

## Kapitel 15

# Är det möjligt att skapa en entydig, rättvis och säker dödshjälpslag?

*Morten A. Horn*

Oslo universitetssykehus

**Abstract:** The public debate about assisted dying follows several tracks. The most important political question is whether euthanasia should be legalised, and if so how it should be delimited, regulated and controlled. Is it even possible to create a law that delineates when assisted dying should be allowed and when it should be prohibited, in a clear, fair and safe way? This chapter proposes criteria that can be used to design an assisted dying law, and discusses how existing laws can be evaluated based on the criteria. Particular emphasis is placed on the recent Canadian assisted dying legislation, which, in the author's view, has failed in all three areas.

**Keywords:** assisted dying, Canada, justice, legislation, safety

*Översättning från norska: Fabian Stähle*

I den norska debatten kan man höra att dödshjälp "naturligtvis" borde vara laglig, för det handlar om individens liv, individens frihet - det är som om utgångspunkten är att dödshjälp borde ha varit tillåtet sedan länge. Detta kan naturligtvis vara fallet i en tänkt rättsstat. Men så är det inte i de nordiska länderna.

Den frågan vi ställs inför är om dödshjälp ska bli tillåtet, och hur en lag ska dra gränsen mellan laglig och olaglig dödshjälp. Jag kommer inledningsvis att diskutera varför en sådan avgränsning måste vara explicit. I huvuddelen av kapitlet argumenterar jag för att avgränsningen måste vara entydig, rättvis och säker. Slutligen kommer jag att utvärdera hur den nyutvecklade kanadensiska dödshjälpmodellen uppfyller de egenskaper som jag anser att en dödshjälpslag borde ha. Jag beskriver också kort hur dödshjälpslagarna i Benelux-länderna, Oregon och Schweiz kan bedömas gentemot dessa kriterier.<sup>1</sup>

### 1 Varför måste en dödshjälpslag vara explicit?

Detta kapitel är baserat på den nuvarande situationen i Norge, där dödshjälp uttryckligen är förbjuden (se kapitel 3). Strafflagens § 276 förbjuder eutanasi, § 277 förbjuder hjälp till självmord och § 278 förbjuder barmhärtighetsdråp. Dessutom ålägger strafflagens §§ 287–288 alla medborgare en skyldighet att hjälpa människor i akut dödsfara, och inrättar ett förbud mot att lämna en person i ett hjälplöst tillstånd. Om dödshjälp skulle tillåtas i Norge, skulle det krävas en ändring av dessa paragrafer i strafflagen eller en separat paragraf som tillåter undantag från lagen på dessa områden. En öppning för dödshjälp kan också strida mot lagar som reglerar vårdpersonalens skyldigheter, till exempel "hjälpplikten" i den norska vårdpersonallagens § 7.

I andra länder, såsom Sverige, där assistans till självmord inte uttryckligen är förbjudet enligt lag (se kapitel 3), kan det kanske vara möjligt att införa varianter av dödshjälp utan att ändra strafflagen.

---

Denna artikel är en översättning av: Horn, M. A. (2020). Er det mulig å lage en entydig, rettferdig og forsvarlig dødshjelpslov? I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (red.), *Dødshjelp i Norden? Etik, klinik og politikk* (kapittel 15, s. 291–309). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch15>.  
Licens: CC BY 4.0.

<sup>1</sup> Kapitlet är en avsevärt omarbetad version av en text som publicerades i Aslak Syses festivalpublikation (Horn, 2016), med utgivarens tillstånd.

Man skulle kunna införa det som ett medicinskt grundat erbjudande. Men detta skulle inte ge vad många har efterfrågat: en väl avgränsad och väl reglerad dödshjälppraxis under offentlig kontroll med robusta urvals- och kontrollmekanismer.

Det kan verka självklart att dödshjälp – och särskilt eutanasi, där en person bokstavligen tar livet av en annan person, på hans eller hennes begäran och samtycke – måste förankras i lag. Det finns dock exempel där dödshjälp har omdefinierats från att vara ett dråp, reglerat av strafflagen, till att bli en form av medicinsk behandling vid livets slut. Den kanadensiska provinsen Quebec öppnade 2015 för dödshjälp, men då som en del av provinsens hälsolagstiftning, utan att den federala strafflagen ändrades. Detta ledde till en rättslig tvist (Peritz, 2015) som blev överspelad året därpå när Kanada legaliserade dödshjälp på federal nivå (se nedan).

Upprepade undersökningar (se bland annat Magelssen, Supphellen, Nortvedt & Materstvedt, 2016) visar att en klar majoritet av norrmän är positiva till att legalisera dödshjälp. Samma åsikt ses i de andra nordiska länderna (se kapitel 3). Även om själva undersökningarna kan diskuteras, råder det ringa tvekan om att de breda folklagren vill att dödshjälp ska tillåtas. Samtidigt förutsätts det oftast i den offentliga debatten att dödshjälp ska äga rum under strikt kontroll, att den endast ska ges till utvalda patientgrupper och att ingen ska dödas mot sin vilja. Många är angelägna att det inte får bli någon utglidning.

Om vi ska följa folkets vilja och legalisera dödshjälp, är det då möjligt att instifta en dödshjälplag som uppfyller dessa villkor? Vad säger erfarenheterna från länder som har infört dödshjälp? Kan dödshjälp överhuvudtaget legaliseras – på ett entydigt, rättvist och säkert sätt?

## 2 Avgränsning av dödshjälp

### 2.1 Behovet av en entydig avgränsning

En dödshjälpslag måste ge en entydig avgränsning av i vilka situationer, för vilka personer, med vilkas hjälp och genom vilka procedurer dödshjälp bör tillåtas. Entydighet är viktigt för alla inblandade parter: myndigheter, utövarna, dem som vill ha hjälp att dö och de som lämnas kvar.

