



En självmald död

Detta är en berättelse om en RTVD-medlem, Sverker, och hur jag kom att delta indirekt i samband med hans livs avslut.

Sverker var medlem i vår förening i många år, men höll sig bland de tysta medlemmarna. I slutet av 2019 ringde han till mig och vi påbörjade en varm vänskap och en diskussion som mest, men inte enbart, handlade om hur han planerade sin död. Våra samtal och möten pågick under cirka 5 månaders tid då jag lärde känna en utomordentligt fin och underbar människa. Sverker, 89 år, hade en cancer i buken med metastaser som nu efter några års behandling inte längre gick att hejda, samt även några andra, kroniska sjukdomar som gjorde honom allt mer sliten. Livet höll på att rinna ur honom.

Sverker ville avsluta livet själv innan det blev än svårare och än mer plågsamt och han själv än svagare, kanske så mycket att han inte skulle orka klara av det. Men hur? Riskerna fanns att han, alltför svag, skulle bli omhändertagen av vården, intagen någonstans, få samhällets »hjälp«. Då är man ständigt övervakad och man får problem med ett eventuellt »själv-mord«. Visst kan man tacka nej till något sjukhem, men det är svårt. Han sökte nu upp mig.

Jag förklarade att jag inte – bara för att jag var styrelse-

medlem i RTVD – kunde ge honom handfast hjälp att avsluta livet. Detta ingår helt enkelt inte i det som RTVD är till för. RTVD strävar främst efter att få en ändring i svensk lag som skall tillåta dödshjälp för alla som behöver och upprepat ber om den. Han var medveten om detta och förväntade inte något orimligt. Han förklarade att han ville ta ansvar för sin egen död – men han behövde diskutera med en klok person vilka möjligheter som fanns. Han menade att denna kloka person, det var jag.

Man kan ju diskutera vem som var klokast i det här sammanhanget. Sverker var läkare, jag var sjuksköterska. Men Sverker visste ändå inte vilka möjligheter han själv hade bort från livet. En läkare är bara – nåja, inte så »bara« – expert på att förhindra döden. Inte på att ta fram den på ett värdigt, smärtfritt och snabbt sätt.

Läkaren behandlar. Sjuksköterskan vårdar. En sjuksköterska är patientens vän i sjukdomen. Men just jag hade under de senaste ca 15 åren studerat allt jag kunde hitta, framför allt utomlands, om hur man skall kunna uppnå en fridfull och värdig död. Denna önskade död som i stället så ofta byts ut till ett brutalt självmord, som ingen bland just de här sjuka önskar. Men då våra politiker och våra lagar inte

fortsättning på s. 2

En självald död

fortsättning från s. 1

tillåter en kontrollerad, fin och lugn, självald död – framkommen efter moget övervägande – så har individen oftast inget val annat än att avsluta på ett brutalt sätt.

Politiker – bland andra – har dåliga kunskaper i den oändliga skillnaden mellan ett självmord och en självald död. I Sverige finns en sk nollvision som gäller självmorden. Alla, inklusive RTVD, vill självklart att självmorden i samhället skall minska. Jag misstänker att politiker och många andra tror att det som RTVD strävar efter är »självmord« för de gamla och sjuka. Politikerna har fel – och förstår inte att de har fel. Ändå sitter de på lösningen av problemet och på makten att förändra det hela.

Men nu gällde det vännen Sverker. Han ville bara ha hjälp att hitta rätt när det gällde sin egen, självalda död. Jag skulle aldrig gå in i en diskussion med en främling om ett så speciellt ärende om jag inte först hade klargjort att han förstod vad vi pratade om. Tyvärr gör inte alla det. Men Sverker hade verkligen tänkt mycket på detta. Det var bland annat därför som han hade varit medlem i RTVD så många år.

Sverker och jag började träffas några gånger, men mest talades vi vid på telefon. Han bodde på ett sk seniorboende med god omvårdnad, ett mål mat om dagen i den gemensamma restaurangen. Han hade sin egen lilla tvåa i en korridor där andra äldre också hade sina små lyor. Han berättade om den stora saknaden efter hustrun, som gått bort hastigt några år tidigare. Han hade fyra fina (hans ord) barn som han älskade och som han talade bara gott om. Han hade redan försiktigt förberett dem för att han nu tänkte på att avsluta sitt liv – »ganska snart«. Det här är viktigt i sammanhanget; (vuxna) barn skall inte behöva få en chock i samband med deras fars död. De skall få tid att förstå.

Jag uppskattade även alla samtal vi hade om sjukvården allmänt. Om t ex neonatalvård, som är vård av för tidigt födda barn, där man skall rädda allt – precis som man räddar och förlänger livet hos gamla människor i livets slutskede. Ofta för att de anhöriga insisterar på det. Samma inställning. Han var barnläkare och jag barnmorska. Vi var överens om det mesta.

Jag kunde inte utgå från att bara det faktum att Sverker var läkare så visste han allt om döden. Visst kunde han allt om dess fysiologi i dess vidaste bemärkelse. Men att få sin egen kropp att sluta fungera när man vill det – det är sannerligen inte lätt. Och det finns inte många sätt som man vill titta på närmare. Ett otäckt självmord var det inte tal om.

Han själv föreslog Fenemal-tabletter. Det var inte svårt för honom som läkare att skriva recept på dessa barbiturater. Många vet att barbiturater används i flera länder för den helt lagliga dödshjälpen där. »Men hur många behövs, tror du?« frågade han. »Nej, dom är alldeles för långsamverkande«, svarade jag. »Även om du tar väldigt många, så blir du liggande medvetlös i tre dagar innan hjärtat stannar. Då har väl någon saknat dig redan och du skickas till ett akutintag.« – »Oj då – det går ju inte alls. Något av mina barn ringer varje dag, de blir oroliga om jag inte svarar.« sa Sverker. »Men Stesolid då, det kan jag nog också få tag på.« »Jo, men kan du verkligen svälja 120 tabletter då, på en

gång? Du säger ju att du knappt klarar av att äta något av middagsmaten här numera, det går bara inte ner.« – »Nej, så många tabletter samtidigt går inte, det har du nog rätt i.« blev svaret.

Så där gick våra samtal. Han behövde mig som bollplank – att diskutera olika idéer, möjligheter och infallsvinklar mot. Jag anser dessutom att om vi i Sverige redan haft möjlighet till lagenlig dödshjälp, så hade han säkert ansökt om – och fått – en sådan. Han motsvarade säkert alla kriterier som kan komma att ställas i sammanhanget. Han hade två svåra, obotliga sjukdomar, där båda kunde förväntas leda till döden, cancer med metastaser samt en lungsjukdom, bronkiektasier. Han förstod sin egen situation och var definitivt sk beslutskapabel.

Jag frågade nu hur lång tid han själv trodde att han, med god vård och behandling, t ex på sjukhus, han kunde tänkas ha innan han skulle dö. Hans egen beräkning var 6 till 12 månader, där han vartefter skulle »drunkna i sitt eget bronkträd« och få upprepade lunginflammationer.

