlig medicinsk bedömning. Patienten måste muntligen uttrycka en frivillig önskan att dö vid två tillfällen med 15 dagars mellanrum och patientens omdöme får inte vara påverkat av en psykisk störning eller depression. Ovanstående krav ska bekräftas av två oberoende läkare.<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> Sumner, s. 145 f; Smer, s. 47.

<sup>81</sup> Smer, s. 47.

<sup>82</sup> Sumner, s. 160 f; Death with Dignity; Oregons lagstiftning finns i Oregon Health Authority u.å.

<sup>83</sup> Sumner, s. 161 f.

Varje fall av läkarassisterat döende ska rapporteras in till hälsomyndigheten och om något inte stämmer överens med regelverket ska detta rapporteras till statens licensierande myndighet.<sup>84</sup> Lagen fastställer att vare sig hälso-och sjukvårdspersonal eller vårdgivare är skyldig att medverka till eller tillhandahålla assisterat döende.<sup>85</sup>

Under 2021 hade 238 personer avlidit till följd av läkarassisterat döende, vilket utgör cirka 0,6 procent av de totala dödsfallen i Oregon. Cirka 81 procent av patienterna var 65 år eller äldre och 88 procent led av cancer, neurologiska sjukdomar eller hjärt-kärlsjukdomar. En läkare rapporterades till statens licensierande myndighet för att inte följa regelverket.<sup>86</sup> Det assisterade döendet utförs i stort sett alltid i nära anslutning till den ordinarie palliativa vården.<sup>87</sup> Andelen patienter som har tillgång till palliativ vård när de avlider ökar i samma takt som i övriga USA.<sup>88</sup> I Oregon har andelen personer som dött till följd av läkarassisterat döende legat relativt stabilt på cirka 0,5 procent sedan dödshjälp infördes.<sup>89</sup>

### **3.3 Beneluxmodellen och Nederländernas reglering**

Beneluxmodellen introducerades 2002 i Nederländerna, då en lag som reglerar assisterat döende och eutanasi antogs samtidigt som dödshjälp avkriminaliserades i strafflagstiftningen.<sup>90</sup> Modellen tillämpas på liknande sätt i Belgien och Luxemburg.<sup>91</sup> Lagändringarna i Nederländerna kodifierade en praxis från 1970-talet om att läkare som utfört dödshjälp inte åtalades, under förutsättning att vissa kriterier varit uppfyllda.<sup>92</sup>

---

<sup>84</sup> Sumner, s. 161 f.

<sup>85</sup> Smer, s. 49 f.

<sup>86</sup> Oregon Health Authority 2022, s. 3 ff.

<sup>87</sup> Ibid., s. 7.

<sup>88</sup> Smer, s. 129 f.

<sup>89</sup> Ibid., s. 93, 180.

<sup>90</sup> Sumner, s. 149; En engelsk översättning av lagen finns i Regional Euthanasia Review Committees 2016.

<sup>91</sup> Sumner, s. 155 ff.

<sup>92</sup> Ibid., s. 149 f.

Den nederländska lagen ger läkare rätt - men inte skyldighet - att utföra dödshjälp, under förutsättning att flera kriterier för ”korrekt vård” är uppfyllda. Dessa innefattar att två oberoende läkare ska försäkra att patientens begäran att dö är frivillig och nogga övervägd samt att patientens lidande är outhärdligt utan förbättringsutsikter.<sup>93</sup>

Trots kravet på frivillighet är det tillåtet att ge eutanasi till patienter som är dementa eller inte kan uttrycka sin vilja, om ett skriftligt förhandsdirektiv finns.<sup>94</sup> Kravet på outhärdligt lidande har i *Chabot-målet* ansetts omfatta inte endast fysiskt lidande, utan även svårt psykiskt lidande, såvida den psykiska sjukdomen inte påverkat patientens omdöme. I målet led patienten av svår depression utan psykotiska symtom.<sup>95</sup> I *Brongersma-fallet* fastställdes att lidande av mer existentiell natur, såsom känslor av ensamhet och hopplös förtvivlan, inte omfattas i kravet på outhärdligt lidande, utan lidandet behöver bero på ett medicinskt tillstånd. Tillståndet behöver däremot inte vara allvarligt eller livshotande.<sup>96</sup>