Myndigheterna måste åtala fall av olagliga dråp eller olaglig självmordsassistans. Samtidigt måste syftet med en dödshjälpslag vara att legitim dödshjälp inte straffas eller omotiverat hindras eller stigmatiseras (syftet är att ge svårt lidande människor ett skonsamt och värdigt slut på livet). Lagen måste därför vara ett praktiskt användbart verktyg som tydligt skiljer mellan när det har inträffat en brottslig handling, och när legitim dödshjälp har ägt rum. Lagen måste vara så robust och väldefinierad att den tål prövning i rättsväsendet, så att överträdelser faktiskt kan dömas. Om lagen är för vag, kommer myndigheterna inte att ha en klar grund för att döma gärningsmän, eller ens fastställa vad som *är* en lagöverträdelse.

De som utför dödshjälp – vanligtvis läkarna – har också behov av en entydig avgränsning av när dödshjälp är berättigad. Dels för att kunna erbjuda dödshjälp till rätt patientgrupp, eftersom det inte är medicinskt självklart vilka patienter som bör kunna få dödshjälp; dels för läkarnas skull: Beslutet om att ta en människas liv kan väga tungt på läkarens axlar (van Marwijk, Haverkate, av Royen & The, 2007; Kelly, Handley, Kissane, Vamos & Attia, 2019). Ju mer diffus lagstiftaren är, och ju mer som överlämnas åt läkarens bedömning, desto tyngre kan beslutet upplevas. Läkaren behöver också veta – innan handlingen – hur myndigheterna kommer att reagera. Detta är nödvändigt för läkarens rättssäkerhet, men också för att uppnå fullgod rapportering: Läkare kan komma att avstå från att rapportera dödshjälpshandlingar om de är osäkra på huruvida de kan straffas för det. Inte minst är det avgörande för att säkerställa att även patienter som befinner sig i gråzonen, men likväl är bland dem som "bör" få hjälp att ta sina liv, får denna möjligheten: En vag lag kan leda till att läkare blir osäkra och alltför försiktiga (Hasham, 2017).

De personer som vill ha dödshjälp, vanligtvis patienter, är också beroende av att en lag tydligt definierar vem som ska få hjälp att dö, och vem som ska få avslag. De förstnämnda måste vara säkra på att det verkligen är korrekt att deras liv ska avslutas. De senare måste leva vidare i ett liv präglad av (i deras egna ögon) oacceptabelt, outhärdligt lidande, och alternativt begå självmord på egen hand med mera brutala metoder. Patienter kommer att kunna träffa läkare med olika grundläggande uppfattningar om dödshjälp och olika åsikter om enskilda fall. Är doktors "nej" bara ett uttryck för denne enskilde läkares uppfattning, eller är det patienten själv som inte uppfyller kriterierna? Kommer det att vara till någon hjälp att leta vidare efter en mer sympatiskt inställd läkare? Även de efterlevande efter dödshjälp måste kunna veta, och förstå, huruvida det som inträffade var i linje med lagens krav (Roest, Trappenburg & Leget, 2019). Detta kommer att vara särskilt viktigt om de efterlevande är inbördes oeniga om att dödshjälp var det rätta valet.

## 2.2 Behovet av rättvisa

För många är det självklart att en lag uppfattas som rättvis. I dödshjälps-debatten har jag dock stött på uppfattningar om det motsatta. Vissa debattörer påpekar att många lagar involverar en avgränsning som några kan uppfatta som orättvis (som exempel, se Moen & Sterri, 2019, s. 99–101). Ett enkelt exempel är 18-årsgränsen för körkort: Vad är rättvisan i att en omogen 18-åring får köra bil, medan en mogen och skicklig 17½-åring inte får? Varför får man själv bestämma om abort till slutet av vecka 12, medan man senare i graviditeten måste få ett godkännande av en nämnd? Detta är goda invändningar – samtidigt som de realiteten understryker poängen med att en lag bör vara rättvis, eller att en orättvisa i lagen måste ha ett begripligt berättigande.

Ett stort problem med godtyckliga begränsningar av hälsoförmåner uppstår om de inte följer någon form av "historisk", "naturlig" eller "biologisk" linje. Det är lättare att få acceptans för godtyckliga skiljelinjer om dessa följer ett slags resonemang, en naturlig avgränsning eller en etablerad och allmänt accepterad gränsdragning.

Det är möjligt att anta en orättvis lag – till exempel en lag som beviljar dödshjälp endast för patienter med cancerdiagnos, eller då en person har uppnått pensionsåldern (se kapitel 12). Men en orättvis lag kommer, redan från då den antas, vara instabil. Den kommer snabbt att kunna utmanas av personer som faller utanför lagens kriterier och som ifrågasätter de avgränsningar som lagstiftaren har antagit. Ju mer godtycklig avgränsningen är, desto mindre förståelig uppfattas den, och desto svagare kommer lagen att vara. Påtryckningarna för en utvidgning av lagen kommer kunna bli stark – med ett kraftigt och ensidigt medietryck (Staff-Poulsen, 2019). Alternativt kommer en upplevd orättvisa i lagen leda till att dess strikta krav inte följs i praktiken: Läkare och andra aktörer kommer att kunna tolka lagen efter eget huvud, så att en avvikelse uppstår mellan lagstiftning och praxis.

