

Elisabeth Rynning
Gullvivevägen 3
756 55 Uppsala

2013-03-03

Statens medicinsk-etiska råd
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

Utlåtande rörande de rättsliga förutsättningarna för tillämpning av sederingsterapi inom den svenska hälso- och sjukvården

1. Bakgrund

Undertecknad har – i egenskap av förutvarande professor i medicinsk rätt vid Uppsala universitet – fått i uppdrag att skriva ett kortfattat sakkunnigutlåtande med anledning av ett brev som inkommit till SMER från professorerna Madeleine Leijonhufvud och Niels Lynöe.¹ Brevskrivarna uppmanar SMER att ta initiativ till att ”klarlägga strafflagstiftningen och vid behov få [till stånd] en ändring av denna så att läkare kan erbjuda sederingsterapi när patienten själv anser att det finns ett behov samt att läkare kan göra detta utan att riskera att bli åtala[de] för dråp eller mord.” De framlägger hypotesen att information rörande möjligheten till sådan sederingsterapi, skulle kunna minska suicidfrekvensen bland patienter som fått besked om en allvarlig cancerdiagnos.

Enligt uppdragsbeskrivningen ska utlåtandet syfta till att klargöra de rättsliga förutsättningarna för tillämpning av sederingsterapi i hälso- och sjukvården i Sverige samt redogöra för strafflagstiftningen i relation till a) sedering på patientens begäran och b) sederingsterapi mer än några dygn före förväntad död. Utlåtandet ska även innehålla en bedömning av brevskrivarnas önskemål.

2. Utgångspunkter

Uppdraget måste tolkas mot bakgrund av den komplexitet och de oklarheter som alltför präglat området för vård i livets slutskede, vad gäller såväl faktiska förhållanden som de rättsliga förutsättningarna för vissa insatser. SMER påtalade redan hösten 2008 behovet av en utredning för att skingra den oklarhet som råder om de rättsliga betingelserna för beslut i olika livsslutssituationer, samt för att undersöka i vilken mån man kan öka patienters inflytande över beslut i livets slutskede, särskilt vad gäller just möjligheten att begära palliativ sedering.²

Någon utredning av det slag SMER efterfrågade har inte kommit till stånd. Sedan 2008 har visserligen förtydliganden gjorts avseende de rättsliga förutsättningarna för beslut i olika livsslutssituationer, främst genom tillkomsten av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling, men dessa reglerar inte specifikt frågan om palliativ sedering. Viss vägledning rörande användningen av palliativ sedering finns dock i flera dokument från 2010, däribland nya etiska riktlinjer från Svenska Läkaresällskapet, en rekommendation från Läkemedelsverket om smärtlindring i livets slutskede, samt ett s.k.

¹ Se brev daterat den 20 augusti 2012, SMER:s dnr 27/12.

² SMER:s skrivelse Avgöranden i livets slutskede, 2008-11-13, dnr 14/08.

meddelandeblad från Socialstyrelsen.³ Palliativ sedering berörs också kort i Socialstyrelsens handbok om livsuppehållande behandling, utgiven 2011.⁴ Inget av dessa dokument har någon formellt rättsligt bindande ställning, utan får anses ge uttryck för tolkningar av innehållet i gällande rätt och innebörden av begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet i det aktuella sammanhanget.⁵

3. Begreppet palliativ sedering

Som framhålls i Läkemedelsverkets rekommendationer finns ingen internationellt vedertagen definition av begreppet palliativ sedering och det rör sig inte heller om någon specifik evidensbaserad medicinsk behandling. Vanligen menas ”en behandling som medför vakenhetssänkning ges för att lindra patientens plågsamma symtom, i situationer när andra åtgärder visat sig ineffektiva.” Enligt Läkemedelsverkets uppfattning är frågan om i vilken utsträckning man ska använda palliativ sedering i livets slutskede ”i grunden en värderingsfråga, där diskussionen inom läkaretiken, juridiken och politiken måste fortgå innan klara riktlinjer kan ges.” Det betonas dock att ett beslut om ”kontinuerlig sedering kan enbart bli aktuellt om patienten bedöms vara i sent terminalt skede med kort tid kvar att leva – oftast timmar till dagar” samt att beslutet ska ”bygga på vetenskapen att andra möjligheter till symtomlindring är uttömda.”