Dödshjälp kan begäras från tolv års ålder under förutsättning att barnet bedöms kunna tillvarata sina intressen. Om barnet är mellan tolv och 16 år, krävs även föräldrarnas samtycke, och om barnet är mellan 16 och 18 år gammal, krävs att föräldrarna har rådfrågats.<sup>97</sup> År 2020 godkände även den holländska regeringen planer på att tillåta dödshjälp för dödssjuka barn mellan ett och tolv år.<sup>98</sup>

Varje fall av dödshjälp ska rapporteras till både en rättsläkare och regional granskningskommitté, och åklagare ska informeras om kraven i regelverket

---

<sup>93</sup> Sumner, s. 152 f.

<sup>94</sup> Hoge Raad der Nederlanden.

<sup>95</sup> Smer, s. 53 f.

<sup>96</sup> Ibid.

<sup>97</sup> Ibid., s. 153.

<sup>98</sup> Boffey.

inte bedöms vara uppfyllda. Brott mot lagstiftningen kan resultera i maximalt tolv års fängelse.<sup>99</sup>

Under 2019 fick 6361 personer dödshjälp i Nederländerna, vilket innebär att 4,2 procent av alla dödsfall i landet berodde på dödshjälp.<sup>100</sup> Cirka 91 procent av patienterna led av tillstånd som cancer, neurologiska sjukdomar eller hjärt-kärlsjukdomar.<sup>101</sup> I 0,1 procent av fallen under 2019 fann de regionala granskningskommittéerna att kriterierna för korrekt vård inte varit helt uppfyllda.<sup>102</sup> Den palliativa vården har byggts ut sedan dödshjälp legaliserades, och Nederländerna är ett av de sju länder i Europa som satsar mest resurser på palliativ vård.<sup>103</sup> Andelen som dör av dödshjälp har ökat avsevärt sedan 2005 då det totala antalet fall var 1883.<sup>104</sup>

---

<sup>99</sup> Sumner, s. 153.

<sup>100</sup> Regional Euthanasia Review Committees 2020, s. 10 ff.

<sup>101</sup> Ibid.

<sup>102</sup> Ibid., s. 19, 83 ff.

<sup>103</sup> Smer, s. 130 f; Chambaere m.fl.

<sup>104</sup> Boer, s. 12.

## 4 Gränsdragningsfrågor

### 4.1 Vetenskap och beprövad erfarenhet

Huruvida läkarassisterat döende står i strid med kraven på god vård och vetenskap och beprövad erfarenhet är oklart eftersom frågan inte har prövats i domstol.<sup>105</sup> Vilket vetenskapligt stöd en behandlingsåtgärd har eller dess ändamålsenlighet bedöms utifrån ”den samlade läkarvetenskapens syn på behandlingens fördelar och nackdelar vid en given tidpunkt”.<sup>106</sup>

I sin anmälan till HSAN avseende läkaren Staffan Bergström framhöll IVO att de ansåg att Bergström inte handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och därmed visat sig uppenbart olämplig att utöva sitt yrke.<sup>107</sup> Han själv menade att hans agerande låg inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet.<sup>108</sup> HSAN har ännu inte beslutat om han ska få sin läkarlegitimation återkallad med anledning av att detta.