## 2.3 Behovet av säkerhet

Säkerhet har två aspekter som är relevanta för en dödshjälpslag. Den ena handlar om individen – i vilken utsträckning lagen skyddar patienten, läkaren och andra direkt involverade i dödshjälpshandlingen. Den andra handlar om konsekvenserna av legalisering på samhälls nivå, där det kan finnas en risk för en "sluttande plan-effekt".

En del av poängen med att legalisera dödshjälp kan vara att föra in en illegal praxis under ordnade former (Ofstad, 2009). Tydligare kriterier och bättre kontroll föreslås då för att motverka missbruk och övergrepp. Men i så fall måste en dödshjälpslag självklart innehålla robusta kriterier och kontrollsystem, för att säkerställa att patienter inte utsätts för påtryckningar att ta sitt liv, eller att oseriösa läkare missbrukar den rätt att ta liv som lagen ger dem. Säkerheten är avgörande för den som ska få dödshjälp, för de närstående, för den som utför dödshjälp, och för det samhälle som ska kontrollera verksamheten.

### 2.3.1 Kontrollsystem

En dödshjälpslag måste baseras på ett granskningssystem. Den ena ytterligheten är att föra alla sådana fall inför rätten, där domarna antingen kan frikänna eller utfärda ett milt straff beroende på om dödshjälpsbehandlingen är utförd i enlighet med lagens krav. Den andra är att man nöjer sig med att kräva att handlingen journalförs i linje med annan medicinsk behandling och granskas om någon upptäcker missförhållanden.

Överordnat är om en granskning sker i förväg eller i efterskott. Det vanliga i länder som har legaliserat dödshjälp, är att granskningen utförs efter handlingen. Det är dock problematiskt att beteckna en sådan lösning som "säker". Patienten kommer att vara tagen av daga och lagen förmådde inte att förhindra det. Det viktigaste vittnet – patienten själv – kommer att vara död och kan inte bidra med information. En "livstestamente" ("advance directive") kan kompensera för detta, men ger ingen möjlighet till kontrollfrågor eller kompletterande undersökningar. Ett "säkert" granskningssystem bör principiellt sett verka före dödshjälpen. Detta skulle också vara bäst för läkarens rättssäkerhet, som annars kan riskera att begå en kriminell handling "i god tro" och sedan bli funnen skyldig till lagbrott och straffas.

### 2.3.2 Samhällspåverkan

I vissa länder där dödshjälp diskuteras, är de som företräder föreningar för funktionshindrade (se t.ex. Campbell, 2019) bekymrade att sådana personer som de kommer att uppleva att *rätten att dö* blir en *skyldighet att välja döden* (se Warnock, 2008, för en diskussion om huruvida det kan finnas en moralisk skyldighet att dö). Att fortsätta att leva, med vetskap om att man utgör en börda för sin omgivning, kan bli ett val man måste göra och vara ansvarig för – i en situation där staten har öppnat för och underlättat för att man ska kunna avlägsna bördan och sig själv genom laglig dödshjälp (se även kapitel 5).

Idag framstår förmodligen detta som en otänkbar problemställning. Frågan är hur det kommer att manifesteras sig i ett samhälle där dödshjälp är institutionaliserad och normaliserad (Ross, 2015; Aviv, 2015). Ju vanligare det blir att till exempel äldre människor väljer att ta sitt liv, desto starkare blir kontrasten till dem som avstår från detta val: De som tackar nej till ett slut på livet som skulle skona deras släktingar och dessutom frigöra knappa hälsoresurser till mera värdigt behövande (se Vigeland, 2009). En dödshjälpslag som ska vara säker, måste hantera denna möjlighet att människor kan känna sig pressade att ta sitt liv eftersom de är en börda för andra.

Legalisering av dödshjälp kan få stora konsekvenser för läkare-patientförhållandet och läkarens roll (se kapitel 9). På samhällsnivå kommer utmaningen i synnerhet att vara att hitta en balans mellan beaktandet av två grupper med motstridiga intressen: Patienter som vill ha hjälp att dö, där de bor och när de önskar det, och läkare som inte vill använda sin läkargärning för sådant arbete.

### 2.3.3 Sluttande planet och värdeglidning

Legalisering av dödshjälp kan få sociala konsekvenser, särskilt i form av det som kallas "sluttande planet-effekten". Det sluttande planet-argumentet kan förlöjligas i den offentliga debatten, det kan framställas som att man tror att allt kommer att gå nedåt: Om vi legaliserar dödshjälp till terminalt sjuka cancerpatienter idag, kommer vi imorgon att ta livet av patienter med demens för att spara pengar. Enligt min mening är detta en förvrängning av argumentet. Kärnan i argumentet är att om vi (till exempel genom lagändringar) tillåter handlingar som idag uppfattas som marginellt acceptabla, kommer dessa handlingar i nästa steg uppfattas som normala. På så sätt kommer våra gemensamma värderingar i samhället förändras – utsätts för en glidning – och med tiden kan företeelser som är otänkbara idag, kunna framstå som en logisk konsekvens av samtidens värderingar.

Uttrycket "sluttande planet-effekten" ger en tydlig association till en utveckling där saker går utför,

till något negativt. Men en gradvis utvidgning av dödshjälp, till att inkludera allt större grupper kan också ses som något positiv. För vissa skulle en sådan process vara det rätta och befogade sättet att införa dödshjälp i ett samhälle: Börja med en begränsad målgrupp, och utöka sedan erbjudandet när vi får erfarenhet av och blir säkra på metoden. Därför är det krävande att diskutera offentligt om en lag kan ge en sluttande planet-effekt. Det beror på debattörens egen syn på dödshjälp om man tycker att en sådan utveckling är bra eller dålig.