I Svenska Läkaresällskapets etiska riktlinjer avses med palliativ sedering ”en medveten påverkan av vakenhetsgraden hos en patient i livets slutskede i syfte att uppnå lindring vid outhärdliga symtom.” Enligt etikdelegationens uppfattning förutsätter behandlingen att patientens förväntade överlevnad är mycket kort, vanligen högst en till två veckor. Det framhålls också att avsikten med palliativ sedering varken är att förkorta eller att förlänga dödsprocessen.

Socialstyrelsen använder i sitt meddelandeblad från 2010 samma definition som Svenska Läkaresällskapet. Beträffande kontinuerlig palliativ sedering sägs att sådan normalt ges endast när symtomen bedöms föreligga permanent, samt att en ”kontinuerlig palliativ sedering kan behöva ges under längre eller kortare tid beroende på patientens önskemål, tillstånd och behov av symtomlindring.” Sammanfattningsvis framhåller Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården i samråd med patienten och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska ”välja de palliativa insatser som motsvarar sakkunnig och omsorgsfull vård”, samt att det inte finns några legala hinder mot att välja kontinuerlig sedering som behandlingsform om det är nödvändigt för att lindra patientens symtom och behandlingen uppfyller kraven på god vård. I Socialstyrelsens handbok från 2011 används liknande formuleringar. Där definieras palliativ sedering som att ”en patient i livets slutskede får intermittent eller kontinuerlig tillförsel av lugnande och ångestdämpande läkemedel i den dos som är tillräcklig för att framkalla sådan sänkning av medvetandegraden att patienten inte längre uppfattar svåra symtom”.

³ Svenska Läkaresällskapets etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede, antagna av Delegationen för medicinsk etik den 24 augusti 2010; Smärtlindring i livets slutskede, Läkemedelsverket informerar 2010:6, s. 22-24; samt Socialstyrelsens meddelandeblad nr 10/2010, Tydliggörande om palliativ sedering.

⁴ Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal, Socialstyrelsen 2011, s. 42-43.

⁵ Detta hindrar naturligtvis inte att denna typ av s.k. *soft law* skulle tillmätas betydelse vid en rättslig prövning av ett enskilt fall, se t.ex. Rynning, Juridiken som rättesnöre. I: Professionell utveckling inom läkaryrket (red. Andersson m.fl.), Liber 2012, s. 271-302, särsk. s. 276-278.

Det kan noteras att ingen av de ovanstående riktlinjerna särskilt berör det förhållandet att beslut om kontinuerlig palliativ sedering som regel medför att eventuell vätske- och näringstillförsel sätts ut, eftersom sådan sällan anses medicinskt meningsfull i det läget och även uppges kunna försvåra patientens symtom.⁶ Just kombinationen av kontinuerlig palliativ sedering med avstående från vätske- och näringstillförsel torde emellertid bidra till den rättsliga problematiken i en situation där döden inte är mycket nära förestående, eftersom den kombinerade behandlingen då uppenbarligen medför att patientens liv förkortas. Innan jag går vidare med denna fråga bör dock något sägas om de allmänna förutsättningarna för olika riskfyllda behandlingar inom hälso- och sjukvården.

4. Rättsliga förutsättningar för risktagande i hälso- och sjukvården

Vård och behandling i livets slutskede omfattas av samma grundläggande kvalitetskrav som hälso- och sjukvården i övrigt, se särskilt 2–4 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt 6 kap. 1, 6 och 7 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Det innebär bland annat att patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns, samt att vården så långt möjligt ska planeras och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas om tanke och respekt. Hon kan i princip alltid tacka nej till erbjudna insatser och ska i vissa situationer ges möjlighet att välja mellan tillgängliga behandlingsalternativ, men har inte någon generell rätt att kräva viss behandling. Av grundläggande betydelse är också att den vård patienten ges måste vara sakkunnig och omsorgsfull, samt förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Kravet på förenlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet är alltså en kvalitetsstandard som syftar till att den patient som vänder sig till hälso- och sjukvården ska kunna förvänta sig att de behandlingsmetoder som används är vetenskapligt underbyggda och även har visat sig fungera i praktiken. När ledande företrädare för den medicinska vetenskapen tar ställning till vilka metoder som kan anses uppfylla kraven beaktas både nytta och risker, innebärande att en behandling som anses försvarlig att använda i en viss situation inte behöver vara det i en annan. Det kan också finnas behandlingar som över huvud taget inte får användas, därför att den påvisade effekten är obefintlig eller för låg, eller därför att behandlingen är förenad med oacceptabla risker. Ytterst kan frågan om en viss behandlingsinsats motsvarat kravet på förenlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet komma att avgöras av domstol.