### 4.2 Frivillighet och beslutskompetens

I både Oregon- och Beneluxmodellen uppställs krav på en frivillig begäran att dö och att patienten inte har påverkats av någon annan i sitt beslut. Patientens omdöme får inte heller vara påverkat av en psykisk störning eller depression.<sup>109</sup> Bedömningen av patientens frivillighet har visat sig vara svår att göra i praktiken, eftersom det bara delvis är en medicinsk bedömning.<sup>110</sup>

Bedömningen av frivillighet hänger samman med vilken innebörd som anses ligga i kravet på beslutskompetens. Vid en potentiell legalisering av dödshjälp

---

<sup>105</sup> Smer, s. 70 f.

<sup>106</sup> Rynning 2009, s. 96.

<sup>107</sup> Jfr Orrenius.

<sup>108</sup> Jfr Andersson.

<sup>109</sup> Se avsnitt 3.2 & 3.3.

<sup>110</sup> Buiting m.fl; Isacsson.

behöver beslutas vilka förmågor en människa behöver ha för att kravet på beslutskompetens ska anses uppfyllt, och hur detta ska bedömas konkret. Inom ramen för bedömningen av beslutskompetens uppstår även frågan hur personer som lider av någon form psykiatrisk diagnos ska behandlas, och om det ska vara en faktor som ska utesluta möjligheten till dödshjälp.<sup>111</sup>

### **4.3 Grad av lidande respektive tid kvar att leva**

Legaliseras dödshjälp i Sverige enligt Beneluxmodellen, där outhärdligt lidande står i fokus, behöver det avgöras vilka kriterier på lidande som ska uppställas och huruvida psykisk och fysisk sjukdom ska betraktas på olika sätt. Det behöver avgöras om psykiskt lidande, i form av exempelvis djup depression, ska få räknas som en grund för att med samhällets hjälp få avsluta sitt liv.<sup>112</sup> Bedömningen av om ett lidande är outhärdligt har likt kravet på frivillighet visat sig vara svår att göra i praktiken och riskerar att färgas av bedömarens egna värderingar.<sup>113</sup>

Skulle dödshjälp legaliseras enligt Oregonmodellen, med krav på terminal sjukdom, behöver en avgränsning göras av vilken förväntad återstående livslängd som ska accepteras. Denna medicinska bedömning har visat sig svår att göra med någorlunda säkerhet.<sup>114</sup>

---

<sup>111</sup> Jfr Boer, s. 8; Isacsson.

<sup>112</sup> Jfr Boer, s. 8; Karlsson & Strang; Isacsson.

<sup>113</sup> Buiting m.fl.

<sup>114</sup> Ganzini m.fl.

## 5 Diskussion och analys

Dödshjälp är en kontroversiell fråga där komplexa medicinska, etiska och juridiska aspekter möts. Europadomstolen har i *Pretty mot Storbritannien* fastslagit att rätten till liv inte ger någon motsvarande rätt att dö. Det föreligger enligt *Haas mot Schweiz* inte heller en rätt till assisterat döende. Även i Nederländerna, som har en liberal reglering, föreligger ingen utkrävbar rätt till dödshjälp utan lagstiftningen ger läkare tillåtelse att utföra dödshjälp under vissa förutsättningar. Europadomstolens bedömning innebär att det varken föreligger en skyldighet att tillåta dödshjälp eller att erbjuda detsamma för konventionsstaterna, men det förefaller inte heller vara konventionsstridigt att göra det. Konventionen och domstolens praxis ger sammantaget varje stat stort handlingsutrymme i utformningen av lagstiftningen på detta område och EKMR bör därmed inte kunna anses hindra ett införande av dödshjälp i Sverige.

Avseende det straffrättsliga ansvaret blir det, enligt praxis, en gränsdragning mellan att vara medhjälpare till självmord, vilket är tillåtet, och uppsåtligt dödande med samtycke, vilket är otillåtet. Ur ett straffrättsligt perspektiv är därmed assisterat döende, men inte eutanasi, tillåtet och enligt min bedömning skulle det utan andra lagändringar gå att införa en lag som tillåter läkarassisterat döende. Det är däremot inte helt klarlagt i praxis vilken aktivitet som krävs för att handlingen ska anses ha varit avgörande för att döden ska inträda och straffansvar för uppsåtligt dödande ska aktualiseras. Denna svåra gränsdragning kan ses i diskussionen om avbrytande av vätske- och näringstillförsel vid palliativ sedering där ansvar för dråp potentiellt kan inträda.

