



Ny RTVD-folder

Nu finns en ny folder som ger information om vår riksförening RTVD. Ett litet vikt kort, storlek som ett visitkort, för plånboken eller handväskan har vi också tagit fram.

I kortet finns information om hur man går vidare för att bli medlem eller hittar till RTVD.

Av vår hittillsvarande broschyr (16 sidor) finns ännu en mindre mängd kvar.

Beställ gärna (se Redaktörens rader) vårt material, dela ut till dina vänner eller lägg en bunt på en plats där folk passerar.

Det själviska självmordet

Detta är berättelsen om Sofia, 79 år, som tog sitt liv för en kort tid sedan. Hon räknade inte med och kunde uppenbarligen inte tänka sig de starka reaktioner som hennes självmord skulle förorsaka i hennes familj. Eller kanske gjorde hon just det, med den vetskap hon hade sedan tidigare om vissa av familjemedlemmarnas brist på mänsklig insikt. Kanske blev detta en anledning till att hon inte berättade något på förhand.

Precis som många av våra RTVD-medlemmar var Sofia inte obotligt sjuk, hon var inte deprimerad och hon planerade sin död in i minsta detalj. Sofia dog därför lugnt och stilla i sitt eget hem. Som metod valde hon sömnmedel som hon inhandlat i Sydamerika flera år tidigare under en kryssningsresa i Karibiska havet. Medlet hade legat undagömt på en säker och sval plats, med tanke att kunna användas vid behov. Av olika anledningar kände Sofia att tidpunkten nu var inne. Därför blev självmordet ett faktum och allt gick enligt de egna beräkningarna.

En detalj hade Sofia dock inte tänkt på. Hon dog under

sommaren och just den här sommaren var ovanligt varm. Folk var bortresta till landställen eller på semesterresor. Det var också en del i planeringen, att Sofia ville vara ifred. Hennes kropp hittades emellertid inte på flera veckor, och då av sonen. Upptäckten var förstas traumatisk. Samtidigt som det var en chock att plötsligt förlora en mor och en farmor, var också de närmsta familjemedlemmarna mer än upprörda.

De skrev ett brev till Sofias vårdcentral, som de antog borde ha kunnat förhindra det inträffade. – »Vi mår alla förfärligt dåligt, vi känner ilska, skuld, sorg, förödmjukelse och svek – allt på samma gång.« Brevet fortsätter: »Vår 15-åring är ursinnig över att någon som han älskade, som han dyrkade, och som var frisk valde att ta sitt liv i stället för att leva så länge som möjligt.«

Om Sofias kropp inte hade hittats i ett tillstånd av svagt påbörjad förruttelse så kanske familjemedlemmarna hade kunnat respektera hennes handling. De fortsätter: »Vi skulle

fortsättning på s. 2

Det själviska självmordet

fortsättning från s. 1

uppriktigt sagt vilja kunna uppmana den som funderar på en planerad död att tänka på de anhöriga. Ingen bör få genomföra en sådan här egoistisk handling, som lämnar efter sig djupt upprörda personer fyllda av obesvarade frågor och ångest.»

Och vidare: »Självmord är sannerligen den ultimata egoismen.»

Jag kan visserligen känna deltagande för familjen i sorgen efter Sofia, men tycker ändå inte att deras sätt att reagera är berättigat - att deras självklara förväntan att Sofia borde ha fortsatt leva för deras skull. Självklart hade Sofia sina egna skäl till att gå bort när hon gjorde det.

Sofias död ger upphov till två viktiga frågor. Den ena gäller kommunikationen mellan människor. Att prata om döden är mycket svårt. Det är särskilt svårt för personer när det görs för första gången och det kan vara än svårare för personer som står varandra nära. Det är svårt på ett djupare plan när en människa, som vi känner, väljer att avsluta sitt liv. Då kan handlingen samtidigt ge en känsla av avståndstagande mot de av oss som finns kvar. Ett bra samtal om döden blir därför i realiteten nästan aldrig av.

Den andra frågan som Sofias död ger upphov till gäller vikten av att, i samband med planering av sin egen död, även tänka på någon slags meddelande som skall komma fram efter dödens inträdande. Hur hittas jag? Vem hittar mig? När bör jag kunna hittas?