Bilden kompliceras dock av att en medicinsk behandling som i princip är vedertagen, i vissa situationer kan anses meningslös på grund av den enskilda patientens tillstånd. Det råder relativt god enighet om att meningslös behandling inte ska sättas in eller fortgå, av såväl humanitära skäl som prioriteringsskäl.⁷ Dessvärre föreligger inte någon motsvarande enighet om vilka närmare kriterier som ska vara uppfyllda för att en behandling faktiskt ska anses meningslös.

I Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd från 2011 används inte begreppet ”meningslös behandling”. Kapitel 3 i föreskrifterna har rubriken ”När det inte är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling”, men av den handbok som kompletterar föreskrifterna framgår att vad som avses är just det som brukar

⁶ Se SMER:s skrivelse Avgöranden i livets slutskede, 2008-11-13, dnr 14/08.

⁷ Se t.ex. handboken Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling, s. 32, samt Rynning, Rätt till liv och rätt att dö. I: Liv och död – Livsuppehållande behandling från början till slut, Karolinska Institutet University Press 2009, s. 86-123, särskilt s. 105-110 samt där angivna källor.

kallas medicinskt meningslös behandling. I föreskrifterna återges kraven i 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, varefter regleringen behandlar den beslutsprocess som ska föregå ett ställningstagande att inte inleda eller inte fortsätta livsuppehållande behandling. Några materiella kriterier eller grundprinciper anges således inte. I handboken sägs dock bland annat följande.⁸

”När en patient är döende och det inte längre finns botande behandling att erbjuda kan det bli nödvändigt att överväga om det är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att ge livsuppehållande behandling. Den nytta behandlingen gör får vägas mot eventuell skada för patienten. Det kan röra sig om att behandlingen saknar förutsättningar att ge en medicinsk effekt och medför obehag, smärta och komplikationer som innebär ett lidande för patienten i stället för bot och hjälp. Det är självklart att undvika eller avbryta de åtgärder som gör mer skada än nytta för patienten. Hälso- och sjukvårdens resurser ska inte användas för behandlingar som inte motsvarar god vård, saknar medicinsk effekt och kan betraktas som utsiktslösa.”

5. Hälso- och sjukvårdslagstiftningens förhållande till straffrätten

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen innehåller mycket få egna straffbestämmelser, men otillåtna handlingar i samband med yrkesutövningen kan ibland medföra att personalen drabbas av straffrättsligt ansvar enligt *allmänna* bestämmelser i brottsbalken, rörande exempelvis brott som vållande till kroppsskada, vållande till annans död eller dråp.⁹ Detta tillhör dock ovanligheterna, eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen i stor utsträckning faktiskt tillåts utföra handlingar som skulle vara straffbara i andra sammanhang. Det är i princip bara inom hälso- och sjukvården som det är tillåtet att exempelvis utföra kirurgiska ingrepp i människokroppen, att injicera kemiska substanser med allvarliga biverkningar och utsätta människor för andra riskfyllda behandlingar, eller att söva ner dem.

I straffrättslitteraturen anses ibland detta utvidgade handlingsutrymme för hälso- och sjukvårdspersonalen grundas på *allmänna rättsgrundsatser* om bland annat s.k. social adekvans, kompletterade av den medicinska etikens normer.¹⁰ I takt med att hälso- och sjukvårdspersonalens och vårdgivarnas skyldigheter blivit allt tydligare reglerade i lag, torde det idag vara ett rimligare synsätt att det främst är hälso- och sjukvårdslagstiftningen som anger gränserna för tillåtet handlande i vården. I avsaknad av särskilda bestämmelser för akuta situationer m.m. finns dock fortfarande visst behov av att tillämpa allmänna bestämmelser om exempelvis ansvarsfrihet för handlande i nöd.

