

# **Eutanasi - En jämförelse mellan Sverige och Holland**

## Inledning

Mitt mål med denna uppsatts är att jämföra synen och lagstiftning kring eutanasi mellan Sverige och Holland. Dessutom vill jag undersöka om det finns skäl att lagstifta kring eutanasi i Sverige, och hur svenskar ställer sig i eutanasi frågan. Jag kommer inte att undersöka andra länder än Sverige och Holland och kommer inte heller att gå in på enskilda debattinlägg i eutanasi frågan.

För att kunna svara på mina frågeställningar har jag sökt i medicinska, juridiska och etiska artiklar där ibland Socialstyrelsens råd, Svenska läkaresällskapets etiska riktlinjer och Läkarförbundets etiska regler. I läkartidningen har jag hittat flera debattartiklar och från juridisk synvinkel en komparativ studie från Handelshögskolan i Göteborg som jämför lagstiftningen i främst några europeiska länder.

## Redovisning

### Begrepp:

- *Eutanasi:*  
Att orsaka eller bidra, på medicinsk väg, till patientens död.
- *Aktiv dödshjälp:*  
En patients liv avslutas genom att en läkare aktivt och avsiktligt ger ett läkemedel.
- *Passiv dödshjälp:*  
Patientens liv förkortas genom att man undviker medicinska och tekniska åtgärder.
- *Läkarassisterat suicid:*  
På en patients begäran förskriver eller tillhandahåller en läkare läkemedel för att patienten själv ska kunna avsluta sitt liv.
- *Lindring av symptom med risk att livet förkortas:*  
Med enbart syfte att lindra smärta och symptom förutses döden som en möjlighet.

## Sverige

### Svensk lagstiftning

I ett arbete från Handelshögskolan i Göteborg 2005-2006 med titeln ”En komparation av regleringen kring eutanasi” redogör man bland annat för svensk lagstiftning i ämnet.

I svensk lagstiftning finns inga lagar som direkt reglerar frågan om eutanasi. Tvärtom har man tagit ställning till att frågan om dödshjälp inte skall tas upp. Däremot finns regler om ”rätten till liv” i Regeringsformen. Inte heller får svenska normer strida mot Europakonventionen. I denna sägs till exempel att patienter som är beslutsinkompetenta endast får utsättas för åtgärder om tillstånd givits av patientens ställföreträdare, myndighet eller av person med stöd av lag.

Straffrätten anger att det är straffbart som mord eller dråp att döda en människa – oavsett om personen själv begär det. En viss strafflättning har dock medgivits när mordet föranletts av personens egen begäran.

Eftersom det är straffritt att ta sitt eget liv är det inte heller möjligt att döma till medhjälp vid självmord, eftersom detta inte är något brott. Dock om gärningen bedöms särskilt självständig så faller den under brottsbalken.

Att underlåta att rädda någon till livet är inte heller straffbart i Sverige. Därför är inte passiv dödshjälp straffbart enligt brottsbalken. Här har dock hälso- och sjukvården en särställning. Det är aldrig tillåtet att företa en handling med det enda motivet att förkorta patientens liv. En medicinsk åtgärd som vare sig har botande eller lindrande effekt skall inte heller genomföras. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) betonas att patienten själv skall vara delaktig i beslut kring vården, men patienten har inte rätt att kräva en specifik behandling som läkaren anser vara onödig. Problem med patientens autonomi uppkommer när patienten inte är beslutskompetent. Till exempel ges inte livstestamenten, gode män eller föräldrar något juridiskt företräde.

### **Socialstyrelsen**

I Socialstyrelsens allmänna råd från 1992:2 om ”Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede” skriver man i förordet att det föreligger en risk för överbehandling i livets slutskede och att olika personalgrupper i sjukvården därför behöver stöd för sina ställningstaganden när ”kurativ behandling inte längre är möjlig”. Något senare i inledningen skriver man också att denna fråga inte lämpar sig för lagstiftning och att prioriteringar enbart handlar om medicinska indikationer.

Man går igenom principer om att alla människor har rätt att:

- få bestämma över sitt eget liv
- få bästa möjliga vård
- få dö under värdiga former.

Man betonar att åtgärder ”vars enda syfte är att orsaka en patients död, aldrig är tillåtna – inte ens om patienten själv begär det”. Dessutom skall patienten alltid få god omvårdnad i livets slutskede. Det är slutligen läkarens skyldighet att, efter att ha skaffat underlag och ställt diagnos, fatta beslut om att avsluta eller avstå från livsuppehållande behandling. Detta med respekt för patientens självbestämmanderätt och önskan, och dessutom utan att lasta närstående.

