SVERIGES RIKSDAG

Motion till riksdagen 2026/27:1857

av Josefin Malmqvist (M)

Parlamentarisk utredning om aktiv dödshjälp

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheter att tillsätta en parlamentarisk översyn gällande att legalisera aktiv dödshjälp i Sverige och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att översynen även bör kartlägga gråzonerna i dagens vård i livets slutskede och föreslå hur den palliativa vården kan bli mer jämlik i hela landet och tillkännager detta för regeringen.

Motivering

Varje människa har rätt att bestämma över sitt eget liv. Den principen ligger till grund för hur vi ser på frihet, ansvar och värdighet i nästan alla delar av samhället. Vi får välja utbildning, yrke, partner och livsstil. Vi får tacka ja eller nej till vård, även när ett nej får allvarliga följder. Men när en människa drabbas av en obotlig sjukdom, befinner sig i livets slutskede och upplever ett lidande som inte går att lindra, tar den rätten plötsligt slut. Då är det inte längre den enskilde som får avgöra hur livet ska avslutas. Då är du fånge i din egen kropp.

I dag är aktiv dödshjälp inte tillåten i Sverige. Svensk rätt ger utrymme för att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling, för symtomlindring som kan förkorta livet och för palliativ sedering. Däremot får en läkare inte förskriva eller ge ett

läkemedel i syfte att avsluta en patients liv, hur tydligt patienten än har uttryckt sin vilja och hur svårt lidandet än är. Resultatet är att svårt sjuka människor ibland står inför valet mellan att uthärda ett lidande de inte vill leva med, att resa utomlands till en klinik i Schweiz eller att försöka avsluta livet på egen hand, ensamma och i det fördolda. Att till och med begå brott. Ingen av dessa vägar är värdig ett modernt välfärdssamhälle.

Det är också en fråga om rättvisa. Den som har ekonomiska medel, ork och anhöriga som kan stötta har i dag möjlighet att resa utomlands för att få hjälp att avsluta sitt liv. Den som saknar dessa förutsättningar har aldrig samma val. Att möjligheten till ett värdigt avslut i praktiken avgörs av plånboken är inte förenligt med principen om en vård på lika villkor.

Begreppen behöver redas ut

En förutsättning för en saklig debatt är att vi talar om samma sak. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) definierar dödshjälp som en insats som ges efter ett uttryckligt önskemål från patienten, där avsikten är att insatsen ska orsaka patientens död. Inom dödshjälp skiljer man mellan eutanasi, där någon annan än patienten utför den avgörande handlingen, och assisterat döende, där patienten själv utför den. Detta ska skiljas från det som ofta kallas passiv dödshjälp, det vill säga att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling, vilket redan i dag är tillåtet i Sverige och i stora delar av västvärlden.

Alla dessa begrepp förekommer i den allmänna debatten, ofta utan att skillnaderna görs tydliga. En utredning bör därför inleda med att fastställa vilka former av dödshjälp som ska prövas och vad de innebär rättsligt och medicinskt.

En fråga som delar – och därför behöver beredas

Frågan om aktiv dödshjälp delar både befolkningen och professionen. Opinionsundersökningar visar att det finns ett brett stöd i Sverige för att tillåta dödshjälp under reglerade former, ett stöd som har stärkts av personliga vittnesmål som exempelvis Björn Natthiko Lindeblads berättelse om sitt liv med ALS. Inom vården är inställningen mer avvaktande. Sveriges läkarförbund har tagit tydlig ställning emot aktiv dödshjälp, medan Vårdförbundet har valt att inte ta ställning, bland annat eftersom det hittills saknats politisk vilja att utreda frågan.

På båda sidor förs tunga argument fram. För dödshjälp talar självbestämmande, värdighet, rättvisa och att ett regelverk skapar trygghet och insyn kring något som redan

i dag förekommer i gråzoner. Mot talar bland annat principen om livets okränkbarhet, läkaretiken och oron för att sårbara människor kan känna sig pressade. Dessa etiska invändningar är inte ett skäl att avstå från att utreda frågan. De är tvärtom skälet till att den behöver utredas grundligt, i bred parlamentarisk förankring och med respekt för den som tycker annorlunda.

Frågan har utretts i omgångar – men aldrig fullt ut

Debatten om dödshjälp har pågått i Sverige i decennier. Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har vid flera tillfällen, bland annat 1992, 2008 och 2017, aktualiserat frågan om en utredning. I rapporten Dödshjälp – en kunskapssammanställning (Smer 2017:2) gick rådet igenom forskningen och erfarenheterna från länder där dödshjälp är tillåten. Smer konstaterade att det finns hållbara argument på båda sidor, men också att flera av de vanligaste farhågorna – till exempel att dödshjälp skulle hämma utbyggnaden av den palliativa vården – inte får stöd i de fakta som finns. Rapporten visade även att patienters skäl att begära dödshjälp ofta handlar om förlorad värdighet, självständighet och livskvalitet snarare än enbart om smärta.