Att den avlidne själv velat dö och samtyckt till gärningen har inte ansetts befria från straffrättsligt ansvar men har i praxis fått betydelse för brottsrubricering och straffmätning. Enligt min bedömning tyder det på att rättstillämparen inte ser lika hårt på dödande med samtycke och att det finns

en viss acceptans. En ny straffrättslig aspekt är införandet av brotten uppmaning till självmord och oaktsam uppmaning till självmord. Min uppfattning är att de nya brotten inte kommer ändra den straffrättsliga bedömningen av assisterat dödande eller vård i livets slutskede, vilket framgår av uttalandena i propositionen.

Inom hälso- och sjukvården är det kraven på att vården ska ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i kombination med regleringen av avslutande av livsuppehållande behandling som kan anses sätta de generella ramarna för dödshjälp. Eftersom patientens självbestämmanderätt är en ledande princip inom hälso- och sjukvården och vård endast får ges med samtycke har patienten i regel alltid möjlighet att avstå från erbjuden vård, exempelvis livsuppehållande behandling. Det dominerande synsättet i doktrin är att patienten enligt svensk rätt idag inte kan få vårdens hjälp med vare sig assisterat dödande eller eutanasi, eftersom detta anses stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet och de allmänna kraven på god vård. Det kan verka paradoxalt att en patient med potentiellt stor chans att tillfriskna själv kan tacka nej till botande behandling, när en terminalt sjuk människa inte kan välja att avstå en sista plågsam tid i livet. Sammantaget verkar en central skillnad göras mellan att avstå och begära en åtgärd, varför patienten i livets slutskede förefaller medges en negativ, men inte positiv, självbestämmanderätt.

Vilka åtgärder som anses överensstämma med vetenskap och beprövad erfarenhet och god vård varierar emellertid över tid och beror på den samlade läkarvetenskapens ståndpunkter vid en viss tidpunkt. Jag tycker inte att de svåra avvägningarna mellan skyldigheten att skydda rätten till liv och respekten för patientens självbestämmande lämpar sig för en detaljreglering, men av såväl rättvise- som rättssäkerhetsskäl behöver olika rättigheter och skyldigheter i vården vara tydligare definierade. Hälso- och sjukvårdspersonal kan ibland inte förutse vilka åtgärder och behandlingsmetoder i livets slutskede som kan föranleda rättsligt ansvar vilket riskerar att resultera i att patienter inte får jämlik vård. HSAN har ännu



inte tagit ställning till om Staffan Bergströms läkarlegitimation ska återkallas och hur läkarassisterat döende bedöms förefaller oklart. Beslutar HSAN om att återkalla legitimationen förväntas beslutet överklagas upp till Högsta förvaltningsdomstolen för att få ett prejudikat avseende vilka rättsliga sanktioner som kan förväntas inträda vid läkarassisterat döende. Ett klargörande av rättsläget genom en prövning i domstol är enligt min åsikt önskat.

Skulle dödshjälp i någon form införas i Sverige föreligger flera svåra frågor att hantera, där en fråga avser hur frivillighet och beslutskompetens ska bedömas. Liknande svårigheter borde uppstå avseende patientens rätt att avsluta livsuppehållande behandling, men en sådan reglering finns ändå idag. Vid beslut om livsuppehållande vård ska även tidigare uttryckt vilja som utgångspunkt respekteras om nuvarande vilja inte kan inhämtas, vilket potentiellt skulle kunna tillämpas på liknande sätt avseende dödshjälp. Frågan om psykisk sjukdom bör utesluta möjligheten att få dödshjälp behöver även diskuteras. Krav på terminal sjukdom, likt Oregonmodellen, borde medföra att psykisk sjukdom utesluts som primär diagnos, men däremot inte att den som lider av psykisk sjukdom undantas från dödshjälp, om kriterierna i övrigt är uppfyllda och patienten fastställs vara beslutskompetent. Krav på terminal sjukdom, särskilt om en specifik tidsgräns för återstående tid att leva anges, tycks även innebära att ett visst mått av osäkerhet i bedömningarna får accepteras.