Man jämför att avsluta behandling med att avstå från att inleda behandling samt poängterar att sjukvården ”värnar om liv” men att behandling kan medföra förlängt lidande när bot ändå inte står till buds och att patienten har rätt att ”dö under värdiga former”. Den döende skall också erbjudas t ex smärtlindring, palliativbehandling och vid behov t o m självvårdande kompetens som led i den goda omvårdnaden som alltid skall ges.

Särskilda problem uppstår när patienten inte är ”beslutskompetent” eller inte kan uttrycka sin vilja. Så kallade livstestamenten eller anhörigas uppfattning av patientens tidigare önskningar kan endast vara vägledande för läkaren.

Ytterligare ett specialfall är när en patient försökt att begå självmord eftersom detta kan vara ett uttryck för psykisk ohälsa hos patienten och inte säkert är en verklig dödsönskan. Då skall den livräddande behandling som är möjlig ges.

### **Sveriges läkarförbund**

Sveriges läkarförbund har utarbetat etiska regler vars senaste version antogs 2002. Redan i inledningen påpekar man att en svensk läkare ”inte skall medverka i sådan vård där frihet att handla efter dessa (läkarförbundets etiska regler) saknas”. I 16 punkter behandlas olika etiska regler, som till exempel att ”läkaren om möjligt skall bota, ofta lindra och alltid trösta” och därigenom följa människokärlekens och hederns bud.

Av de 16 punkterna behandlar 4 stycken direkt eller indirekt frågan om bevarandet av människolivet. Man föreskriver att läkaren skall handla efter ”vetenskap och beprövad erfarenhet” och ”besinna vikten av att skydda och bevara människoliv”. ”Läkaren får aldrig medverka till att aktivt påskynda döden.” Läkaren skall om möjligt utgå från informerat samtycke och inte ”genom sin yrkesauktoritet inkräkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv”.

### **Svenska Läkarsällskapet**

Det Svenska Läkarsällskapet formulerade 2006 riktlinjer i 8 punkter beträffande ”Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling”. Med livsuppehållande behandling avser man behandling med respirator, dialys, sondmatning och vätsketerapi. Man innefattar också läkemedel i vissa situationer.

Sammantaget resonerar man kring att respektera patientens önskan i det fall patienten är beslutskapabel, respektive att läkaren har det slutgiltiga ansvaret om en patient inte är beslutskapabel. Givetvis bör läkaren, om möjligt, samråda med närstående. Man betonar att en patient alltid skall erbjudas en adekvat palliativ behandling även när man avslutar en livsuppehållande åtgärd. Detta görs när man är osäker på om behandlingen gagnar patienten. I en särskild punkt skriver man: ”Det är inte etiskt försvarbart att avstå från att inleda behandling om prognosen är oviss med hänvisning till att det är svårt att avbryta en redan inledd behandling.”. Liksom Socialstyrelsen betonar man vikten av en adekvat psykiatrisk bedömning i samband med självmordsförsök.

## Holland

Efter olika rättsfall i Holland, tillsattes 1989 en kommission för medicinsk tillämpning för eutanasi. Man publicerade en rapport 1991 och till följd av denna gjordes lagändringar som skyddade läkare mot åtal ”om de höll sig till kriterierna för tillbörlig vård”. 1995 tillsatte man en ny utredning och 2001 trädde en ny lag ”om avslutande av liv på begäran och assisterat självmord” i kraft som legaliserade eutanasi och självmord under förutsättning att vissa kriterier är uppfyllda. Kriterierna som måste uppfyllas är följande:

1. Läkaren måste vara övertygad om att patienten har gjort en frivillig och genomtänkt eutanasiförfrågan.
2. Läkaren måste vara övertygad om att patientens lidande är outhärdligt och att det inte finns någon möjlighet till förbättring.
3. Läkaren skall ha informerat patienten om hennes situation och den medicinska prognosen.
4. Läkare och patient skall båda ha kommit till slutsatsen att det inte finns någon annan godtagbar lösning för dennes situation.
5. Minst en annan oberoende läkare måste undersöka patienten och komma till samma slutsats.
6. Läkaren skall vid eutanasi, eller vid medhjälp till suicid, ha handlat enligt kriterierna för medicinsk professionalitet.

Enligt den nya lagen är det fortfarande straffbart, men man har formulerat en särskild straffbefrielseklausul som innebär att läkare inte straffas om de hållit sig till de ovannämnda kriterierna samt ha anmält att de praktiserat eutanasi till någon av de fem regionala kontrollkommissionerna. De regionala kontrollkommissionerna består av ett ojämnt antal ledamöter, och skall innehålla minst en jurist, en läkare och en etiker.