Sverker hade också förberett sig själv på ett vanligt sätt, nämligen att skicka efter en bok från USA, där tryck- och yttrandefriheten är absolut. Således hade han inhandlat Derek Humphreys »Final Exit« (3:e upplagan, 2002) som var den första (1991) och kanske hittills mest sålda boken på området. Den är långt ifrån nyskriven – men världen har faktiskt inte avancerat mycket sedan dess. Här går man igenom tabletter, att sluta äta o dricka, inert gas (helium, kväve), mm. Även »Five Last Acts« (2010) av Chris Docker innehåller mycket information. Numera är nog »The Peaceful Pill Handbook« av dr Philip Nitschke en mer komplett bok. Jag vet att Sverker även via nätet läste om Dignitas i Schweiz, dit man kan resa och få väldigt fin dödshjälp, men han ville helst få dö hemma.

Vi och många med oss hade några år tidigare läst en intressant artikel i Läkartidningen, skriven av en läkare som fått en hastigt påkommen ALS, en svår sjukdom som hittills inte går att bota. Han beskrev öppet om planerna inför sin död. Vi gissade att han nog hade en kanyl någonstans där en överdos av insomningsmedel för operationer kunde sprutas in av honom själv. Läkaren skrev:

– Jag har redan skrivit ut det jag behöver. Det är många kollegor som gör det, och det är därför suicidfrekvensen bland kollegor är högre. Men varför ska jag som läkare ha möjlighet till livsavslutande behandling när andra inte har det? Och till de kollegor som anser att eutanasi inte bör införas i Sverige vill jag säga: Ni har ingen yttranderätt förrän ni fått ALS.

Sverker ansåg sig dock inte kunna ordna med varken en droppnål i armen eller tillgång till insomningsmedel. Efter en hel del diskussioner kom han i stället fram till att han ville använda sig av inandning av en gas. Här lovordas numera i USA bara kväve – men varken jag eller Sverker visste hur vi skulle kunna ordna fram en kvävgastub för privat bruk. Helium (måste vara 100%, ej utblandad) är lättare. Det köps

fortsättning på s. 4



Hej alla trogna läsare

Årsmöte 2020

Notera i en särskilt ruta att vi försöker ordna ett årsmöte för 2020 i september – i stället för det som på grund av coronapandemin inte kunde bli av i april. Hoppas många kan vara med digitalt!

På sid 1 kan ni läsa om en man som bestämde

sig för att avsluta sitt liv när hans obotliga sjukdomar gav honom alltför stort lidande. Vad anser då allmänheten att här har hänt? Jo, man säger att detta var ett »själv mord«. Men för de som kan se detta ur hans – och RTVD's – synvinkel, så är det en »självald död«. Och det är en himmelsvid skillnad mellan de två uttrycken. Ett ord eller uttryck uppenbarar allt.

Rättelse

I Bulletinen nr 91 skildrade vi det Nordiska mötet, som genomfördes i oktober 2019. Den flagga som var införd där vid Islands inlägg var helt fel! I stället för det gula korset skulle det ha varit ett kors i vit färg! En stor fadäs från vår sida! Vi ber uppriktigt alla islänningar om ursäkt för detta!

Valberedningsarbete

Styrelsen för RTVD vill gärna få kontakt med någon eller några nya ledamöter. Om du vill börja med att ställa frågor om vad detta innebär, kan du vända dig till Monica Malmlof tel 0470 818 21, monica.malmlof@yahoo.se

Redaktör till Bulletinen

Jag skulle behöva en avbytare – någon som snart tar hand om Bulletinen som redaktör. Ring mig och ställ alla frågor du vill och behöver! ■

Berit Hasselmark

Tel 08-612 24 71
berithass@outlook.com

Ny kallelse till årsmöte för 2020

Som ni vet inställdes vårt årsmöte, planerat till den 25 april, på grund av corona-utbrottet.

Vi gör nu ett nytt försök till årsmöte för år 2020 – denna gång prövar vi ett digitalt möte, dvs. ett möte via dator eller e-platta

Lördagen den 5 september kl 16.00 – 18.00

Ni måste gå in på vår speciella hemsida – <http://rtvd.nu/arsmote>.

På denna sida kommer ni att finna alla förklaringar och eventuella länkar till detta digitala möte.

Vår information bör finnas från och med den 10 augusti.

Vid det laget bör också mötespapperen finnas där att dra fram för de som behöver dem.

Det blir således sedvanliga årsmötesförhandlingar – inget separat föredrag.

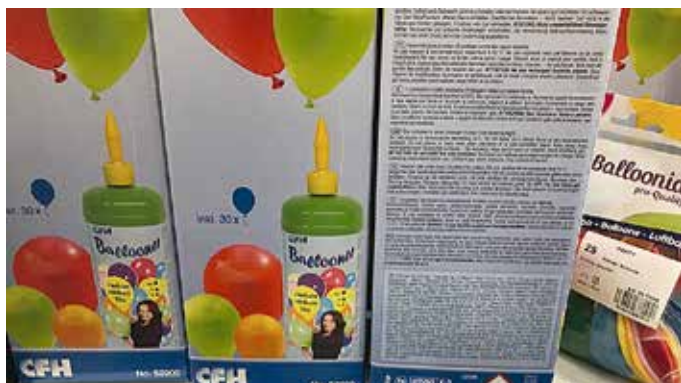
Det blir troligen möjligt att yttra sig skriftligt under mötet, men medlem som har särskilda frågor, eller som har motioner, bör skicka in dessa i förväg – senast 15 augusti till info@rtvd.nu.

Vi beklagar att de som inte har tillgång till dator/e-platta inte kan medverka, men måste tyvärr göra så här så länge karantänsregler mm bestämmer i samhället.

Välkomna – så många som möjligt !

En självvald död

fortsättning från s. 2



Ballonger. Foto Berit Hasselmark

där ballonger säljs, det är den gas som man blåser upp ballonger med (barnkalas). Vi hittade en mer detaljerad instruktion på nätet och drog fram varsitt ex. Vi behövde en lagom stor och tät, genomskinlig plastpåse, plastslangar med »3/8 tums inre diameter« och stadig tape. Jag hittade en del i affärer eller på nätet och Sverker handlade. Ibland fick han skjuts av sin son, så där gällde befriande öppenhet. I USA finns det färdiga kit att beställa, där allt ingår. Vi fick i stället pröva oss fram flera gånger med olika påsar (gick hål på), tejper (höll inte) och hopsättningar (hamnade snett), och två olika märken gastuber med ventiler som strejkade när vi prövade. Vi blåste upp flera ballonger som sedan sköt iväg över Sverkers vardagsrum. Vi fick oss ett gott skratt emellanåt. Beträffande problemen visade sig Sverker dock vara smartare än jag, jag som trodde jag var så praktiskt lagd.

Inert gas är en säker metod (när man gör rätt!) men inte många accepterar den pga plastpåsen där gasen samlas från gastuben varvid man inandas den. Sverker brydde sig inte om instängdheten. Med sina kunskaper om vad syret gör för lunga och hjärna så begrep han klart hur detta skulle fungera, smärtfritt och snabbt. Han berättade att han som reservofficer inom marinen arbetat med dykare som går ner i djupt vatten. Det var inget främmande med gastuber och gasmasker eller operationsmasker, han begrep det självklara med en tätsittande plastpåse i stället, att det inte fick läcka in syre från omgivande luft.

Sverker hade börjat känna sig ännu sämre. Han hade gått ner i vikt och var ständigt trött. Hans metastaser i revbenen plågade honom, han orkade inte gå långt, aptiten var »usel« och lungsjukdomen med en envis hosta förvärrades. En ny sjukdom, corona, började breda ut sig och folk läste att det var farligt att befinna sig nära någon som hostade. Sverker kände att folk tittade misstänksamt på honom när han gick till matsalen. Det var otrevligt.