Kunskapsunderlaget finns alltså. Det som saknas är ett politiskt beslut att ta nästa steg: en statlig utredning som på allvar prövar hur en svensk lagstiftning skulle kunna utformas.

Omvärlden går före

Allt fler länder har infört lagstiftning som ger obotligt sjuka människor möjlighet att få hjälp att avsluta sitt liv under kontrollerade former. Nederländerna, Belgien, Luxemburg, Schweiz, Spanien, Österrike, Portugal, Kanada, Nya Zeeland och ett tiotal amerikanska delstater har i olika former tillåtit dödshjälp eller läkarassisterat döende. I juli 2026 gav Frankrikes nationalförsamling slutgiltigt klartecken till en lag om assisterad död, och Jersey fattade ett liknande beslut i februari 2026. Samtidigt har lagförslag fallit i Skottland och i Storbritanniens parlament under 2026, vilket visar att frågan är svår och kräver noggrann beredning.

De internationella modellerna skiljer sig åt. Oregonmodellen, som tillämpas i flera amerikanska delstater, innebär att en läkare får förskriva ett dödligt läkemedel till en myndig patient som är obotligt sjuk med begränsad förväntad överlevnad, och som sedan själv tar läkemedlet. Beneluxmodellen tillåter även att läkaren administrerar läkemedlet och omfattar i vissa fall även patienter som inte befinner sig i livets

slutskede. Erfarenheterna visar att lagstiftning kan utformas med tydliga kriterier, krav på upprepad och dokumenterad begäran, bedömning av flera oberoende läkare och efterhandsgranskning – men också att gränsdragningarna är avgörande och att regelverk kan förändras över tid. Just därför behöver Sverige en egen grundlig utredning.

Vad en översyn bör pröva

En översyn bör förutsättningslöst men med tydlig inriktning lämna förslag på en svensk modell och kan särskilt pröva följande:

1. Vem som ska omfattas. Utgångspunkten bör vara myndiga och beslutskapabla personer med en obotlig sjukdom eller ett svårt tillstånd som medför ett lidande som inte kan lindras. Utredningen bör analysera för- och nackdelar med Oregonmodellen, som är begränsad till personer i livets slutskede, respektive Beneluxmodellen, som tar sin utgångspunkt i lidandet.
2. Psykisk sjukdom. Debatten handlar oftast om somatiska sjukdomar. Utredningen bör särskilt pröva hur psykisk sjukdom ska hanteras – till exempel om och när en person med svår depression kan anses fullt beslutskapabel – och vilka skyddsmekanismer som i så fall krävs. Det är en av de svåraste gränsdragningarna och den behöver belysas öppet.
3. Hur den enskildes fria vilja säkerställs. Begäran ska vara upprepad, frivillig och väl dokumenterad. Bedömning av minst två av varandra oberoende läkare bör krävas, liksom psykiatrisk bedömning när det finns tveksamhet om beslutsförmågan.
4. Skydd för sårbara grupper. Ingen ska känna sig som en börda eller pressas till ett beslut. Utredningen bör exempelvis analysera hur äldre, personer med funktionsnedsättning och personer med psykisk ohälsa skyddas, och samråda med deras organisationer.
5. Vårdpersonalens ställning. Ingen läkare eller sjuksköterska ska tvingas medverka. En samvetsklausul bör därför utredas, liksom hur ansvaret ska fördelas i hälso- och sjukvården.
6. Tillsyn och uppföljning. Varje fall bör granskas i efterhand av en oberoende instans, och verksamheten bör följas upp och redovisas öppet.

Bättre vård i livets slutskede – inte antingen eller

Möjligheten till dödshjälp får aldrig bli ett alternativ till god vård. Den palliativa vården i Sverige håller på många håll hög kvalitet, men tillgången varierar mellan regioner och kommuner. Smer och professionen har dessutom pekat på gråzoner där praxis för smärtlindring och palliativ sedering skiljer sig åt mellan sjukhus och läkare. Det skapar osäkerhet för både patienter och personal. Utredningen bör därför även kartlägga dessa gråzoner och föreslå hur regelverken kan bli tydligare och mer enhetliga, samt hur den palliativa vården kan bli mer jämlik över landet. En trygg och tillgänglig palliativ vård och en strikt reglerad möjlighet till dödshjälp ska ses som delar av samma ansvar: att ingen ska behöva lida i onödan i livets slutskede.

Ett beslut för riksdagen att ta på allvar

Frågan om dödshjälp berör djupa värderingar om livet och livets avslut, och det finns respektabla argument på båda sidor. Just därför förtjänar den en saklig, grundlig och transparent beredning – inte att skjutas på framtiden ännu en gång. Eftersom frågan skär genom partigränserna och rör grundläggande etiska ställningstaganden bör den beredas i en oberoende parlamentarisk utredning, där samtliga riksdagspartier är representerade och där professionen, patientorganisationer och etisk expertis ges stort utrymme. Ytterst handlar det om respekten för den enskilda människans självbestämmande och värdighet, ända till livets sista stund.

Josefin Malmqvist (M)