Den norska filosofen Lars Johan Materstvedt har introducerat idén om att legalisering av dödshjälp kommer att leda till institutionalisering av dödshjälp, och att detta i sin tur kommer att leda till en normalisering av det som ursprungligen var en exceptionell praxis (Materstvedt, 1998). Min version av detta argument är att upphävandet av det lagliga förbudet mot dödshjälp kan ge upphov till en värdeglidning och att denna värdeglidning i nästa steg kommer att kunna försvaga vår motståndskraft mot ständigt nya lagutvidgningar – potentiellt långt utöver vad som var vår intention när lagen antogs.

Jag menar att en sådan värdeglidning är en möjlig risk som vi löper genom att legalisera dödshjälp för utvalda patientgrupper, och att en dödshjälpslag därför kan ha en inneboende svaghet: Även om vi försöker göra en smal lag som ska lösa några angelägna problem, till exempel fall av hopplöst lidande som beskrivits i media, kan lagändringen utlösa processer och krafter för expansion som vi inte nödvändigtvis kommer att kunna kontrollera.

Faktorer i en dödshjälpslag som kan främja eller motverka en sluttande planet-effekt, är, som nämnts i detta kapitel, entydig avgränsning, rättvisa och kontrollsystem. Om lagen är vagt avgränsad kommer det att vara möjligt att en betydande glidning uppstår i praktiken och därmed inrättandet av nya normer utan att lagen i sig själv behöver ändras. Om lagen etablerar dödshjälp som ett orättvist erbjudande för endast en smal patientgrupp, kommer detta medför ett expansionstryck. Om kontrollsystemen är undermåliga, kommer aktörerna att kunna utvidga sin praxis i takt med ständigt förändrade värderingar. En aspekt av säkerheten i en dödshjälpslag är lagens förmåga att motstå en sluttande planet-effekt.

### 3 Hur fungerar existerande dödshjälpsmodeller?

Jag har nu diskuterat tre bedömningskriterier för en god dödshjälpslag: Den måste ge en entydig avgränsning, den måste vara rättvis och den måste vara säker vid praktisk användning. Detta avsnitt gör en närmare undersökning om dödshjälpslagar i några utvalda länder uppfyller dessa kriterier.

De så kallade "Benelux"- och "Oregon"-modellerna för dödshjälp beskrivs i detalj i kapitel 13 och 14. Den schweiziska modellen för dödshjälp är mycket omtalad i media på grund av "dödshjälps-turismen" till Dignitas-, Exit och Lifecircle-kliniker. Men Schweiz är en olämplig modell för andra länder, eftersom landet inte har någon egen dödshjälpslag. Dödshjälp är i det närmaste "tillåtet" för en *förbipasserande*, eftersom osjälvisk hjälp till självmord är undantaget från straff. För en beskrivning av den rättsliga grunden för dödshjälp i Schweiz, se Mauron (2015).

#### 3.1 Erfarenheten från Kanada

##### 3.1.1 Legaliseringsprocessen

Den kanadensiska modellen är å andra sidan av stort intresse – inte minst för de nordiska länderna: Kanada har, i likhet med våra länder, fram till nyligen hållit fast vid ett dödshjälpsförbud. Kanada liknar också de nordiska länderna när det gäller samhällsmodell och geografiska utmaningar. Landets erfarenhet kan lära oss något om hur en politisk legaliseringsprocess kan ske, och vilka konsekvenser detta kan få för utformningen av en dödshjälpslag.

Kanadas legalisering av dödshjälp har en unik bakgrund, eftersom den utgår från frågan om mänskliga rättigheter: Det var inte politikerna utan landets högsta domstol, som 2015 (Carter-domen) avgjorde att dödshjälp i vissa former måste tillåtas. Högsta domstolen menade att ett totalt förbud mot dödshjälp kränker medborgarnas rättigheter enligt den kanadensiska stadgan. Detta i kontrast till situationen i Europa, där domstolen för mänskliga rättigheter i Strasbourg i Diane Pretty-domen slog fast att ett förbud mot dödshjälp inte strider mot mänskliga rättigheter. I pionjärlandet

Nederländerna var det inte heller patienträttigheter som motiverade domstolens acceptans av dödshjälp: Det var snarare ett erkännande av att läkaren stod inför två motstridiga skyldigheter – hänsynen till lagen och hänsynen till den lidande patienten – och att detta kunde åberopas som försvar för läkarens handlingar (se kapitel 13).

Den kanadensiska högsta domstolen gav lagstiftaren en kort tidsfrist för att utarbeta en lag som skulle tillåta dödshjälp för:

... a competent adult person who clearly consents to the termination of life

and has a grievous and irremediable medical condition, including an illness, disease or disability, that causes enduring suffering that is intolerable to the individual in the circumstances of his or her condition. (Supreme Court of Canada, 2015)

När det liberala partiet i Kanada fick en klar majoritet i parlamentet samma år, blev detta översatt till en lag som antogs i juni 2016 (Justice Laws Website, 2016). Lagen fastställer ett undantag från strafflagen förbud mot mord och medhjälp till självmord, förutsatt att personen som får dödshjälp är en beslutskompetent vuxen ( $\geq 18$  år) och har gett informerat samtycke till dödshjälp och uppfyller en uppsättning medicinska kriterier. Dessa återges i tabell 1 med författarens kommentarer avseende hur kriterierna uppfyller kravet på entydig avgränsning.