Vi gick igenom varje detalj, hur alla papper borde skrivas som han skulle lämna efter sig på platsen och till vem, hur han skulle sitta, bästa tid på dagen, öppet fönster eller inte, vad man inte fick glömma i sista stund. Han ville betala mig för vad jag gjort men det sa jag absolut nej till. Dock frågade jag om han kanske ville sätta in en slant på RTVDs konto, som ju är en fattig förening, där alla arbetar ideellt. Jag und-

rade om jag fick skriva om detta i RTVD-Bulletinen. »Absolut« sa han, »vi har ingenting att dölja. Ju större öppenhet, desto bättre i sådana här sammanhang.«

Jag erbjöd mig att vara där när det skulle ske, sitta tyst i bakgrunden, som mentalt stöd, så att säga »hålla handen«. Jag skulle smyga ut en bakväg (jag övade in den) när allt gått som planerat, men utan att ändra något. Jo, han ville – kanske, skulle tänka på saken.

Det gick några dagar. Sverker ringde, han hade varit på en scintigrafi för att kolla revbenen (metastaser?), det tog 6 timmar och var fruktansvärt jobbigt för honom. Han hade svåra smärtor som kom och gick utmed sidorna. »Men mest är jag rädd för fortsättningen i lungorna«, sa han. »Jag kommer att få allt svårare att andas. En slags kvävning.«

Ytterligare någon dag senare ringde han igen. Han hade trillat och gjort illa ena armen. Han oroade sig för att det nu var svårare att genomföra allting med bara en hand. »Men det kanske går« sa han. Coronan hade nu, i mars månad, slagit till på allvar och inga utomstående tilläts besöka hans boende. Jag kände att samtalet nog var det sista mellan oss. Han sa farväl och tackade mig i mycket varma ordalag för det jag gjort. Jag ställde inga frågor, önskade honom lycka till med allt.

Någon dag därefter ringde en man och presenterade sig som Sverkers son. Han var där nu, sa han, i pappans bostad. Han hade ju nycklar. Systemen hade ringt på morgonen som hon brukade, men idag svarade ingen. Hon ringde då sin bror, de förstod ju. »Han sitter här i sin favoritstol« sa sonen till mig. (Han valde stolen själv, tänker jag. Vi tyckte den skulle vara lagom tillbakalutad och bekväm.) »Han ser lugn och fin ut. Det gjordes igår kl 22.00 – det står på en lapp som ligger här. Allt det här känns bara bra nu. Jag och mina syskon är tacksamma mot dig, för att du hjälpte honom på slutet« tillade han.

Det var en oerhörd lättnad för mig att få det där telefonsamtalet. Jag ville ju att allt skulle sluta så som Sverker ville ha det. Ja, han behöll kontrollen in i det sista.

Tre dagar senare anlände en strålande vacker blombukett med ett tackkort och ett foto på Sverker. Detta hade han alltså ordnat på förhand – ty han var ju också den sanne gentlemanen! ■

Berit Hasselmark
styrelsemedlem

Brev till RTVD från Anna, Sverkers dotter

Tack för att RTVD hjälpte vår älskade pappa Sverker till att få en god död, när han hade levt färdigt sitt långa och rika liv.

I april 2015 förlorade vi plötsligt vår älskade mamma Christina, pappa Sverkers livskamrat sedan 1959. En tid

därefter blev pappa sjuk i cancer och alltmer förtvivlad och började prata med oss om att han inte ville leva längre. Han hade tabletter och frågade när jag skulle komma hem från England där jag nu bodde, så att han kunde äta en sista måltid med sina fyra barn. Jag blev jätteledsen och försökte instinktivt hitta på allt som kunde distrahera pappa från dessa tankar. Varje morgon innan jag åkte till jobbet pratade jag med pappa via Skype. I maj besökte han oss i England och sa att det var sista gången han kom.

Jag vet inte riktigt när det var, men pappa var jätteglad när han fått kontakt med Rätten Till en Värdig Död och uppskattade verkligen de långa diskussioner och kloka råd han fick av och med personal hos er. Tillsägningssättet ändrades då och pappa fortsatte att njuta av livet med vetskapen att han kunde bestämma när det var dags. Det blev tre resor till England och Skottland bland mycket annat!

Efter ett långt och rikt liv när han närmade sin 89-års dag började han få mer och mer ont från metastaser och mindre aptit och ork. Jag flög till Sverige veckan innan alla resor ställdes in (på grund av Coronavirus) och fick en fin helg med pappa då vi talade om underbara minnen, men också om hans plan att se till att han inte blev ett 'vårdpaket'. Två

dagar innan hans 89-års dag ramlade han och gjorde illa högerarmen, något som jag tror skrämde honom, för han ville absolut inte bli intagen på sjukhus eller vårdhem och på så vis förlora kontrollen.

Pappas 89-års dag var en av de första dagarna han inte ens fick gå ner i matsalen och äta med vänner på grund av Covid-19 restriktioner. Han pratade med alla sina barn och barnbarn och vänner som ringde och gratulerade honom på födelsedagen så utan att säga det fick han säga hej då till oss alla. Han fick en god död precis som han planerat, men skrev i avskedsbrevet som låg bredvid honom »Om denna organisation (RTVD) hade tillåtits bli hörda och resultera i en laglig dödshjälp, hade jag idag kunnat få avsluta mitt liv efter ett sista varmt farväl med min underbara familj, istället för detta ensamma och ovärdiga sätt att dö.« Jag är mycket stolt över vad pappa har gjort och är tacksam att han fick stöd av RTVD till att våga leva sitt liv till punkt, på hans 89-års dag.

Tack för att ni arbetar med denna viktiga fråga! ■

Med vänliga hälsningar,
Anna P

Göran i karantän

Dörrklockan ringer. Evelyn öppnar. Utanför några påsar med sådant som hon bett ett barnbarn att handla för oss – och barnbarnet står på respektfullt avstånd. Evelyn tar in och tar hand om allt – så som hon tar hand om mig. Hon är 92 och mer frisk än sjuk. Med mig är det tvärtom.

Signalen får mig att tänka på en annan klocka i en annan tid. Född 1928 var jag ung nog att aldrig bli inkallad under andra världskriget – och gammal nog att arbeta som dräng på sommarloven. Sommaren 1943 var jag dräng på en gård i södra Dalarna, nära Dalälven. Midsommardagen ledig. Ville passa på att se någon mer känd del av Dalarna. I väg tidigt på morgon. Cyklade till Rättvik och sedan längs östra stranden av Siljan. Nådade till Mora just när ringningen till högmässan började. Blev nyfiken, gick in i klockstapeln. Väntade att se någon som drog i ett rep. Såg i stället en trappa vindla högt uppåt.

Upp trappsteg för trappsteg. Fann överst ett golv. I mitten på det en väldig klocka monterad på mitten av en bjälke i golvplanet. På den bjälken var i sin tur en annan monterad på tvärs i rät vinkel. En man trampade på den tvärbjälken. Han fick på det sättet klockan att svänga och kläppen att slå mot klockan så att det dånade.

Får jag försöka? Jag fick trampa. Jag ringde till högmässa i Mora i minuter som kändes många och långa. Sedan ned till cykeln. Jag var ju ledig bara Midsommardagen.