Vi som är medlemmar i RTVD har stundom anledning att tänka ordentligt runt de här frågorna. Det är i vilket fall som helst vanligt att just vi tänker mycket på döden och särskilt på den egna döden. Vår död är kanske inte nära förestående här och nu (om jag inte har en pågående, allvarlig sjukdom) men vi tänker ändå på hur det hela skall gå till den dag man är där. Vi försöker föreställa oss vår egen död och vi gör vad vi kan för att ta reda på det som går att få veta. Vi skriver vårt eget *Livsslutsdirektiv* och vi söker efter vägar att ha kontrollen kvar i samband med den sista tiden här på jorden. Bara det faktum att vi betalar vår årsavgift till RTVD gör att vi vet att det finns en förening som kämpar för att alla människor i vårt land – också vi – skall kunna få möjlighet till dödshjälp om det en dag skulle behövas.

Vad kan den enskilda människan göra för att hjälpa sig själv till en värdig död? Jag ser fem punkter som är viktiga.

- Kunskap – i att förstå mig själv, mina sjukdomar och mina sista önskningsar
- Kunskap – om lagarna kring dödsfall i vårt land
- Planering – att tänka strategiskt för att få kontroll över sin egen död
- Kommunikation – med sin vårdläkare och med sin familj
- Accepterande – av sanningen i att jag skall dö.

Jag kan gärna gå in lite mer på dessa punkter, en och en, i en senare artikel här i Bulletinen. Här återkommer jag först till den svåra frågan om det eventuellt egoistiska i Sofias suicid.

Får man ta sitt liv så där plötsligt, så oväntat?

Om Sofia först hade låtit familjen veta att hon planerade ett självmord, hade de troligen känt sig ängsliga dag och natt för att det skulle ske »just idag« eller »nästa vecka.« Det hade blivit en oro och en ångest i allt kring Sofia som hon inte skulle ha orkat med. Hon hade ju själv sina egna problem med planeringen av döden.

Det är nästan för mycket begärt, att låta en annan person, särskilt inte en nära anhörig, känna till och uppföra sig »normalt«, medan en människa planerar att ta sitt liv – utan att försöka ifrågasätta och stoppa det hela, utan att protestera. Hon, den anhöriga, känner sig nu delaktig, medansvarig. Den anhöriga vet att hon alltid kommer att bli anklagad av den övriga familjen för att hon låtit Sofia dö.

Ja, om hon inte hade tillåtit Sofia att begå självmord, så hade väl Sofia levt än i dag! Till allas glädje.

Vadå, allas glädje? Sofia känner sig inte längre behövd i familjen. Barn och barnbarn har sällan tid att besöka henne numera. Det blir några möten om året – »skyldighetsbesök«, tänkte Sofia. Av hennes jämnåriga vänner är de flesta döda. Hon vill absolut inte hamna i äldrevården och vad annat har hon väl att nu se fram emot.

Ett mer öppet planerande kunde för övrigt riskera att bli känt hos någon så kallad vän av ordning, någon som känner sig manad att bryta in och styra upp situationen på så sätt att Sofia tvångsintars på Psykiatrisk klinik under diagnosen depression. Detta är ganska vanligt. Där blir hon inlåst och erhåller eventuellt samtalsterapi. Det skulle Sofia känna som ren kränkning. Hon kan där inte alls få förståelse för en planering för döden. En person som planerar på högsta allvar för sin egen död anses a priori som »en tokig människa.« Efter utskrivning från psykiatri får hon troligen tider att passa för kontinuerliga stödsamtal. I samtalen får Sofia alla argument för att fortsätta leva.

Allt detta ville nog inte Sofia riskera. Hon känner de sina. Hon vill ha lugn och ro runt sin egen död. Lugnet är för henne en stor del i begreppet »en värdig död.« Ja, ordet »värdig« är ett laddat ord och betyder olika saker för olika människor. Vi måste acceptera Sofias tankar om just hennes värdiga död.

Ungefär så här kan jag tänka mig att Sofia har resonerat när hon gick vidare i sin planering. Och därför har jag förståelse för Sofias tystnad gentemot familjen. Men jag vet också att det finns familjer där samhörigheten och förståelsen är så stor att det faktiskt fungerar att prata även om så här känsliga saker, som den egna döden.