De mest grundläggande förutsättningarna för att hälso- och sjukvårdspersonalen ska kunna åberopa detta utvidgade handlingsutrymme kan sägas vara vårdsyftet, risk–nytta-avvägningen och det frivilliga samtycket.¹¹ Alla dessa förutsättningar framgår på olika sätt av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I 1 § hälso- och sjukvårdslagen anges det socialt accepterade vårdsyftet, dvs. att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga,

⁸ Socialstyrelsens handbok, s. 32.

⁹ Se 3 kap. 1, 2, 7 och 8 §§ brottsbalken.

¹⁰ Se t.ex. kommentar till 24 kap. brottsbalken i Berggren m.fl., *Brottsbalken – En kommentar*, Norstedts Juridik (elektronisk version, Zetee). Principen om ansvarsfrihet vid *social adekvans* innebär att ett handlande eller risktagande som anses socialt godtagbart, dvs. socialadekvat, inte ska medföra rättsligt ansvar. Denna oskrivna undantagsregel gör det möjligt att fria från ansvar i vissa fall där ett straffrättsligt ingripande skulle framstå som orimligt och inte heller avsett av lagstiftaren.

¹¹ Se Rynning, *Juridiken som rättesnöre*, s. 275.

utreda och behandla sjukdomar och skador. Risk–nytta-avvägningen kommer till uttryck bland annat genom kravet på sakkunnig vård, förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet, se 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Samtyckeskravet, slutligen, som ska garantera skyddet för människors rätt att bestämma över sig själva, kan utläsas ur bestämmelserna om information, samråd och respekt, se 2 a och 2 b §§ hälso- och sjukvårdslagen samt 6 kap. 1 och 6 §§. Utgångspunkten för vården är i princip att alla tre kraven ska vara uppfyllda. För åtgärder där någon av dessa förutsättningar saknas, eller där förhållandena av andra skäl motiverar särskilda skyddsregler, finns som regel specialbestämmelser. Det gäller exempelvis vid tvångsvård, abort, sterilisering, organdonation och vid åtgärder i forskningssyfte.

Med hälso- och sjukvårdspersonalens utökade handlingsutrymme följer emellertid också ett särskilt ansvar för patienternas välbefinnande. I juridiskt språkbruk förekommer beteckningen *garantställning* när någon har ett särskilt ansvar av detta slag. Personer i garantställning har mera långtgående skyldigheter att ingripa för att exempelvis förhindra uppkomsten av en skada och kan därmed i större utsträckning göra sig skyldiga till brott genom *underlåtenhet* att handla, i en situation där det skulle vara tillåtet för andra att förhålla sig passiva (jfr exempelvis en daghemsföreståndares ansvar för de barn som vistas på daghemmet).¹² Med avseende på livräddande eller livsuppehållande insatser yttrar sig hälso- och sjukvårdspersonalens garantställning på så sätt att det har mindre betydelse om ett visst resultat uppnås genom aktivt handlande eller underlåtenhet att handla. Det viktiga är i stället *vilket* handlande eller avstående från att handla som i den aktuella situationen är förenligt med hälso- och sjukvårdspersonalens lagstadgade åligganden.

I det sammanhang som nu diskuteras, dvs. palliativ sedering på patientens begäran, får det alltså stor betydelse om behandlingen kan anses ske i vårdsyfte, samt om den uppfyller kravet på förenlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

6. Straffrättsliga aspekter på palliativ sedering

Syftet med behandlingen – detta fall kombinationen av kontinuerlig sedering med utsättande av vätske- och näringstillförsel – har alltså en särskild betydelse från straffrättsliga utgångspunkter. Avsiktligt förkortande av en människas liv är straffbart som mord eller dråp enligt 3 kap. 1 och 2 §§ brottbalken. Förekomsten av samtycke och/eller barmhärtighetsmotiv medför inte att handlandet eller underlåtenheten är tillåtet.¹³