	Lagens krav	Kommentar
<b>Tillstånd</b>	Serious illness, disease or disability.	Ej avgränsat till somatiska tillstånd
<b>Obotlig</b>	Must be in an advanced state that cannot be reversed.	Inte närmare definierat, men det preciseras att man inte behöver vara i en terminal fas.
<b>Nivå av lidande och möjligheter till lindring</b>	Must experience unbearable physical or mental suffering (...) that cannot be relieved under conditions that patient considers acceptable.	Outhärdligt lidande enligt patientens uppfattning. Patienten avgör om han kommer att acceptera eller pröva lindrande åtgärder.
<b>Förväntad överlevnadstid</b>	Must be at a point where natural death has become reasonably foreseeable.	Innebörden av "rimligt förutsägbar död" är inte närmare definierad; det anges att man inte behöver ha en dödlig sjukdom.
<b>Metod</b>	Medical Aid in Dying (MAiD)	Omfattar både eutanasi och läkarassisterat självmord, i praktiken nästan bara eutanasi

**Tabell 1.** De medicinska kriterierna för eutanasi i den kanadensiska lagen från 2016, med författarens kommentarer.

### 3.1.2 Bristande entydighet

Det är värt att notera att lagen är oklar om vad som ligger i villkoret att döden är "reasonably foreseeable". Detta är avsiktligt: Lagen måste vara vag på denna punkt, för att ge läkare (och vad som i Kanada kallas "nurse practitioners"; motsvarande det som nu introduceras i Norge som "avancerad klinisk sjuksköterska" (AKS)) flexibilitet i utövandet av dödshjälpen (Government of Canada, 2016). Lagen utesluter inte dödshjälp på grundval av enbart psykisk sjukdom, så vitt kriteriet för "rimligt förutsägbar död" kan anses vara uppfyllt, men har hittills tolkats restriktivt inom detta område (detta kan nu utökas, se CBC Radio, 2020). Lagen kräver inte att det underliggande medicinska tillståndet i sig självt ska vara dödligt. Detta skulle i så fall ha varit underligt eftersom patienten som vann målet i högsta domstolen i Carter-domen led av en smärtsam men inte dödlig spinal stenos. Lagen tillåter inte dödshjälp för minderåriga (<18 år) eller för personer utan samtyckeskompetens. Men i samband med lagstiftningsprocessen förelade parlamentet regeringen

att utreda en utvidgning av lagen till att omfatta "competent minors" och dödshjälp på grundval av förhandsdirektiv ("advance directives") såväl som till patienter med enbart psykiatriska skäl för sin dödshjälpsbegäran. The Council of Canadian Academies levererade under 2018 tre rapporter om dödshjälp för dessa tre grupper (Council of Canadian Academies, 2018). Rapporten avslöjade framförallt avvikande uppfattningar och bristande evidensunderlag, och gav ingen tydlig anvisning för ytterligare lagändring.

### 3.1.3 Lagen i praktiken

Under de år som har gått sedan dödshjälp legaliserades i Kanada har antalet fall ökat snabbt, i sådan grad att det har förväntat föregångsmannen, Quebecs hälsovårdsminister Gaétan Barette (Plante, 2016). Fram till april 2019 har det varit minst 6700 dödsfall i Kanada. Detta uppgår till över 1% av alla dödsfall, men siffrorna är osäkra och kontroversiella (Schadenberg, 2019).<sup>2</sup>

Det har varit flera rättsfall där patienter har ifrågasatt den restriktiva tolkningen av begreppet "rimligt förutsägbar död". I en banbrytande dom i provinsen Alberta beslutade domstolen att en 77-årig kvinna med artros var behörig för dödshjälp. Flera läkare hade vägrat att ge henne dödshjälp på grund av att de var osäkra om huruvida hennes död var "rimligt förutsägbar" (Hasham, 2017). Fortfarande pågår det ärenden i rättsväsendet för att klargöra vad som kan tolkas in i begreppet. Kontroversen härrör från det faktum att högsta domstolen i Carter-domen inte hade som kriterium att patienten skulle vara döende. Det är därför frågan om inte 2016 års lag också bryter mot den kanadensiska stadgan.<sup>3</sup>

Hittills har inga straffrättsliga åtgärder inletts mot läkare som felaktigt har utfört dödshjälp. Men det är värt att notera att kanadensisk lag klargör att läkare och sjuksköterskor som bryter mot lagen, inte ska straffas, om de handlar i god tro. Därför är det oklart vad som krävs för att döma vårdpersonal som agerar i strid mot lagens krav.

Införandet av dödshjälp i Kanada har avslöjat problem med tillgänglighet av hälsovårdstjänster. Quebec's College of Physicians hävdade under 2018 att bristen på palliativ vård och vårdtjänster drev patienter till att istället be om dödshjälp (CBC News, 2018). Samtidigt finns det utmaningar med att ge tillgång till dödshjälp för patienter som så önskar. Den kanadensiska läkaren Ellen Wiebe har blivit känd som en dödshjälpsläkare och kontaktas av patienter som inte får hjälp av sin egen läkare (Jacobsen, 2018). Det har förekommit flera fall där sjukhus och vårdhem har vägrat läkare att utföra dödshjälp i sina lokaler, så att patienter har varit tvungna att flytta för att få hjälp att dö. Rätten att reservera sig från att tillhandahålla dödshjälp har kommit under press (Cousins & Jones, 2020). Det kanadensiska parlamentet har sedan 2018 debatterat en lag som ger läkare reservationsrätt; den är ännu inte slutbehandlad. Den kanadensiska läkarföreningens policy är att läkare som inte själva vill tillhandahålla dödshjälp, är skyldiga att hänvisa patienter vidare om de begär detta samt tillhandahålla fullständig information om dödshjälp och göra patientjournaler tillgängliga för detta ändamål (Canadian Medical Association, 2017).

---

<sup>2</sup> Översättarens anm: Enligt officiella data, "First Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2019", publicerade juli 2020: är antalet dödshjälpsfall fram till slutet av 2019 totalt 13 946, i genomsnitt 2 % av alla dödsfall.