Men hade Sofia blivit bättre accepterad om hon redan varit i ett starkt försämrat tillstånd i en svår sjukdom när hon tog sitt liv? Nej, det är inte säkert. En del människor anser ändå aldrig att suicid är det rätta.

Hon var kanske en av dem som heller inte ville fastna i ett akut uppkommet sjuktilstånd där man blir utlämnad och hjälplös och den egna valfriheten tas ifrån en. Eller hon ville inte ha uppnått ett av sjukdom nedbrutet tillstånd där man ger ett skrämmande intryck inför besökande barnbarn. Hon ville inte bli ihågkommen sådan.

fortsättning på s. 4



Kära RTVD-medlemmar,

Som ni såg på sidan 1 kan ni beställa PR-material från oss (se adress nedan). Det är ett sätt att hjälpa till att sprida kännedom om vår verksamhet. Numera finns foldern också på nätet, på vår hemsida, för nerladdning. Ni som har dator kan skriva ut så många ex ni vill!

Jag vill gärna få sagt att de artiklar ni läser här i Bulletinen inte alltid överensstämmer med RTVD's åsikter. Det skrivna står för den som har skrivit artikeln och kan ibland – ibland inte – sammanfalla med det som RTVD står för. Vi behöver denna kanal, Bulletinen, där det är högt i tak för debatten om hur det kan bli eller borde bli i livets slutskede. Vi har en annan kanal också – på FaceBook, på nätet (se vår hemsida www.rtv.d.nu). Men vi vet att många av våra medlemmar inte har dator – därför behövs Bulletinen.

Jag har skrivit en artikel om ett självmord i det här numret. Jag vill gärna framhålla att jag inte tycker att

självmord är en bra lösning på livets avslut. Men ibland är det ändå den enda utvägen och jag tror dessutom att många onödiga självmord skulle undvikas om vi levde i ett land där döds hjälp fanns att tillgå.

I det sammanhanget måste jag påminna er om att jag är alltid glad att få era egna insändare – även om jag inte på förhand kan lova att allt får en plats i vår medlemsskrift. Men om ni till exempel skickar en insändare till er egen lokala tidning, skicka då gärna samtidigt densamma till Bulletinens redaktör!

Kanske läste ni att den ansedda brittiska fysikern Stephen Hawking hade uttalat sig om dödshjälp, som han tycker skall tillåtas i Storbritannien. Den 71-årige forskaren lider av sjukdomen ALS och har tillbringat största delen av sitt liv i rullstol och talar med mekanisk hjälp.

– Jag anser att de som är döende och lider stor smärta ska ha rätt att besluta om att avsluta sina liv och att de som hjälper dem ska slippa åtal, sade Hawking om så kallat assisterat självmord.

Denne man har blivit beundrad och noterad för att, trots att han ser så hop-sjunken och ömkansvärd ut, han ändå har en sådan värdighet och träffsäker styrka. När en så erkänt omdömesgill och intelligent person som Stephen Hawking går ut och öppet deklarerar något så här kontroversiellt (kontroversiellt för en del personer) – så känns det bra. Debatten kanske nu vänder sig en del i en mer gynnsam riktning. Han vet vad han talar om. Han ser skillnaden mellan att vara en svårt handikappad människa och att vara obotligt dödssjuk.

Detta är stort. Detta verkar till exempel inte de handikappades förbund ha förstått.

Jag blir ändå lite beklämd över att vårt mål – en god död – detta tabubelagda ämne, så snabbt får utrymme i tidningsspalterna när en känd person yttrar sig om det. Om du eller jag går ut och säger detsamma, så lyssnar ingen.

Vår jakt efter »spännande personer« – eller efter »fängslande berättelser« – verkar i massmedia vara allt som spelar någon roll. Jag blir då och då uppringd av journalister som letar efter kändisar som kanske är i kontakt med RTVD (»Det vore väl intressant att veta om någon kändis har en dödlig sjukdom!«) eller något annat rafflande att få skriva om i dödshjälpsdebatten. Man vill göra ett scoop, komma fram med en uppseendeväckande nyhet.