Eftersom mord och dråp är uppsåtsbrott måste den ansvarige i någon bemärkelse ha varit medveten om att effekten skulle bli just ett förkortande av patientens liv. Inom straffrätten talar man om olika typer av uppsåt.¹⁴ Förutom *direkt uppsåt* – där det är just den otillåtna effekten som eftersträvas – finns även *indirekt uppsåt* (insiktsuppsåt) och s.k. *likgiltighetsuppsåt*. Vid indirekt uppsåt inser gärningsmannen eller är övertygad om att en viss effekt *kommer* att inträffa, även om det inte är vad han eller hon eftersträvar. Vid likgiltighetsuppsåt har gärningsmannen insett *riskan* för den otillåtna effekten och varit likgiltig till förverkligandet av denna effekt.

Vid barmhärtighetsdråp föreligger alltså direkt uppsåt, eftersom döden är det avsedda resultatet, låt vara som medel för att avsluta ett mänskligt lidande. I en sådan situation kan en

¹² Se kommentar till 1 kap. 1 § brottbalken i Berggren m.fl., *Brottsbalken – En kommentar*.

¹³ Se kommentaren till nämnda brott.

¹⁴ Brottsbalkskommentaren avseende 3 kap 2 §.

läkare inte åberopa hälso- och sjukvårdspersonalens utvidgade handlingsfrihet. Avsiktligt dödande kan inte utgöra en behandlingsinsats som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. När man däremot talar om att s.k. dubbel effekt accepteras vid lindring av svåra symtom i livets slutskede, rör det sig om en situation som visserligen skulle kunna hänföras till likgiltighetsuppsåt, men där risktagandet kan vara tillåtet utifrån en risk-nytta-bedömning förankrad i vetenskap och beprövad erfarenhet. När döden bedöms vara nära förestående behöver risken för att nödvändiga insatser för en angelägen symtomlindring kan komma att förkorta livet ytterligare något, inte längre väga lika tungt. På motsvarande sätt anses en behandlingsinsats som endast kan *förlänga* en döende patients liv ytterligare något eller några dygn som regel inte medicinskt meningsfull.

Hur viktigt är det då för den rättsliga bedömningen att döden anses vara *nära* förestående? En sådan prognos rymmer alltid viss osäkerhet och någon mera preciserad tidsrymd finns inte angiven i rättsligt bindande föreskrifter eller praxis, vare sig när det gäller att bedöma tillfälligt livsförlängande insatser som meningslösa eller när det gäller tillåtligheten av kontinuerlig sedering. I vissa vägledande dokument nämns mycket korta tidsperioder, som ”timmar till dagar” respektive ”högst en eller två veckor”.¹⁵ Socialstyrelsens väljer däremot en mera flexibel formulering och anger att ”kontinuerlig palliativ sedering kan behöva ges under längre eller kortare tid beroende på patientens önskemål, tillstånd och behov av symtomlindring” samt att hälso- och sjukvården i samråd med patienten och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska ”välja de palliativa insatser som motsvarar sakkunnig och omsorgsfull vård”.¹⁶

Om kontinuerlig palliativ sedering i kombination med avstående från vätske- och näringstillförsel sätts in vid en tidpunkt där döden *inte* bedöms vara nära förestående, är det däremot uppenbart att denna behandling kommer att orsaka patientens död. Den behandlande läkaren kan därmed anses uppsåtligt beröva patienten livet. Det framstår samtidigt som sannolikt att den medicinska vetenskapen i en sådan situation bör kunna erbjuda andra symtomlindrande behandlingsmetoder, som inte orsakar patientens död. Ytterst kanske intermitterande palliativ sedering kan tillgripas, med fortsatt vätske- och näringstillförsel, för att möjliggöra senare bedömning av eventuella förändringar i patientens tillstånd och/eller inställning. Att i den situationen avsluta patientens liv torde inte kunna anses förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan också ifrågasättas hur en sådan åtgärd förhåller sig till hälso- och sjukvårdslagstiftningens grundläggande krav på *vårdsyfte*, dvs. att det ska röra sig om åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Brevskrivarnas frågeställning avser en situation där patienten kan avböja alternativa symtomlindrande behandlingar och välja att avsluta sitt liv med hjälp av kontinuerlig palliativ sedering utan vätske- och näringstillförsel. Patienten själv uppges ha de bästa förutsättningarna för att avgöra *när* lidandet är så outhärdligt att denna behandlingsinsats är motiverad. Frågan om hur nära förestående döden bedöms vara tillmäts därvid inte någon större betydelse. Det övergripande syftet är att vissa patienter ska våga leva längre och ”slippa” ta sitt liv i ett tidigare skede, kanske under otrygga och ovärdiga former. Frågan blir då hur stor vikt som kan tillmätas patientens önskemål i detta sammanhang.