Krav på outhärdligt lidande, enligt Beneluxmodellen, förefaller medföra att många fler använder möjligheten till dödshjälp än enligt Oregonmodellen. Lagstiftningen har i Nederländerna även vidgats genom efterföljande praxis vilket har inneburit att psykisk sjukdom ensamt kan uppfylla kriteriet för outhärdligt lidande samt att dementa och barn kan medges dödshjälp. En sådan utveckling framstår enligt mig rättsosäker eftersom kriterierna för att få tillgång till dödshjälp tillämpas godtyckligt.

Både Oregon- och Beneluxmodellen visar att den palliativa vården inte behöver stå tillbaka om dödshjälp tillåts, vilket brukar framhållas som ett argument mot dödshjälp. De visar även på att den stora majoriteten av de patienter som medges dödshjälp är äldre och lider av allvarliga tillstånd såsom cancer och neurologiska sjukdomar, samt att de stadgade kriterierna nästintill alltid åtföljs.

Sammanfattningsvis är frågan om dödshjälp komplex men dagens rättsosäkra läge är otillfredsställande. Det är angeläget att frågan utreds vidare med beaktande av etiska, medicinska och juridiska konsekvenser, för att rättsläget ska förtydligas för såväl allmänheten som vården. Vid ett införande av antingen bara läkarassisterat dödande, eller eventuellt även eutanasi, är det synnerligen angeläget att de svåra gränsdragningsfrågorna tas i beaktning och att inte förtroendet mellan patient och vård riskeras.

# Käll- och litteraturförteckning

## Offentligt tryck

### *Propositioner*

Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 2013/14:106 Patientlag.

Prop. 2020/21:74 En särskild straffbestämmelse för uppmaning till självmord.

### *Utredningsbetänkanden*

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

### *Socialstyrelsens författningssamling*

SOSFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter om livsuppehållande behandling.

## Övrigt offentligt tryck

Oregon Health Authority, "Oregon Revised Statute: Oregon's Death with Dignity Act", u.å.

<<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx>>

(hämtad 24 maj 2022)

Oregon Health Authority: Public Health Division, Center for Health Statistics, “Oregon Death with Dignity Act: 2021 Data Summary”, 2022. <<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year24.pdf>> (hämtad 24 maj 2022)

Regional Euthanasia Review Committees, “Annual Report 2015”, 2016. <<https://english.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie-en/documenten/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports/Jaarverslag2015ENG.pdf>> (hämtad 24 maj 2022)

Regional Euthanasia Review Committees, “Annual Report 2019”, 2020. <<https://english.euthanasiecommissie.nl/binaries/euthanasiecommissie-en/documenten/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports/Annual+report+2019.pdf>> (hämtad 24 maj 2022)

## **Litteratur**

Asp, Petter, Ulväng, Magnus, Jareborg, Nils, *Kriminalrättens grunder*, 2 uppl., Iustus, Uppsala, 2013.

Buiting, Hilde, Gevers, Joseph, Rietjens, Judith, Onwuteaka-Philipsen Bregje, van der Maas, Paul, van der Heide, Agnes, van Delden, Johannes, ”Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective.” *J Med Ethics*, 2008;34:e12, doi:10.1136/jme.2008.024976.

Chambaere, Kenneth, Bernheim, Jan L, “Does legal physician-assisted dying impede development of palliative care? The Belgian and Benelux experience”, *Journal of Medical Ethics*, 2015;41:657–660, doi:10.1136/medethics-2014-102116.