I den nya lagen får inte bara ett muntligt utan också ett skriftligt klagorand och vilja till eutanasi legal status. Däremot gäller inte lagen då ingen begäran tidigare finns eller kan yttras och skall, precis som tidigare, ses som mord. Det är förbjudet för privatpersoner att praktisera aktiv eutanasi eller assistera vid självmord.

Debatten i Holland har uppfattat eutanasi som något positivt och inte heller kyrkan har haft någon aktiv roll i eutanasidebatten.

År 1995 inträffade ungefär 136 000 dödsfall i Holland. Av dessa var 3600 aktiv dödshjälp och 238 läkarassisterat suicid. Efter 1998 så minskar dock antalet fall, 2003 var det 1815 stycken eutanasi fall, vilket är lite förbryllande eftersom trenden är att läkarna rapporterar in procentuellt fler av fallen till kontrollmyndigheten, år 1998 inrapporterades 50 %, och år 2001 54 %. Varför statistiken ser ut som den gör vet man ännu inte.

## En jämförelse mellan Sverige och Holland

Trots att Sverige och Holland ligger geografiskt nära varandra är synen på eutanasi och lagstiftningen kring denna väldigt olik. Det finns många olika grundläggande faktorer som har påverkat detta – religion, historia och även befolkningssammansättning. Holland är det enda land i världen som tillåter aktiv eutanasi inom sjukvården. I Sverige är detta straffbart och det finns ingen lagstiftning för strafflindring om patienten uttryckt en vilja att få hjälp till att dö. Trots detta har man i Sverige i vissa fall givit en strafflindring.

Passiv eutanasi är tillåtet i Sverige för personer som inte har plikt att rädda liv. I Holland har man valt att avstå från att använda termen passiv eutanasi för att undvika missförstånd. När det kommer till frågan om underlåtande av en behandling har läkare i Sverige skyldighet att följa en beslutskapabel patients önskan oavsett om detta skulle leda till att patientens liv kommer att förkortas. En läkare får endast avbryta en behandling, mot patientens begäran, om den inte har någon medicinsk effekt. Läkaren får inte heller aktivt förkorta en patients liv. Man gör dock en åtskillnad på omvårdnad och behandling. En behandling är något som stödjer vitala funktioner medan omvårdnad är för patientens bekvämlighet, till det sistnämnda kan smärtlindring räknas även om det som sidoeffekt förkortar patientens liv.

I Holland är de mer liberala vad gäller synen på vård i livets slutskede. En liknande särskiljning mellan omvårdnad och behandling görs dock, där omvårdnaden aldrig får upphöra.

Synen på livstestamenten skiljer sig också åt mellan Sverige och Holland. I Sverige har livstestamenten ingen juridisk funktion, utan fungerar mer rådgivande. I Holland har livstestamenten en bindande funktion även när det kommer till aktiv eutanasi.

De båda länderna har också två skilda ståndpunkter när det kommer till behandlingen av beslutsinkompetenta patienter. I Sverige har läkaren beslutsrätten och bär ensamt ansvaret för behandlingen, medan en läkare i Holland styrs av livstestamenten och närståendes uppfattning.

## Slutsats

En stor skiljelinje föreligger mellan Nederländerna och Sverige i det att man i Nederländerna tillåter en läkarassisterad aktiv dödshjälp i föreskrivna former medan vi i Sverige inte tillåter att man från sjukvården aktivt hjälper en patient att förkorta sitt liv. I Sverige skall vi ”värna liv”. Utanför sjukvården är det däremot andra förutsättningar. I Sverige är det inte straffbart att ta sitt eget liv och inte heller (på ett passivt – men inte aktivt) att bistå någon till självmord – under förutsättning att man inte tillhör sjukvården.

Frågan om eutanasi har hamnat i skymundan i Sverige. Debatten förs i läkartidningen och annan, för allmänheten mindre tillgänglig, litteratur. De som för debatten är ett fåtal insatta personer, till exempel Tännsjö, Hermerén och Nilstun. Tännsjö har en liberal uppfattning i frågan och har föreslagit att terminal sedering skall införas som ett behandlingsalternativ även om döden inte är omedelbart förestående.