I min drängtjänst lärde jag mig mycket om jord, djur och människor. Bonden följde noga Guds bud att härska över djuren. Han hade i ungdomen haft en plötslig omvändelse och sedan till och med blivit »andedöpt«, alltså talat i tungor.



Hur gick din plötsliga omvändelse till? Jag frågade, han svarade. Han hade fått se, höra och känna hur syndarna pinades i det brinnande helvetet – men sett ljus och frid bortåt och uppåt – och då strävat dit av all sin kraft.

Hade du feber? Svaret: Jag hade spanska sjukan!

Kommer Covid-19 att leda till plötsliga omvändelser? ■

Göran C-O Claesson
mångårig RTVD-medlem



Den finske palliativläkaren Juha Hänninen reste till Nederländerna och Belgien förra året för att skriva en rapport om den legala dödshjäpen i de två länderna.

Med författarens tillstånd ger jag här utdrag ur den rapporten nedtecknad 6 maj 2020.

– Notera att »eutanasi« är – såväl i Holland, Belgien som Finland – det etablerade uttrycket för det vi i Sverige vanligen kallar »dödshjälp«. – Översättn från engelskan av redaktören (Berit Hasselmark).

Rapport från en resa i Nederländerna och Belgien, 26–29 november 2019 av Juha Hänninen, leg läk



Tanken på att besöka Nederländerna och Belgien uppstod ur min besvikelse över eutanasi-debatten i Finland. Det verkar underligt att dessa två länder accepterar åtgärder runt livets slut, medan finska medier presenterar dessa åtgärder som invecklade och etiskt komprometerade lösningar.

Jag förde diskussioner under fyra dagar med tio personer i Amsterdam, Utrecht, Rotterdam, Overveen och Bryssel. Jag gjorde inspelningar och förde anteckningar. De personer jag träffade representerade Dutch Medical Association, Euthanasia Review Committee, universitet och dödshjälpsorganisationer (med SCEN-läkare och läkare som utfört eutanasi). En del hade varit parlamentsmedlemmar och andra var advokater. Sammanlagt tog intervjuerna 15 timmar.

Professor emeritus i kriminologi Eugene Sutorius menade att det kan uppstå konflikt i plikt känslorna när en läkare ger dödshjälp, där det finns ett moraliskt krav att göra det men hen anser att det strider mot den egna medicinska etiken. I dessa fall agerar läkaren alltid, enligt professor Sutorius, i enlighet med den professionella moralkoden. Professor Sutorius anser att eutanasi inte bara berör läkaryrket utan är en del av samhällsdiskussionen. Det viktigaste är förtroendet för hur samhället fungerar.

Terminologi

SCEN-läkare (*Support and Consultation in Euthanasia*)

– i Nederländerna

LEIF-läkare (*Life End Information Forum Physician*)

– i Belgien

Erfaren läkare som ger en oberoende »second opinion« i samband med eutanasi
Har fått specialundervisning
Endast konsulterande, deltar inte i beslutsfattandet.

Granskningskommittéer

Medicinsk, juridisk och etisk expertis

Går igenom alla fall av eutanasi

Specialistcentrum för eutanasi

70 team med ett läkar/sjuksköterske-par

Utvärderar och utför eutanasi i de fall där en

patients husläkare är oerfaren i att utföra eutanasi

Utför de svåraste fallen av eutanasi (psykiatrisk diagnos och demens)

Det finns ingen egentlig klinik

Bakgrund

Läkaren måste vara övertygad om patientens outhärdliga lidande, och det är alltid en fråga om ett enda patientfall. Läkaren måste vara övertygad om att denna, specifika patient lider, det finns inga universella kriterier för lidande.

Läkaren måste vara närvarande hela tiden när eutanasi utförs (i händelse av komplikationer eller dödsfördröjning). Läkaren måste ge en extra dos medicinering om patienten inte är död inom 2 timmar.

Det finns ingen definition på förväntad livslängd inom eutanasi. Patienten behöver inte vara i terminalt tillstånd. Nederländsk lag definierar endast att patienten måste lida på grund av medicinsk anledning.

Vem utför eutanasi och var?

I Nederländerna utförs 85% av eutanasi-fallen av husläkaren. Om patienten är inlagd på sjukhus blir han/hon hemskickad, där husläkaren tar ansvaret. I Belgien – tvärtom – 40% av eutanasi-fallen utförs på sjukhus.

I Belgien definierar lagen att lidandet ska vara fysiskt eller psykiskt. I Nederländerna räcker det att patienten lider. Det finns ingen definition på orsak till lidandet.

De flesta av patienterna i Belgien föredrar att få medlet intravenöst. Om en patient själv sväljer medlet måste läkaren vara närvarande och ge intravenös medicinering om patienten inte dör inom två timmar. I Belgien finns det inga strikta anvisningar för hur eutanasi ska utföras. I Nederländerna finns det en medicinsk anvisning. Om det i Nederländerna förekommer någon avvikelse från de mediciner som får användas vid eutanasi, kan det inte definieras som eutanasi. Morfin är till exempel inte tillåtet som en eutanasi-medicin.

En nyttillkommen fråga är eutanasi på grund av polypatologi (multi-sjuka). En patient har många sjukdomar som sänker livskvaliteten, men ingen av dem räcker i sig för att motivera dödshjälp.

I Belgien är det möjligt att skiva ett rättsligt bindande dokument, ett livsslutsdirektiv, vari en person uttrycker önskan om eutanasi, och den kommer att utföras i enlighet härmed om situationen bedöms irreversibel. Eutanasi är möjlig i vegetativt tillstånd, om personen har skrivit ett livsslutsdirektiv på förhand medan hen fortfarande var beslutskapabel. I vegetativt tillstånd behöver läkaren inte utvärdera patientens lidande.

I Nederländerna startade SCEN-verksamheten 1997 inom vissa områden och 1999 i hela landet. Det påbörja-

des således före eutanasi-lagstiftningen (2002). Det finns 620–630 SCEN-läkare i 30 distrikt i Nederländerna. SCEN-läkaren är en konsulterande läkare som inte utför eutanasi. Om en SCEN-läkare inte håller med familje-doktorn, kan hen be om andra åsikt. Om det skulle behövas ett tredje yttrande skulle det utgöra ett problem för granskningskommittén att lösa.

En SCEN-läkare har licens i 5 år, varefter hen måste registrera sig på nytt. Hen måste ha medverkat i minst 20 samråd. Försäkringsbolag accepterar endast konsultationer från SCEN-läkare (i praktiken 100%).

Specialistcentrum för eutanasi

Ett specialistcentrum för eutanasi upprättades i mars 2012 med 5 läkare och 5 sjuksköterskor. Efter ett år fanns redan 15 team. När en patient inlämnar ansökan om dödshjälp utvärderar detta centrum problemet samt regionen där patienten bor. Det finns inga fasta team. När centret först utvärderar problemet tilldelar man rätt team för patienten. Patienten måste också skicka en skriftlig anhållan (10 sidor) till *Specialistcentrum för eutanasi* i Haag. Denna ansökan

kontrolleras av den medicinska chefen.

År 2019 inkom 3000 ansökningar om eutanasi. I 30% av förfrågningarna är problemet psykiatriskt, men endast 10% av dessa förfrågningar (cirka 100 fall) leder till eutanasi. Totalt tar dessa specialistcentra, eller teamen, årligen hand om 900 fall. Varje lag utför 12–13 eutanasier per år.