Danelius, Hans, *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis - en kommentar till europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*, 5 uppl., Norstedts Juridik, Stockholm, 2015.

Ganzini, Linda, Nelson, Heidi, Lee, Melinda, Kraemer, Dale, Schmidt, Terri, Delorit, Molly, "Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the Oregon Death with Dignity Act", *JAMA*, 2001;285(18):2363-2369, doi:10.1001/jama.285.18.2363.

Jareborg, Nils, *Allmän kriminalrätt*, Iustus, Uppsala, 2001.

Jareborg, Nils, Friberg, Sandra, Asp, Petter, Ulväng, Magnus, *Brotten mot person och förmögenhetsbrotten*, 2 uppl., Iustus, Uppsala, 2015.

Kleineman, Jan, Rättsdogmatisk metod. I Nääv, Maria, Zamboni, Mauro (red.), *Juridisk metodlära*, (s. 21–46), 2 uppl., Studentlitteratur, Lund, 2018.

Lynøe, Niels, Lindblad, Anna, Engström, Ingemar, Sandlund, Mikael, Juth, Niklas, "Trends in Swedish physicians' attitudes towards physician-assisted suicide: a cross-sectional study", *BMC Medical Ethics*, (2021) 22:86, doi: 10.1186/s12910-021-00652-0.

Mattsson, Titti, Slokenberga, Santa, Zillén, Kavot (red.), *Medicinsk rätt*, 1 uppl., Norstedts Juridik, Stockholm, 2020.

Rynning, Elisabeth, Dödshjälp – mänsklig rättighet eller folkrättsbrott? I Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore (red.), *Att få hjälp att dö- synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*, (s. 191–211), Studentlitteratur, Lund, 2005.

Rynning, Elisabeth, Rätt till liv och rätt att dö. I Ingvar, Martin, Lagercrantz, Hugo, Niels, Lynøe, Fürst, Carl-Johan, Frostegård, Johan (red.), *Liv och död; livsuppehållande behandling från början till slut*, (s. 86–123), Karolinska Institutet University Press, Stockholm, 2009.

Socialstyrelsen, *Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling*  
*Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*, Stockholm, 2011.

Smer (Statens medicinsk-etiska råd), Rapport 2017:2, *Dödshjälp - En kunskapsammansättning*, Elanders Sverige, Stockholm, 2017.

Statskontoret, Rapport 2018:20, *Analys av Statens medicinsk-etiska råd*, Stockholm, 2018.

Sumner, Leonard Wayne, *Assisted Death: A study in Ethics and Law*, Oxford University Press, New York, 2011.

## **Övriga källor**

Andersson, Joakim, ”Staffan Bergström redo att ta strid för sin legitimation”, *Läkartidningen*, 22 mars 2021.

<<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/03/staffan-bergstrom-redo-att-ta-strid-for-sin-legitimation/>> (hämtad 24 maj 2022)

Berg, Lina, ”Majoritet öppna för utredning om dödshjälp”, *Dagens Medicin*, 21 september 2020. <<https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/nyheter/majoritet-oppna-for-utredning-om-dodshjalp/>> (hämtad 24 maj 2022)

Boer, Theo A, ”Report on Euthanasia and Physician Assisted Suicide in the Netherlands”, 22 mars 2016. <<https://www.pthu.nl/Over-PThU/Organisatie/Medewerkers/t.a.boer/downloads/2016-boer-south-africa-affidavit-euthanasia-netherlands.pdf>> (hämtad 24 maj 2022)

Boffey, Daniel, ”Dutch government backs euthanasia for under-12s”, *The Guardian*, 14 oktober 2020.

<<https://www.theguardian.com/world/2020/oct/14/dutch-government-backs-ethanasia-for-under-12s>> (hämtad 24 maj 2022)

Death with Dignity, "Current as of May 11, 2022: In your state", 2022.