¹⁵ Läkemedelsverkets respektive Svenska Läkaresällskapets riktlinjer, not 3 ovan.

¹⁶ Socialstyrelsens meddelandeblad nr 10/2010.

7. Särskilt om betydelsen av patientens önskemål

Den enskilda människans rätt att bestämma över sig själv och sitt liv är en grundläggande mänsklig rättighet, med stöd såväl i Europakonventionen om de mänskliga rättigheter som i den svenska grundlagen och hälso- och sjukvårdslagstiftningen. En patient kan normalt välja att avstå från erbjuden vård och behandling och får inte utan särskilt lagstöd utsättas för tvång i vården. Detta framgår redan av 2 kap. 6 och 20-21 §§ regeringsformen. Samtidigt har patienten inte någon obegränsad rätt att själv välja vilken behandling som ska ges. Patientens egen upplevelse av olika symtom är tveklöst av mycket stor betydelse, men bedömningen av vilka insatser som kan vara medicinskt motiverade görs av den behandlande läkaren, eventuellt kompletterad av en s.k. förnyad medicinsk bedömning enligt 6 kap. 7 § andra stycket patientsäkerhetslagen.

Viss oklarhet föreligger dock i fråga om vilka alternativa åtgärder som kan genomföras om en patient vägrar att underkasta sig den behandling som rekommenderas med utgångspunkt från vetenskap och beprövad erfarenhet. I vilken utsträckning kan patienten exempelvis tacka nej till vissa delar av behandlingen, men ändå få tillgång till andra? En huvudregel måste vara att patienten inte ska nekas medicinskt motiverade behandlingsinsatser så länge riskerna med behandlingen inte överstiger risken med utebliven behandling, samt insatsen också är förenlig med gällande prioriteringsprinciper. En patient kan således normalt inte vägras en angelägen operation på grund av att hon eller han exempelvis motsätter sig blodtransfusion om en sådan skulle behövas. Samtidigt skulle det leda till märkliga situationer om en patient enbart genom att avböja alla alternativa behandlingsinsatser skulle kunna tilltvinga sig en orimligt riskfylld eller kostsam åtgärd, med hänvisning till sin rätt att tacka nej och vårdens skyldighet att erbjuda god vård.

I en akut situation kan patientens vägran att underkasta sig vissa angelägna åtgärder medföra att den allmänna bestämmelsen i 24 kap. 4 § brottsbalken, om ansvarsfrihet vid handlande i nöd, blir tillämplig. Nödsituationen kan exempelvis medföra att det anses försvarligt att genomföra en angelägen behandling mot patientens vilja, då hon eller han inte bedöms vara beslutskompetent, eller att behandlingen får genomföras på ett sätt som normalt inte skulle vara förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet. För ansvarsfrihet med stöd av nödregeln krävs dock att det verkliga rör sig om en nödsituation, dvs. typiskt sett en oförutsedd och akut situation där fara hotar liv och hälsa, egendom eller något annat viktigt intresse som skyddas av rättsordningen, samt där tillåtna handlingsalternativ inte är tillgängliga eller tillräckliga. Vidare krävs att en avvägning mellan de intressen som står på spel utmynnar i att handlandet inte anses oförsvarligt. Hänsyn ska då tas till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt.

Enligt gällande rätt torde det inte vara möjligt att åberopa vare sig nödregeln eller patientens samtycke till stöd för ansvarsfrihet för en behandlingsinsats som medför att patienten berövas livet. Det framgår av uttalandena rörande barmhärtighetsdråp i kommentarerna till 3 kap. 1 och 2 §§, samt 24 kap. 4 och 7 §§ brottsbalken.¹⁷ Inte heller torde läkaren kunna gå fri från ansvar under åberopande av oskrivna regler om social adekvans.