I Nederländerna klassificeras eutanasi-fallen som 75% okomplicerade och 25% svåra. Hos specialistcentrum är siffrorna 25% okomplicerade och 75% svåra. Demens är orsak till eutanasi hos procent av eutanasi-fallen hos specialistcentrum. Polypatologi är årligen huvudsaklig orsak till eutanasi i 100–125 fall.

Personal vid specialistcentrum framhåller att deras tjänster alltid är den näst bästa lösningen. Därför utbildar de husläkarna att lösa även de svåraste fallen.

Granskningskommittén utgår från att tro på läkarnas rapporter. Endast de läkare intervjuas, vars rapport ger anledning att tro att något i redogörelsen har hänt vid utförande eller utvärdering av eutanasi. År 2018 intervjuades endast 40 läkare av nämnden. ■

Döden betyder ingenting

Döden betyder ingenting alls.
Jag har bara dragit mig tillbaka till ett annat rum.
Jag är jag och du är du,
Allt vi var för varandra, förblir som det var.

Kalla mig vid mitt vanliga namn
Tala till mig så som du alltid gjorde
Ändra inte ditt tonfall
Håll sorgen borta från din röst.

Fortsätt skratta så som vi alltid gjorde
åt våra gemensamma små skämt.
Var med mig. Le mot mig. Tänk på mig
Låt mitt namn finnas kvar i din vardag
Uttala det – som om ingenting hänt
Sorglöst, och utan spår av skuggor.

Livet förblir vad det är – och alltid var –
Livet går alltid vidare.
Döden är bara ett tillfälligt avbrott mellan oss
Varför skulle du sluta tänka på mig,
för att du inte längre kan se mig?

Jag väntar på dig – någonstans – i närheten.
Allt är bra. Ingenting är förlorat. Allt är bra.

*Engelskt original: Death is nothing at all
av Henry Scott-Holland (1847–1918) – präst i London*

Den oundvikliga sanningen: palliativ vård räcker inte – vi kan och bör lagstifta för läkarassisterat döende

I British Medical Journal den 25 september 2019 berördes den nu omtalade skriften »*The Inescapable Truth – how seventeen people a day will suffer as they die*« utgiven av The Campaign for Dignity in Dying i England. Den engelske läkaren Arun Bhaskar med lång erfarenhet av smärtlindring inom den palliativa vården har ofta blivit citerad efter att ha uttryckt sin bestämda åsikt som går på tvärs mot förhärskande synsätt inom den palliativa medicinen.

Dr Bhaskar är ordförande i »The British Pain Society«. Han skrev: »*Nya data motsäger argumenten att bättre tillgång till palliativ vård gör dödshjälp överflödigt. Den verklighet vi måste acceptera är att en betydande minoritet av obotligt sjuka har ett lidande som inte kan kontrolleras, inte ens med palliativ vård i världsklass.*« Han menade att det därför behövs komma till stånd en lagändring för att ge möjlighet till assisterad dödshjälp för en denna grupp patienter.

Dr Bhaskar citerade nyligen genomförd forskning från Office of Health Economics som angivit att – även om alla döende som behövde palliativ vård hade tillgång till nivån vård som för närvarande tillhandahålls på sjukhus – 6 394 personer om året, eller 17 om dagen, skulle fortfarande inte få någon smärtlindring under de tre sista månaderna av deras liv.

Denna uppskattning inkluderar inte de som endast får delvis smärtlindring eller som lider av andra lika störande symtom. Detta överensstämmer med forskningsresultat som tagits fram av Dignity in Dying som visar att mer än fyra av tio sjukvårdspersonal (43% av 1 008) har erfarenhet av att ta hand om någon som har lidit i slutet av livet trots att han fått palliativ vård av hög kvalitet.

Dessa nya data, menar Bhaskar, motsäger det ofta citerade argumentet att bättre finansiering eller tillgång till palliativ vård skulle motsäga behovet av läkar-assisterat döende. Verkligheten vi måste acceptera är att det finns en betydande minoritet av sjukdomar med död, vars »*lidande inte kan kontrolleras av ens palliativ vård i världsklass.*«

Alternativet vore, enligt Bhaskar, att överväga att ge dessa patienter ett annat alternativ som skulle tillåta dem att förkorta sitt lidande på ett värdigt, snabbt och smärtfritt sätt?

Rapporten »The Inescapable Truth« undersöker också nuvarande livslängdspraxis, för svårt sjuka och döende som

frivilligt slutar att äta och dricka, ges palliativ lugnande medicin. Dessa alternativ kan ge många döende människor en god död, men de kan också resultera i onödigt långvariga och oroande perioder innan döden inträder. Enligt denna rapport anser bara en fjärdedel (24%) av palliativvårdens anställda att vägra behandling (ingen vätska, ingen föda) för att skynda på döden är mer etiskt än att ge människor möjlighet till en assisterad död.

Dr Bhaskar erkänner som konsult i smärtmedicin med bakgrund i anestesi och intensivvård och med betydande erfarenhet av att behandla cancersmärta att »*det finns gränser för vad vi kan erbjuda vissa döende patienter som lider outhärligt. Och andra verkar känna samma sak: bara en av tio (13%) hälso- och sjukvårdspersonal tror att utan en lag för frivillig dödshjälp finns det tillräckliga alternativ för att ge döende människor meningsfull kontroll över sitt lidande.*«

I stället för ett meningsfullt val, i det egna landet, tvingas många döende människor att resa utomlands för en juridisk hållbar frivillig dödshjälp. Läkare går också in för att fylla tomrummet. Mer än sex av tio (62%) sjukvårdspersonal tror läkare eller sjuksköterskor har avsiktligt påskyndat döden som ett medkännande svar på patientens begäran att avsluta sitt lidande. Det skulle vara mycket säkrare för alla inblandade att ha en transparent lag för frivillig dödshjälp med tydliga skyddsåtgärder på förhand och övervakning.

Dr Bhaskar menar att rapporten »The Inescapable Truth« visar att han inte är ensam om att tro att palliativ vård inte är det universalmedel det ofta anses vara.

Han avslutar sin kommentar med att säga: »*Tillgång till sjukvård är en grundläggande mänsklig rättighet, men jag känner att vi – genom att förneka våra patienter valet av frivillig dödshjälp – inte respekterar dem som individer och bortser från deras rättigheter. Att tvinga någon att lida emot deras önsknings och uthärda en utdragen död är tortyr och är inte acceptabelt i ett civiliserat samhälle. Enligt min mening är en ändring av lagen nödvändig för att möjliggöra frivillig dödshjälp med robust skydd det enda rimliga svaret på resultatet av denna rapport.*« ■

Staffan Bergström
ordförande

RTVD – Riksföreningen Rätten Till en Värdig Död

Hemsida: www.rtvd.nu
För allmänna frågor om RTVD:
tel 08-076 59 72 (tel svarare)
eller e-posta info@rtvd.nu

Medlemsavgift 200 kr/pers/år
För medlemskap, ring 08-1215 1315
eller e-posta rtvd@foreningshuset.se
– och be om inbetalningsavi
För gåvor: plusgiro nr 56682-8

Tryck: TMG Sthlm
Layout: Bokstaven AB

Adress: RTVD c/o Föreningshuset
Virkesvägen 26, 120 30 Stockholm
Org nr 802007-3865

Ansvar för innehållet i Bulletinen står undertecknaren för.