<sup>3</sup> Översättarens anm.: I september 2019 förklarade Quebecs Superior Court (Truchon v. Canada) att villkoret att den naturliga döden ska vara rimligt förutsägbar eller att en person ska vara terminalt sjuk för att få tillgång till dödshjälp utgör ett brott mot den kanadensiska stadgan och konstitutionen. Den kanadensiska regeringen avstod från att överklaga domen och för närvarande (november 2020) förbereds en lagändring (Bill C-7) som eliminerar detta villkor samt introducerar ytterligare utvidgningar av lagen.

### 3.1.4 Utvärdering av den kanadensiska dödshjälpslagen

Bedömd mot de kriterier för en god dödshjälpslag som jag har utarbetat i detta kapitel, framstår Kanadas lag som bristfällig på alla punkter: avgränsningen är medvetet gjord vag, vilket överlåter avgränsningen till läkare och deras bedömning, möjliggör varierande praxis och gör det svårt att säga vad som ligger inom eller utanför lagens krav. Detta har resulterat i både i rättstvister och frustration bland allmänheten. När man läser kanadensiska tidningar, får man intrycket att lagen upplevs som orättvis, särskilt för att "mature minors", patienter med psykiska störningar eller patienter med demens inte får hjälp att dö. Kravet på kort förväntad livslängd kommer i konflikt med högsta domstolens resonemang att ett orimligt förbud mot dödshjälp kan "tvinga" patienter som vill påskynda döden att ta sitt eget liv på ett brutalt sätt. Lagen är baserad på rapportering av dödshjälp från läkare/sjuksköterska via ett online rapporteringsformulär, i efterskott (inom 30 dagar). Patientjournal eller bedömning från läkare nr. 2, behöver inte bifogas. Nyhetsrapportering i kanadensiska medier har visat hur den vaga lagstiftningen har tolkats kreativt av liberala läkare, något som än så länge är i linje med lagstiftarens avsikt. Ändå är det svårt att förstå hur den kanadensiska dödshjälpslagen kan betraktas som en försvarlig lösning på högsta domstolens utmaning: Att legalisera dödshjälp för vissa personer, samtidigt som man ska skydda de personer som inte skall få hjälp att dö.

### 3.2 Hur fungerar dödshjälpslagarna?

Inom ramen för detta kapitel är det inte möjligt att genomföra en grundlig analys av var och en av de befintliga dödshjälpslagarna världen över som fungerar som möjliga modeller för en nordisk dödshjälpslag. Baserad på min kunskap om de viktigaste dödshjälpsmodellerna – "Benelux-modellen" (Se kap. 13), "Oregon-modellen" (se kap. 14), den schweiziska modellen (diskuteras inte i detalj i den här boken, men se Mauron, 2015) och erfarenheterna från Kanada - försöker jag i tabell 2 summariskt värdera de viktigaste modellerna för dödshjälp mot kriterierna entydighet, rättvisa och säkerhet. Utrymmet tillåter inte en längre diskussion för vart och ett av dessa kriterier och för vart och ett av länderna. Det är inte heller givet att alla aktörer skulle värdera varje lands lagstiftning på samma sätt. Snarare än att läsas som den slutliga analysen av till exempel den nederländska dödshjälpslagen, kan denna analys illustrera hur vi i det offentliga samtalet om dödshjälp kan strukturera diskussionen om specifika lagar. Om man har som utgångspunkt att dödshjälp i en eller annan form bör tillåtas, kan man lika fullt se styrkor och svagheter i olika sätt att legalisera detta på. Att organisera dessa element i strukturen entydighet, rättvisa och säkerhet kan göra det lättare att diskutera en komplicerad och värdeladdad fråga. Inte minst lagstiftare bör uppmuntras att adressera alla dessa tre aspekter om de bestämmer sig för att skapa en lag som tillåter dödshjälp.