Ja – så får vi väl spela med då! Så jag efterlyser den som vill, den som orkar, låta sig intervjuas av en journalist angående sin obotliga sjukdom, som kanske har gått ganska långt. Eller om hur det känns att veta att tiden nu är utmätt. Jag inser att den som har en långt gången sjukdom blir så försvagad att han drar sig undan kontakter med samhället, och då särskilt pressen. Därför har omvärlden dålig kännedom om den sista tiden när den döende mår som sämst. Därför kan läkarna fortsätta att påstå att det inte är särskilt skrämmande att vara döende, då så mycket lugnande medel ges vid behov.

Berätta för mig om du känner att du kan gå med på att bli intervjuoffer. Du bör i så fall veta att man inte behöver ange sitt riktiga namn och inte måste låta sig fotograferas så man blir igenkänd.

Berit Hasselmark

Sveavägen 112, 113 50 Stockholm

Tel 08-612 24 71

E-post: berithass@live.se

Alla - sjukvårdare, politiker, psykologer, experter, också jag, alla tror vi förstår hur de döende upplever sin sista tid. Men...

... den enda korrekta versionen finns självfallet enbart hos de redan döda.

B Hasselmark

Det själviska självmordet

fortsättning från s. 2

Hon insåg att hon knappast kunde genomföra ett rofyllt självmord om hon var kraftlös i en långt gången, obotlig sjukdom. Då skulle också vårdare finnas runt henne flera gånger under dygnet, för att hjälpa till med toalettbestyr och matning. De skulle avbryta varje försök till självmord. Det skulle varit deras plikt. Sjukvårdspersonal får inte medverka i samband med självmord. När så sker någon enstaka gång bestraffas den personen.

Det gällde således för Sofia att genomföra självmordet »i tid«, det vill säga innan omständigheter skulle göra detta omöjligt. Hon behövde ligga »ett steg före« en egen kommande sjukdom. Hon insåg att hon fortfarande måste vara »hyggligt frisk« och även ha ett klart tänkande, för att det skulle fungera. Ett misslyckat men ärligt menat självmord är en katastrof.

Jag kan tänka mig att Sofia var en människa som var noggrann i allt hon företog sig och hon ville ha största möjliga kontroll över sin egen död.

Alla människor resonerar emellertid inte som Sofia. Detta accepterar jag också.

Nå – nu till nästa fråga: Har Sofia egentligen rätt att alls ta sitt liv? Jo, i lagens mening har hon rätt, då suicid sedan 1856 ej är straffbart i Sverige. I många länder i världen är det faktiskt olagligt.

Men har hon då rätten, etiskt? Här kommer alla de olika svaren, beroende på vem det är som svarar. Jag äger mitt eget liv. Därför äger jag väl också min död? Svaret är inte självklart ett enda och det är inte detsamma för alla människor.

Troligen har alla sitt eget svar på frågan och det beror på individens bakgrund, hennes religions- och kulturtilhörighet, hennes egna livserfarenheter. Och det blir helt säkert olika hos en och samma människa, beroende på var hon befinner sig i den egna livscykel. En 15-åring kan till exempel knappast förstå hur en 85-åring tänker.

Jag tror inte ens att en 45-åring alltid kan förstå hur en 85-åring tänker. Vilket är värre, eftersom det är i 45-åringarnas värld vi lever och de bestämmer det mesta som skall

gälla för oss alla här i »trygghetens land.« Även på området som gäller för den enskilda individens avslut på livet.

Så ja, det kan anses som orätt att ta sitt eget liv, det kan vara orätt och otacksamt gentemot mot mina medmänniskor och mot samhället.

Jag har besökt några möten hos SPES (Suicid Prevention och Efterlevandes Stöd) och tagit del av deras information. SPES är en ideell riksförening (som RTVD), religiöst och politiskt obunden (som RTVD), tillkommen för de efterlevande till någon som begått självmord. Det handlar alltid om ett mycket plötsligt och oväntat självmord. De efterlevande har gått igenom en svår process och kan senare ge förstående tröst och hjälp till nya medlemmar i telefonsamtal, träffar, mm. SPES vision är ett självmordsfritt Sverige och regeringens strategi är en nolltolerans. SPES får ekonomiskt stöd från samhället (det gäller inte RTVD).