Att bemöta argument mot frivillig dödshjälp

F d justitierådet Göran Lambertz har i en nyutkommen bok, »Vänbok till Mikael Mellqvist«, skrivit ett kapitel som utlinjerar ett lagförslag och givit det titeln »En lag om ett självvalt slut på livet«. I detta kapitel har Lambertz tagit upp de främsta argumenten mot frivillig dödshjälp och skisserat några bemötanden, som jag vill vidareutveckla här.

1. Där det finns god tillgång på palliativ vård finns inget behov av dödshjälp. – Bemötande: Det finns fysiska smärtor där palliativ vård inte hjälper. Den finske onkologen och hospiceläkaren Juha Hänninen har påpekat detta. Mot psykisk/existentiell smärta finns inga botemedel och ingen palliativ vård. Denna smärta kan orsakas av:

- Åldersbetingade funktionshinder nedsättning av sinnesorgan, särskilt syn och hörsel
- Tidigt stadium av demens-utveckling där den sjuka är fullt medveten om sitt tillstånd men inte kan formulera detta språkligt. Jag har själv följt denna utveckling hos en nära vän och det är uppenbart att hon lider.

2. Frågan om dödshjälp drivs av friska personer, medan sjuka inte efterfrågar det. – Bemötande: De sjuka har sannolikt blivit för sjuka och kanske hunnit påverkas av smärtstillande mediciner som försämrat deras kognitiva förmåga. Friska, framsynta har förstått vad som kan vänta vid svår sjukdom eller långt framskriden ålder; det är därför självklart de som efterfrågar frivillig dödshjälp innan de hunnit bli sjuka eller alltför gamla

3. Den palliativa vården kommer att försummas om dödshjälp blir tillåtet. – Bemötande: Det har visat sig bli tvärtom, bl a i Belgien där den palliativa vården byggts ut och den frivilliga dödshjälp blivit laglig och införlivats med den palliativa vården.

4. Dödshjälp leder till att förtroendet för vården minskar. – Bemötande: I Nederländerna har flera studier visat att tilliten till samhällets hälso- och sjukvård har ökat bland människor.

5. De medicinska bedömningarna är osäkra. – Bemötande: Det är inte den medicinska bedömningen som skall avgöra om jag skall få frivillig dödshjälp, det är utslutande patientens egen bedömning av sitt eget tillstånd. Roland Kunz, en av pionjärerna inom schweizisk palliativvård, har sagt att en människas subjektiva upplevelse av livskvalitet inte kan objektiviteras.

6. Patienter som väljer dödshjälp gör det på grund av depression. – Bemötande: Det är viktigt att göra skillnad på den sorgreaktion som tex ett cancerbesked kan ge upphov till och en kliniskt verifierbar depression. I alla länder där frivillig dödshjälp finns att tillgå på specifika villkor finns alltid en granskning för att utesluta behandlingsbar depression

7. Det är svårt att säkerställa att patienten är beslutskompetent. – Bemötande: Vanligen är det inte svårt. Dessutom kan man begära utredning av expertis innan läkarassisterat döende beviljas och det kan gälla också för det datum då ett »livsslutsdirektiv« undertecknas. Beträffande detta är det avgörande att det skall vara juridiskt giltigt att

tillämpas vid ett senare datum då vederbörande inte är beslutskapabel men befinner sig i en situation som angetts i livstestamentet.

8. Det är svårt att säkerställa att en begäran om dödshjälp är frivillig och bestående. – Bemötande: Man kan göra en utredning av såväl psykiatrisk som social expertis, vilken borde kunna utesluta eller bekräfta att begäran om dödshjälp är frivillig eller ej.

9. Det finns en risk att patienter begär dödshjälp för att inte vara en börda. – Bemötande: Om den som ansöker om dödshjälp subjektivt upplever sig vara en börda trots att ingen annan betraktar vederbörande som börda så är det den subjektiva upplevelsen som skall vara avgörande. Denna subjektiva upplevelse av att vara en börda är i sin tur avhängig av såväl om äldre-omvårdnad och palliativvård är optimal och lika tillgänglig överallt, vilket inte är fallet i dag.

10. Människosynen i samhället kan förändras om dödshjälp tillåts. – Bemötande: Detta har ingenting alls att göra med frivillig dödshjälp i sak. Människosynen har ytterst att göra med på vilken ideologi ett samhälle byggs och styrs. I sak är detta snarast en politisk och demokratisk fråga än en fråga om dödshjälp i sig.

11. Om dödshjälp legaliseras kommer praxis att utvidgas till allt fler patientgrupper. – Bemötande: Ja, och det behöver inte vara fel. Svårt plågade små barn är inte beslutskapabla men det är deras föräldrar/vårdnadshavare eller i varje fall borde vara det. Det finns även behandlingsresistenta långvariga depressioner. Samt demens-sjuka, se ovan om livstestamente. Även här gäller vilken människosyn ett samhälle har.

12. Dödshjälp innebär särskilda risker för sårbara grupper. – Bemötande: Viktigt att komma ihåg att även funktionsnedsatta/handikappade kan drabbas av cancer, ALS etc. Det finns i England föreningen DADID (»Disabled Activists for Dignity in Dying«). En enkätundersökning 2015 fann att 86% av funktionsnedsatta stödde The Assisted Dying Bill.

13. Dödshjälp kan misslyckas. – Bemötande: Ja, men det är inget argument i sak. All hjälp kan misslyckas. Alla medicinska åtgärder har i sig en risk att misslyckas även om den är liten.

14. Dödshjälp är en börda för personalen. – Bemötande: Att ge hjälp är också en akt av fri vilja. Det är därför viktigt att lagtext om frivillig dödshjälp utformas så att den entydigt skyddar var och en som av vilket skäl som helst inte vill medverka till utförande av dödshjälp. Inget land med lagstiftning tillåtande frivillig dödshjälp har tvång för den enskilde vårdgivaren att delta i dödshjälp.

15. Livet är okränkbart och därför är det alltid fel att avsluta ett människoliv. – Bemötande: Detta är kvalificerad dumhet och en floskel som upphöjts till dogm av vissa, som dessutom fullständigt obesvärat kränker en massa andra människoliv inom andra områden. Det centrala är ju självbestämmandet, »den yttersta friheten«. ■

Elisabet Abelin-Norell
Leg. läkare

» Dödshjälp « i coronapandemins skugga

I kölvattnet på den pågående corona-pandemin har det förekommit påståenden om att det rör sig om »dödshjälp« när äldre människor som drabbats av corona-infektion lämnas utan läkartillsyn och får sk »palliativ« vård, dvs betraktas som döende. Det mest förvirrande inlägget kom 24 juni 2020 på DN Debatt från Sveriges kristna råd med titeln »Hur nära dödshjälp har coronavården av äldre varit?«. Där ställs den mera detaljerade frågan »Hur nära är den praktik som vi har sett i Sverige under denna pandemi det som kallas eutanasi?«

Kritiken mot artikeln har varit förödande. Hanne Kjöllér skriver på ledarsidan i DN 27 juni 2020: »Jag har gått ur Svenska kyrkan. Det är jag glad för när jag nu läser vad ärkebiskopen insinuerar att vårdanställda gjort sig skyldiga till.« Och vidare »Jag läser, häpnar och tackar Gud för att jag gått ur Svenska kyrkan (---) som nu har en ledande företrädare som i stället sår misstro om att vårdgivare i Sverige ägnar sig åt att aktivt döda 'våra' äldre.«

I en anda som liknar det som ärkebiskopen Antje Jackelén och Sveriges kristna råd anfört ovan citeras geriatrikprofessorn Yngve Gustafson om den inadekvata äldrevården i samband med covid-19 infektion i DN 2020-05-20. Han uttrycker att det rör sig om »aktiv dödshjälp«. Det är ett gravt missvisande uttryck.