Kriterium	Benelux	Oregon	Schweiz	Kanada
<b>Entydig</b>	Nej	Tja?	Nej	Nej
Kommentar	Inget krav på somatisk eller dödlig sjukdom, tillåten ned till 12 års ålder (ingen åldersgräns i Belgien). Behörighet baseras på att läkaren är övertygad om att patienten lider outhärdligt utan utsikt till förbättring, och utan aktuell behandling som patienten kan acceptera.	Inget krav på diagnos eller lidande. Patienten ska ha en sjukdom som kommer att leda till döden inom 6 månader. Detta är exakt definierat, men medicinskt omöjligt att bestämma på individnivå.	Lagen ställer inga krav på vem som är kvalificerad för dödshjälp; i princip kan vem som helst ta sitt liv med assistans så länge assistenten inte tjänar på det.	Lagen är avsiktligt vagt utformad med hänsyn till förväntad livslängd. Kvalifikationskriteriet är vagt; allvarligt lidande som inte låter sig lindras med åtgärder patienten kan godta. Ren psykisk sjukdom uppfyller kriteriet baserat på dess formulering, men är definierat utanför av lagstiftare.
<b>Rättvis</b>	Ja?	Nej	Ja?	Nej
Kommentar	I princip ingen begränsning av vem som kan få dödshjälp, så länge som man övertygar läkaren om att man lider outhärdligt etc. Men ökande missnöje i Nederländerna med att läkaren ska avgöra om man uppfyller kriterierna. Regeringen föreslog under 2016 dödshjälp för äldre (> 75 år) som känner sig trötta på att leva, utan krav för medicinsk diagnos.	Patienter med långsam progressiv eller kronisk sjukdom med outhärdligt lidande utesluts enligt lag. Patienter som inte själva klarar av att inta giftet, kan inte genomföra PAS. Detta kan framtvinga påskyndat självmord hos patienter med nedsatt motorik eller sväljfunktion. Patienter med kognitiv försämring eller framträdande psykisk sjukdom får inte hjälp att dö.	Inga formella krav, och därmed ingen orättvisa. Men Schweiz har stämts inför domstolen för de mänskliga rättigheterna av en psykiatrisk patient som upplevde att hon inte fick en läkare att bevilja henne hjälp till självmord (hon förlorade målet).	Stor oro i Kanada eftersom beslutskompetenta barn, patienter som lider svårt av mentala orsaker och patienter som har förlorat samtyckskompetens under processen inte får dödshjälp. Flera rättstvister med patienter som inte anses vara nära döden.
<b>Säker</b>	Nej	Nej	Nej	Nej
Kommentar	Granskning sker i efterskott, baserat på läkarens egenrapport. Undersökningskommittéerna är överbelastad och 80% av fallen bedöms endast av sekretariatet. Läkare nr 2 i systemet domineras av SCEN-läkare som visats ha pro-dödshjälp-bias. Flera studier har visat att endast 80% av dödshjälpsfallen rapporteras i enlighet med lagen. Betydande evidens för samhällseffekter av legaliserad dödshjälp, i form av normalisering av dödshjälp och utvidgade indikationer. Rapporter om påtryckningar från släktingar. Etablering av renodlade mobila dödshjälpskliniker innebär svagare läkare-patient-relation.	Kravet på sex månader är exakt på pappret, men klinisk prognos på individnivå är omöjligt i detta tidsperspektiv. Patienten ska vara beslutskompetent, men endast <4% av patienterna utvärderas av en psykiater. Läkare är vanligtvis inte närvarande vid självmordet. Ingen kontroll av beslutskompetens eller externa påtryckningar under genomförandet. Ingen reservlösning om självmordsförsöket misslyckas. Ingen översikt över vad som händer med oanvända mediciner. Egenrapportering av handlingen i efterskott. Betydande sekretess kring PAS, och inga offentliga undersökningar om olaglig dödshjälp.	Varje ärende dokumenteras genom att självmordet filmas. Ingen granskning av läkarens professionella bedömning eller utforskning av faktorer som kan ha framprovocerat självmordet. Inget krav på långvarig läkare-patient-relation innan dödshjälp beviljats. Stor förekomst av renodlad "självmordsturism". Inga krav på reell testning av beslutskompetens. Läkare hjälper inte till med eutanasi om självmordsförsöket misslyckas.	Dödshjälp har införts hastigt utan grundlig debatt om vad som egentligen kvalificerar. Rapportering sker i efterskott, baserat på egenrapportering, utan dokumentation som tillåter oberoende bedömning av läkarens beslut. Bedömning från läkare nr 2 bifogas inte. Läkare som handlar fel, straffas inte om de agerar "i god tro". Läkarens reservationsrätt är under starkt tryck. Oro för att dödshjälp är etablerat utan att palliativa alternativ är tillgängliga.

**Tabell 2.** Författarens värdering av fyra modeller för legalisering av dödshjälp: "Benelux -modellen" är en syntes av lagarna i Nederländerna, Belgien och Luxemburg. Oregon-modellen är utgångspunkten för lagstiftningen i de amerikanska delstaterna som har legaliserat läkarassisterat självmord sedan 1997. Schweiz har en unik modell med icke-reglering av dödshjälp. Kanadas modell för dödshjälp är närmare beskrivet i detta kapitel. Modellerna bedöms utifrån kriterierna entydighet, rättvisa och säkerhet.

**Dödshjälp i Norden? Etik, klinik och politik** Kapitel 15 Er det mulig å lage en entydig, rettferdig og forsvarlig dødshjelpslov?

## 4 Sammanfattning

Jag har i det här kapitlet argumenterat för att om man ska ha en dödshjälpslag, måste den vara entydigt avgränsad och baseras på kriterier som är så rättvisa och begripliga att de kan respekteras och motstå krav på förändring. Jag har visat att brister avseende avgränsningar och rättvisa kan leda till problem med säkerheten, och att detta är en avgörande aspekt för hur lagen uppfattas av lagstiftare och användare. Befintliga dödshjälpslagar i olika länder har stora svagheter både vad gäller entydighet, rättvisa och förmågan att tillhandahålla säker reglering av dödshjälp. Min uppfattning är att detta illustrerar hur svårt, kanske omöjligt, det är att legalisera dödshjälp på ett entydigt, rättvist och säkert sätt. Det är därför jag är motståndare inte bara till att själv utföra dödshjälp, men också för att möjliggöra för läkare, villiga att utföra dödshjälp, ska få lov till det.

Dispositionen i detta kapitel ger aktörer en struktur för diskussion om befintliga och potentiella dödshjälpslagar. Även om anhängare av dödshjälp kan bedöma fakta annorlunda än vad jag har gjort här, ger denna struktur en grund för att kategorisera fakta och belysa vad vi är oense om. Hur stor vikt man vill lägga på att en dödshjälpslag är entydig, rättvis och säker blir så småningom en politisk fråga. Men politiker bör utmanas avseende alla dessa tre aspekter, om de presenterar en lag som tillåter dödshjälp i de nordiska länderna.