<<https://deathwithdignity.org/states/>> (hämtad 24 maj 2022)

Eckerdal, Gunnar, "Riskerna med frivillig dödshjälp är uppenbara", *Dagens Nyheter*, 4 augusti 2015. <<https://www.dn.se/debatt/replikar/riskerna-med-frivillig-dodshjalp-ar-uppenbara/>> (hämtad 24 maj 2022)

Hoge Raad der Nederlanden, "Physician permitted to grant a written request for euthanasia from individuals suffering from advanced dementia", 24 april 2020.

<<https://www.hogeraad.nl/actueel/nieuwsoverzicht/2020/april/physician-permitted/>> (hämtad 24 maj 2022)

Isacsson, Göran, "Sluttande planet oundvikligt", *Läkartidningen*, 10 mars 2009. <<https://lakartidningen.se/debatt-och-brev/2009/03/sluttande-planet-oundvikligt-1/>> (hämtad 24 maj 2022)

Karlsson, Marit, Strang, Peter, "Finns det en etisk skillnad mellan dödshjälp och sederingsterapi?", *Läkartidningen*, 14 december 2010.

<<https://lakartidningen.se/debatt-och-brev/2010/12/finns-det-en-etisk-skillnad-mellan-dodshjalp-och-sederingsterapiac/>> (hämtad 24 maj 2022)

Orrenius, Niklas, "Ivo: Dödshjälpsläkaren Staffan Bergström bör förlora legitimationen", *Dagens Nyheter*, 18 mars 2021.

<<https://www.dn.se/sverige/ivo-dodshjalpslakaren-staffan-bergstrom-bor-forlora-legitimationen/>> (hämtad 24 maj 2022)

Rynning, Elisabeth, "Utlåtande rörande de rättsliga förutsättningarna för sederingsterapi inom den svenska hälso- och sjukvården", *Smer*, dnr 27/1, 3

mars 2013 <<https://www.smer.se/wp-content/uploads/2013/05/Yttrande-Elisabeth-Rynning.pdf>> (hämtad 24 maj 2022)

Socialstyrelsens termbank. ”Palliativ vård i livets slutskede”, 2011.  
<<https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=465&SrcLang=sv>> (hämtad 24 maj 2022)

Svenska läkaresällskapet, ”Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och/eller avbryta livsuppehållande behandling”, 10 april 2018.  
<[https://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/sls\\_ssf\\_riktlinjer\\_avbryta\\_avsta\\_2018.pdf](https://www.sls.se/globalassets/sls/etik/dokument/sls_ssf_riktlinjer_avbryta_avsta_2018.pdf)> (hämtad 24 maj 2022)

Sveriges läkarförbund, ”Läkare osäkra när det gäller dödshjälp”, 24 maj 2021.  
<<https://slf.se/nyheter/lakare-osakra-nar-det-galler-dodshjalp/>> (hämtad 24 maj 2022)

Sveriges läkarförbund, ”Läkarförbundets etiska regler”, 2017.  
<<https://slf.se/app/uploads/2018/04/etiskaregler-a4-korr2.pdf>> (hämtad 24 maj 2022)



# Rättsfallsförteckning

## Sverige

### Högsta domstolen

NJA 1979 s. 802.

NJA 1993 s. 553.

NJA 2018 s. 512.

### Övriga domstolar

Svea hovrätt, RH 1989:19.

Svea hovrätt, RH 1996:69.

## Nederländerna

Fallet Brongersma.

Fallet Chabot.

## Europadomstolen

*Pretty mot Storbritannien*, nr 2346/02, dom meddelad den 29 april 2002, ECHR 2002-III.

*Lambert m.fl. mot Frankrike*, nr 46043/14, dom meddelad i Grand Chamber den 5 juni 2015, ECHR 2014.

*Haas mot Schweiz*, nr 31322/07, dom meddelad den 20 januari 2011, ECHR 2422.