För det första har Smer (Statens medicinsk-etiska råd) avvisat uttrycken »aktiv« och »passiv« dödshjälp av det enkla skälet att »hjälp« alltid innebär beslut om en åtgärd, dvs en avsiktlig och aktiv handling. En underlåtenhet att hjälpa är givetvis ingen »hjälp« och därför är »passiv döds-hjälp« en självmotsägelse.

För det andra är »dödshjälp« internationellt – i alla länder med legaliserat självbestämmande inför döden – baserad på frivillighet och samtycke gällande lidande patienter i livets slutskede drabbade av obotliga sjukdomar som cancer, ALS eller andra liknande tillstånd. Jag är säker på att Yngve Gustafson håller med om detta och att han vet att upprepade undersökningar i ett stort antal länder, bl a Sverige, visat att en stor majoritet av befolkningen är positiva till frivillig dödshjälp när allt hopp är ute.

De covid-19-drabbade äldre med andningssvårigheter och ångest måste självfallet bedömas av läkare och inte uppmärksammas först efter anhörigas larm om vanvård som i DN:s reportage och i ett flertal andra medier.

Riksföreningen RTVD bildades 1974 och har alltså verkat för rätten till frivillig dödshjälp i över 45 år. Men RTVD är noga med att betona att denna frivilliga dödshjälp måste vara en del av och integrerad i den palliativa vården, vars utbyggnad och förbättring är en av RTVDs huvudmålsättningar.

Intellektuell redlighet kräver att vi i pandemins kölvatten

inte missbrukar begreppet »dödshjälp« och underkänner det helt legitima självbestämmandet hos obotligt sjuka och svårt lidande i livets slutskede. I vårt land har debatten pågått i decennier och vi vet – med palliativläkarnas egna ord – att palliativvården inte klarar allt. I Europa är allt flera länder på gång med radikalt ändrad lagstiftning i syfte att legalisera frivillig dödshjälp inom ramen för de mänskliga rättigheterna. Nu senast (februari 2020) förklarade den högsta tyska författningsdomstolen i Karlsruhe att förbud mot frivillig dödshjälp strider mot den tyska författningen. I tio delstater i USA med legaliserad dödshjälp lever nu hela 25% av USAs befolkning, medan politikerna i Sverige inte ens har modet att utreda frågan om självbestämmandet i livets slutskede för dem som enträget begär frivillig dödshjälp.

Förhoppningsvis får vi – efter covid-19-pandemin – en annan syn på den frivilliga dödshjälpen till obotligt sjuka och lidande i livets slutskede när den palliativa verktygs-lådan är tom.

Det är viktigt att vi emellanåt går tillbaka till RTVDs målsättningar och prövar om vi tycker att de är tillräckliga. Som jag tidigare påmint om har vi tre målsättningar enligt våra stadgar. Jag vill först och främst erinra om att RTVD – som många av våra belackare missat – strävar efter: *att den palliativa vården utvecklas och att den görs tillgänglig och jämlik i hela landet.*

Sedan har vi målsättningen om livsslutsdirektivet, där RTVD eftersträvar:

att den som är myndig och vid sina sinnens fulla bruk ska ha rätt att upprätta en juridisk bindande handling, ett livsslutsdirektiv, i vilken utfärdarens vilja angående vård, behandling och hjälp att dö kommer till uttryck.

Därefter har vi den övergripande målsättningen, där RTVD hävdar:

att den som drabbas av ett lidande, som den drabbade själv upplever som oacceptabelt och som inte kan botas eller lindras, skall ha rätt till obegränsad smärtlindring även om döden därigenom kan komma att påskyndas och rätt att på egen begäran få hjälp att dö.

Vi kan inte opåtalat låta religiösa fundamentalister driva tesen att covid-19-pandemin innebär att äldre tvingas till »eutanasi«, vilket i Sveriges kristna råds kontext innebär »avlivning«. En sansad och balanserad utredning om en lagfäst rätt till frivillig dödshjälp inom ramen för en palliativ vård kan inte vänta. ■

Staffan Bergström
ordförande

Tragedierna inom äldre vården är inte eutanasi

SKR:s upprördhet är befogad men ordvalet är felaktigt, skriver Stellan Welin, Rätten till en värdig död.

Debatt

I en artikel i *Dagen* 25 juni »SKR lyfter frågan på nytt var det dödshjälp?« redogörs för att Sveriges kristna råd, företrätt av Daniel Alm, Anders Arborelius, Benjamin Dioscoros, Antje Jackélen och Karin Wiborn, skriver om dödsfallen på svenska äldreboenden under den rubriken »Hur nära döds-hjälp har coronavården av äldre varit?« (DN debatt 24 juni 2020)

SKR tar upp, med en upprördhet som jag delar, hur äldre, som det verkar, felaktigt har bortprioriterats och satts på palliativ vård, i många fall utan att läkaren haft kontakt med patienten. Ett särskilt upprörande fall var den 81 årige man, där anhöriga tog strid och deras pappa kom ut frisk ganska snart med rätt behandling. SKR frågar sig »Hur nära är den praktik som vi sett i Sverige under denna pandemi det som kallas eutanasi?«

Frågan är vad författarna menar med eutanasi. Menar de eutanasi i den mening nazisterna bedrev sitt »eutanasi-program«, där läkare och vårdpersonal systematiskt mördade oönskade människor? I debatten har det ibland framförts påstående av (nästan) denna art. Jimmie Åkesson talar om dödstalen bland de äldre som en »massaker« (Aftonbladet 11 juni 2020) och Ebba Busch menar att regeringen »med berätt mod« tillåtet en stor smittspridning. Menar företrädarna för SKR att läkarna avsiktligt har dödat patienter? Jag tror inte det.

Det som har hänt inom äldre vården är en tragedi. Många människor har dött i förtid. Flera av dessa hade troligen kunnat fått ett bra fortsatt liv med rätt vård. Kommande utredningar får visa vilka eventuella fel som begåtts. Samtidigt får vi inte glömma att det finns många sköra äldre som inte skulle gagnats av intensivvård. För dem var palliativa åtgärder bättre. Men det får inte vara så att den som behöver vård och kan tillgodogöra sig vården nekas, baserat på ålder, och istället får palliativ vård. Särskilt upprörande är om detta har skett utan att läkaren gjort en bedömning på plats. Det är självklart fel om äldre rutinmässigt prioriteras bort, särskilt som det hela tiden fanns vårdresurser tillgängliga.