## Referenser

- Aviv, R. (2015, 15. juni). The death treatment. *The New Yorker*. Hämtat från <https://www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment>
- Campbell, J. (2019, 6. februari). Disabled people like me fear legal assisted suicide: It suggests that some lives are less worth living. *The BMJ Opinion*. Hämtat från <https://blogs.bmj.com/bmj/2019/02/06/disabled-people-like-me-fear-legalassisted-suicide-it-suggests-that-some-lives-are-less-worth-living/>
- Canadian Medical Association. (2017). CMA policy: Medical assistance in dying. Hämtat från <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD17-03.pdf>
- CBC News. (2018, 31. maj). Lack of palliative care pushing Quebecers toward medically assisted death, College of Physicians says. Canadian Broadcasting Corporation. Hämtat från <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/lack-of-palliative-care-pushing-quebecers-toward-medically-assisted-death-college-of-physicians-says-1.4685470>
- CBC Radio. (2020, 1. februari). Canadians wants expanded access to medical assistance in dying, says Lametti. *Canadian Broadcasting Corporation*. Hämtat från <https://www.cbc.ca/radio/thehouse/canadians-want-expanded-access-to-medical-assistance-in-dying-says-lametti-1.5446731>
- Council of Canadian Academies. (2018). Medical assistance in dying. The expert panel on medical assistance in dying. Hämtat från <https://cca-reports.ca/reports/medical-assistance-in-dying/>
- Cousins, B. & Jones, A. M. (2020, 20. januari). Standoff between B. C. and hospice refusing to offer assisted dying. *CTV News*. Hämtat från <https://www.ctvnews.ca/health/standoff-between-b-c-and-hospice-refusing-to-offer-assisted-dying-1.4773755>
- Government of Canada. (2016). Legislative background: Medical Assistance in Dying (Bill C-14). Hämtat från <https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/ad-am/>
- Hasham, A. (2017, 19. juni). Advocates hail judge's decision in woman's assisted death appeal. *The Star*. Hämtat från <https://www.thestar.com/news/gta/2017/06/19/advocates-hail-judges-decision-in-womans-assisted-death-appeal.html>
- Horn, M. A. (2016). Kan aktiv dødshjelp legaliseres? I R. Førde, M. Kjelland &

- U. Stridbeck, *Cand.mag, cand.med., cand.jur., cand.alt. Festskrift til Aslak Syse* (s. 253–266). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jacobsen, S. D. (2018, 31. januar). In conversation with Dr. Ellen Wiebe – Physicians Advisory Council, Dying With Dignity Canada. Canadian Atheist. Hämtat från <https://www.canadianatheist.com/2018/01/wiebe/>
- Justice Laws Website. (2016). An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). Hämtat från [https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2016\\_3/FullText.html](https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2016_3/FullText.html)
- Kelly, B., Handley, T., Kissane, D., Vamos, M. & Attia, J. (2019). “An indelible mark”. The response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: A review of research findings. *Palliat Support Care*. Hämtat från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/31340873/>
- Magelssen, M., Supphellen, M., Nortvedt, P. & Materstvedt, L. J. (2016). Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: A survey experiment. *BMC Med Ethics*, 17. Hämtat från <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-016-0107-3>
- Materstvedt, L. J. (1998, 22. oktober). Dødshjelp og selvbestemmelse. *Dagbladet*. Hämtat från <https://www.dagbladet.no/kultur/dodshjelp-og-selvbestemmelse/65485855>
- Mauron, A. (2015). Acting on a wish to die at the end of life: The Swiss situation. I C. Rehmann-Sutter, H. Gudat & K. Ohnsorge (Red.), *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care* (s. 97–106). Oxford: Oxford University Press.
- Moen, O. M. & Sterri, A. B. (2019). *Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ofstad, J. (2009, 8. juli). På kant med loven. *Klassekampen*.
- Peritz, I. (2015, 22. december). Quebec's right-to-die law upheld by court. *The Globe and Mail*. Hämtat från <https://www.theglobeandmail.com/news/national/quebec-government-wins-challenge-on-assisted-dying-law/article27901664/>
- Plante, C. (2016, 27. oktober). More seeking medical aid to die than expected: Barrette. *Montreal Gazette*. Hämtat från <https://montrealgazette.com/news/quebec/more-seeking-medical-aid-to-die-than-expected-barrette>
- Roest B., Trappenburg, M. & Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Med Ethics*, 20. Hämtat från <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Ross, W. (2015, 2. december). Dying Dutch: Euthanasia spreads across Europe. *Newsweek*. Hämtat från <https://www.newsweek.com/2015/02/20/choosing-dienetherlands-euthanasia-debate-306223.html>
- Schadenberg, A. (2019, 29. april). Health Canada publishes inaccurate and incomplete data on euthanasia in Canada [Blogginnlegg]. Hämtat från <http://alexschadenberg.blogspot.com/2019/04/health-canada-publishes-inaccurate-and.html>
- Staff-Poulsen, I. (2019, 2. februar). Aktiv dødshjelp – «Vedlagte kronikk er kanskje litt kontroversiell – fordi jeg er død». *Dagbladet*. Hämtat från <https://www.dagbladet.no/kultur/vedlagte-kronikk-er-kanskje-litt-kontroversiell---fordi-jeger-dod/70706493>
- Supreme Court of Canada. (2015). *Carter v. Canada (Attorney General)*. Hämtat från <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>
- van Marwijk, H., Haverkate, I., van Royen, P. & The, A. M. (2007). Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. *Palliat Med*, 21, 609–14.
- Vigeland, K. (2009, 26. november). Vil menneskeverdet oversvømmes av eldrebolgen? *Fri Tanke*. Tilgjengelig fra: <https://fritanke.no/vil-menneskeverdetoversvømmes-av-eldrebolgen/19.7953>
- Warnock, M. (2008). A duty to die? *Omsorg*, 25(4), 3–5. Hämtat från <http://eideforlag.no/filarkiv/Mary%20Warnock.pdf>