Det är med bakgrund av att debatten inte förs i allmänt forum svårt att säga hur den svenska befolkningen ställer sig i eutanasi-frågan. I en studie av Nilstun där han frågade läkarstudenter hur de ställde sig till legalisering av dödshjälp svarade 6 av 135 att de var för en legalisering, 55 att det borde finnas en åttelseftergift efter granskning av åklagare och 45 att det ville ha straffeftergift efter en domstolsprövning. Endast 3 stycken ansåg att det borde ses som mord.

Detta kanske kan ses som en fingervisning av hur folk i allmänhet ställer sig i frågan. I den litteratur och de artiklar jag har läst verkar det som om Sverige går mot en mer liberal syn i frågan om aktiv- och läkarassisterad eutanasi.

Bör vi i Sverige lagstifta i frågan kring eutanasi? Att legalisera eutanasi är både svårt och enligt mig fel. Visst borde vi ha rätt att bestämma över vår egen död, men detta underlättas inte av att man lagstiftar om den, snarare tvärt om. Min främsta farhåga är att det skall komma att bli en process där man undan för undan utvidgar eutanasibegreppet och skyddar utövaren i lag. Det finns en risk att ekonomiska och samhällseliga intressen kan komma att styra och påtvinga eutanasi. Jag tror att det bästa istället vore om man upprättade omfattande och tydliga riktlinjer för läkare och sjukvårdspersonal.

Fördelen med att upprätta riktlinjer är att det skulle underlätta läkarens handlande, samtidigt som det skulle leda till en mer restriktiv användning av eutanasi eftersom det i lag är straffbart. Det blir på så sätt en utförligare kontroll och hindrar det sluttande planet.

Jag är för straffeftergift om beslutet om eutanasi skedde på patientens begäran. Det finns de situationer då det vore inhumant att inte bevilja patienten dödshjälp.

Som det ser ut idag så är det möjligt för personer utanför sjukvården att assistera vid självmord, men inte för exempelvis läkare. Detta tycker jag är märkligt med tanke på att det är läkarna som bäst kan säkra proceduren och övervaka att det sker på ett humant och värdigt sätt.

Vad gäller livstestamenten borde vi lagstifta så att de får en större betydelse. Det är viktigt att i så stor utsträckning som möjligt ta hänsyn till och värna om patientens autonomi.

Jag tror att det är viktigt att vi lyfter fram eutanasidebatten i ett öppnare forum, för ju öppnare debatten är desto mindre risk blir det att eutanasi blir ett verktyg för mindre välsinnade personer.

### **Sammanfattning**

I denna uppsats har jag jämfört hur synen och lagstiftningen kring eutanasi skiljer sig åt mellan Sverige och Holland. Jag har funnit att det inte finns skäl att lagstifta kring eutanasi i Sverige, utan att man snarare borde upprätta tydliga och omfattande riktlinjer för vårdpersonal. Jag har vidarefunnit att vi i Sverige går mot en mer liberal syn på eutanasi och att det är viktigt att lyfta fram eutanasi frågan i den allmänna debatten.

## Källförteckning

- **Socialstyrelsen –Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede**
- **Vårdetik, Tännsjö Torbjörn, Thales 1998**
- **Läkartidningen:**
  - Beslutsfattande vid livets slut i sex europeiska länder, nr 30-31, 2003, Nilstun Tore, Löfmark Rurik.
  - Nej till legalisering av dödshjälp, men ja till åtals- eller straffeftergift, nr 32-33, 2001, Nilstun Tore.
  - Lagen och den självvalda döden, nr 35, 1996, Nielsen Morten Klemme.
  - Eutanasi i Nederländerna ökar sakta, ofta orapporterad, nr 50, 1996
  - Läkare och filosofer oense om terminal sedering, nr 7, 2002, Ramel Björn.
  - Nej till eutanasi – ja till palliativ vård!, nr 14, 1996, Ottosson Jan-Otto.
  - Eutanasi fallen minskar i Nederländerna, nr 44, 2004, Vagnhammar Susanne Ringskog.
  - Inte läkarna som skall döma!, nr 34, 1998, Tännsjö Torbjörn.
- <http://www.handels.gu.se/epc/archive/00005155/01/200654.pdf>
- <http://www.slf.se/templates/AssociationPage.aspx?id=21281>
- <http://www.svls.se/cs-media-old/xyz/000001435.pdf>
- **Legalisering som lösning? Erfarenheter av holländsk eutanasi-praxis, Boer Theo A:**
- [http://igitur-archive.library.uu.nl/th/2007-0205-200635/boer\\_02\\_legalisering\\_som\\_losning.pdf](http://igitur-archive.library.uu.nl/th/2007-0205-200635/boer_02_legalisering_som_losning.pdf)