Om inte författarna menar eutanasi i nazismens mening, så måste de mena den eutanasi som finns i till exempel Holland. Där kan en svårt sjuk patient på egen begäran få en dödande injektion av en läkare. Orden »på egen begäran« är centrala och det finns olika regler i alla länder med döds-hjälp för att säkerställa att önskan om dödshjälp verkligen

är patientens egen utan påtryckningar utifrån. De flesta av de tveksamma fall i Sverige, där äldre vägrades behandling, var inte på deras egen begäran. Svensk lagstiftning tillåter dock att läkaren väljer bort en viss behandling, om läkaren inte tror den blir till nytta för patienten. Patienten har aldrig rätt att kräva en viss behandling, men måste samtycka till all behandling. Å andra sidan är läkaren skyldig att föreslå den bästa behandlingen »enligt vetenskap och beprövad erfarenhet«.

Man kan tycka vad man vill om dödshjälp – jag anar att skribenterna från Sveriges kristna råd ogillar dödshjälp – men centralt är att den ska ske på patientens egen begäran. Mycket av kritiken mot dödshjälp skjuter in sig på att en sådan begäran om dödshjälp beror på påtryckningar eller depression. Själv tror jag att kritikerna har fel i detta. Depressionerna går att sortera bort och behandlas. Men någon dödshjälp »på egen begäran« har det inte varit på svenska äldreboenden. Man har inte ens varit nära. Däremot har troligen ett antal äldre felaktigt prioriterat bort av läkare.

Eutanasi brukar betyda att läkaren ger en dödande injektion. Detta är tillåtet i några länder men förbjudet i Sverige. Att ge en patient en dödande injektion är dråp eller mord i Sverige. Däremot är det lagligt i Sverige att hjälpa någon att begå självmord. Det betyder att den andra formen av döds-hjälp – att patienten får ett dödande medel som patienten själv intar – är tillåten i Sverige. Legitimerad personal som medverkar åtalas inte men riskerar att få legitimationen in-dragen.

En utredning har nyligen föreslagit kriminalisering av »hets till självmord« (SOU 2019:32). Utredningen föreslår ingen ändring vad gäller medhjälp till självmord. Föreningen Rätten till en värdig död vill att det ska bli tillåtet för vård-personal att medverka till dödshjälp under strikta regler.

Så gick det inte till på svenska äldreboenden. Det förekommer ingen dödshjälp på svenska äldreboenden. Det förekommer heller ingen eutanasi – vare sig man avser nazisternas avskyvärda mordprogram eller eutanasi som att få en dödande injektion på egen begäran. Företrädarna för Sveriges kristna råd – och många andra – borde vara försik-tigare med ordvalen. ■

Stellan Welin,

Professor em, medlem i Rätten till en värdig död (RTVD)



Ordföranden har ordet

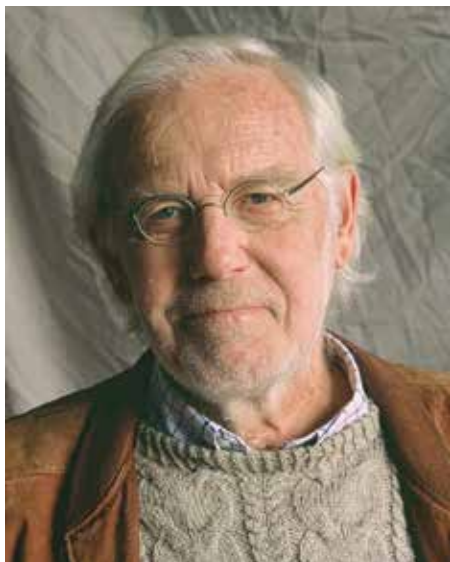


Foto: Ewa Rudling

Livets början och livets slut är besläktade men etiken och juridiken gör dem olika

Friheten då vi inträder i livet – för den födande kvinnan – och då vi utträder ur livet – för den döende individen – borde vara fundamentala rättigheter. Men inträdet i och utträdet ur mänskligt liv regleras i Sverige av etiska och juridiska regelverk som är väsensskilda.

Det är märkligt att vårt samhälle utan tvekan accepterar förlossningshjälp men – åtminstone bland politiker och vissa religiöst troende grupper – hyser misstanke och motvilja mot frivillig dödshjälp. I båda fallen syftar hjälpen till att lindra smärtor och visa respekt för det lidande som finns i livets början och i livets slut. Men beröringsskräcken bland politiker inför den frivilliga dödshjälpen är monumental. Och irrationell.

Jag är förlossningsläkare och

samtidigt ordförande i riksföreningen Rätten Till en Värdig Död (RTVD). Är inte dessa dubbla roller motsägelsefulla? Jag finner inte det efter mer än 50 års erfarenhet som läkare och jag menar att etiken vid livets början och livets slut är besläktade.

Trots Bibelns ord om att kvinnan skall föda med smärta strävar vi inom förlossningsvården efter maximal smärtlindring – utan att alltid lyckas. Sammalunda inom den palliativa vården som vid livets slut eftersträvar maximal lindring av den döendes plågor – utan att alltid lyckas. Tidigare gällde alltså att »kvinnan skall föda med smärta« vid livets inträde. Fortfarande gäller det bibliska kravet »du skall icke dräpa« vid utträdet ur livet, som om lidandet i livets slutskede alltid är underordnat »plikten att leva«.

Finns det överhuvudtaget en plikt att leva?

Betingelserna för utträdet ur livet är i händerna på vårdande människor. Även om den enskildes integritet är fundamental i vårt land finns i verkligheten inte »den sista friheten«: självbestämmandet i livets absoluta slutskede.

I vårt land finns det ingen frihet i detta slutskede: när den obotligt sjuke och döende patienten inte får den lindring i ångesten eller smärtan som den palliativa vården är oförmögna att ge, är hjälpen från en läkare – på patientens uttryckliga begäran att få dö – olaglig och kan inte ges i Sverige. Den läkare som hjälper den döende patienten att dö och att slippa ett meningslöst lidande blir dömd för dråp och förlorar sin legitimation.

Är detta verkligen ett problem i Sverige idag? Den palliativa vården

klarar mycket av omhändertagandet i livets slutskede. Men inte allt. På annan plats i detta nummer av Bulletinen har jag citerat Dr Arun Bhaskar som är ordförande i »The British Pain Society«: »Nya data motsäger argumenten att bättre tillgång till palliativ vård gör dödshjälp överflödig. Den verklighet vi måste acceptera är att en betydande minoritet av obotligt sjuka har ett lidande som inte kan kontrolleras, inte ens med palliativ vård i världsklass.«

Notera att denne framstående palliativläkare skriver »inte ens med palliativ vård i världsklass«.

I Sverige har en läkare rätt att hjälpa en obotligt sjuk, respiratorberoende patient att dö – på dennes uttryckliga begäran – genom att helt sonika (med patienten sövd) stänga av respiratorn. Det kallas inte »hjälp att dö« eller »dödshjälp«. En läkare har också rätt att hjälpa en obotligt sjuk cancerpatient att dö – på dennes uttryckliga begäran – genom att sätta ut vätskedropp och näringsdropp och sedan sänka medvetandenivån genom s k kontinuerlig terminal sedering. Det kallas inte heller »hjälp att dö« eller »dödshjälp«. Läkaren räddas från dråpanklagelse genom att hen »inte avsåg« att förkorta livet. Men – i ärlighetens namn – vet ju varje läkare att terminal sedering utan vätska och näring leder till döden inom loppet av 1–2 veckor. Med andra ord: läkaren förkortar livet för patienten. Och gör detta med berätt mod. I den svenska sjukvården är detta inte »hjälp att dö« eller »dödshjälp«. ■

Staffan Bergström
Ordförande RTVD