¹⁷ Berggren m.fl., Brottsbalken – En kommentar. Se även Socialstyrelsens handbok s.16: "Vården får inte sätta in åtgärder som syftar till att patienten ska avlida, även om patienten uttrycker en önskan om det. Det är inte tillåtet för hälso- och sjukvårdspersonal att ge behandling med syftet att avsluta patientens liv. Det följer av förbudet att döda, som är straffbelagt i bestämmelserna om mord och dråp. Det är inte heller tillåtet för hälso- och sjukvårdspersonalen att hjälpa en patient att begå självmord. Om en sådan gärning bedöms som medhjälp till självmord är den inte straffbar, men den är inte förenlig med hälso- och sjukvårdens uppgift att lindra och bota

Av Europadomstolens praxis framgår att rätten till skydd för privatlivet enligt Europakonventionen artikel 8 inte innefattar någon *rätt* att få avsluta sig liv genom handlande av en annan person, även om man befinner sig i ett tillstånd av outhärdligt lidande.¹⁸ Inte heller utgör det en mänsklig rättighet att få tillgång till läkemedel för att själv kunna ta sitt liv.¹⁹ Domstolen har därvid beaktat att staterna också måste garantera envars rätt till skydd för livet, enligt konventionens artikel 2. Enligt domstolens uppfattning ska utsatta gruppers skyddsbehov och risken för missbruk inte underskattas. Majoriteten av Europarådets medlemsstater tycks också lägga större vikt vid skyddet för enskilda människors liv än vid deras rätt att avsluta det. Den enskilda staten har dock ett betydande utrymme för att i nationell lagstiftning göra en egen avvägning mellan de olika berörda intressena, under förutsättning att gällande rätt är tydlig och förutsebar. Det måste också ställas höga krav på de mekanismer som ska finnas på plats för att garantera utsatta grupper ett tillfredsställande skydd.

8. *Sammanfattande bedömning av brevskrivarnas önskemål*

Brevskrivarna tänker sig att man genom ”ett förtydligande av strafflagstiftningens undantag i nödsituationer gällande sjukvården” skulle kunna testa hypotesen att en mer generös tillämpning av sederingsterapi skulle leda till att färre patienter själva tar sitt liv i ett tidigare skede. Det kan inte uteslutas att en sådan effekt skulle kunna uppnås genom de föreslagna åtgärderna. Det måste mera allmänt antas att god tillgång till högkvalitativ palliativ vård är av mycket stor betydelse för att människor ska kunna känna trygghet inför livets slutskede. Detta är alltså ett område där höga krav bör ställas på hälso- och sjukvården.²⁰ I vilken utsträckning enskilda människors önskan om en trygg och värdig död också skulle kunna motivera en mer liberal reglering av åtgärder som kontinuerlig palliativ sedering, läkarassisterat suicid eller eutanasi är emellertid en komplex fråga, som inte kan besvaras utan noggranna överväganden ur ett bredare samhällsperspektiv.

SMER har redan tidigare förordat en utredning avseende dessa frågor. Tillåtande av kontinuerlig palliativ sedering i kombination med avstående från närings- och vätsketillförsel, i situationer där döden inte bedöms vara nära förestående, torde under alla omständigheter fordra någon form av lagändring. Med beaktande av de krav som bör ställas på tydlighet och förutsebarhet i regleringen av denna typ av frågor, samt behovet av ett tillfredsställande skydd för utsatta grupper, framstår en utvidgning av brottsbalkens allmänna nödregel därvid inte som ett lämpligt alternativ.



Elisabeth Rynning

sjukdomar och skador i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § PSL, 22 § läkemedelslagen, 6 § lagen om kontroll av narkotika).”

¹⁸ Europadomstolens dom 2002-07-29 i målet *Pretty mot Storbritannien*, nr 2346/02.

¹⁹ Europadomstolens dom 2011-01-20 i målet *Haas mot Schweiz*, nr 31322/07.

²⁰ Se Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård – vägledning, nationella riktlinjer och indikatorer, Socialstyrelsen 2013.