Trots allt ökar för närvarande antalet självmord i Sverige. Det flesta självmorden begås av män och särskilt äldre män.

För min del anser jag att det finns berättigade självmord där ingen utomstående kan förstå och bedöma just den specifika individens lidande i sitt liv. Men självklart är inte alla självmord välgrundade, speciellt inte självmorden hos unga personer som ännu inte givit livet en hederlig chans. Det finns skillnader på självmord hos en 18-åring och ett självmord hos en 88-åring.

Jag ser hur samhället blandar samman alla självmord i statistiken och drar alla över en kam: »Förbjud alla självmord!« – är en inskränkt och fördömande attityd. Det är orimligt att lägga en än större börda på en gammal, svårt sjuk människa, som bara har lidande kvar i livet, genom att kräva att hon skall fortsätta leva (existera) för att de anhöriga skall besparas sina skuldkänslor eller landet förbättra sin statistik.

När de anhöriga säger att självmordet är höjden av egoism vill jag replikera att den som säger så nog själv är den störste egoisten - han/hon tänker då också främst på sin egen person.

Varför skulle jag inte ha rätt att tänka först och främst på mig själv i samband med min egen död?

Berit Hasselmark – styrelsemedlem i RTVD

RTVD - Riksföreningen Rätten Till en Värdig Död

Styrelse:

Stellan Welin, ordf., tel 0701-42 35 47

Margareta Sanner, tel 018-54 20 27

Gunilla Nilsson, tel 0470-466 23

Gunnar Hagberg, tel 0470-818 21

Berit Hasselmark, tel 08-612 24 71

Leif Leonardson, tel 08-744 51 93

Carsten Lyhagen

Staffan Danielsson, tel 08-786 44 37

Anna Bergström, tel tel 070-45 80 473

Tone Tingsgård, tel 018-23 00 41

Jan Huldt, tel 08-84 90 85

Suppleanter:

Ingemar Ström, tel 0243-22 62 56

Anna Hedbrant, tel 0708-10 18 20

Olle Rigborn, tel 0243 21 17 34

Revisor:

Arne Granholm

Internrevisor:

Ellis Wohlner

Valberedningens ordförande:

Gunnar Silfwersvärd

Adress:

RTVD/Föreningshuset

Virkesvägen 26, 120 30 Stockholm

Hemsida: www.rtv.d.nu

För allmänna frågor om RTVD
tel 076-808 59 72 (Tel svarare)

Medlemsavgift 150 kr/pers/år

För medlemskap: Ring 08-55 60 61 42

eller e-posta medlem@rtvd.nu

och be om sskt inbetalningskort.

För gåvor: plusgiro nr 56682-8

Tryck: Hallvigs Reklam AB, Morgongåva

Layout: Bokstaven AB



Klipp ur Läkartidningen

Palliativ patientmakt

Den nya lagen om patientmakt innebär en öppning för varje döende patient som känner sig färdig med sitt liv och med sitt döende att få sova in i döden, skriver Torbjörn Tännsjö.

Patientmaktsutredningens förslag innehåller inte mycket nytt, men det klagör två punkter som blivit viktiga inom svensk sjukvård. Beslutskompetenta patienter (som inte lider av någon allvarlig psykisk störning) har en absolut vetorätt mot hälso- och sjukvården. De har till och med rätt att avsäga sig livsuppehållande behandlingar. Och då alternativa terapier står till buds har de rätt att inom vissa ramar själv besluta om vilken som ska väljas.

Så här skriver man i förslaget till ny lag (kapitel 5): »När det inom offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska erbjudas den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.«

Vad har detta för betydelse för patientens ställning inom den palliativa vården, den vård som av tradition har varit en bastion för läkares paternalism? Då en patient drabbas av en dödlig sjukdom som inte botas, antingen för att patienten motsätter sig bot eller för att bot inte är möjlig, inträder en fas då man måste ge upp alla försök att bota patienten. I deras ställe träder då så kallad palliativ, lindrande vård. Sådan vård är inte speciell utan regleras på samma sätt som annan vård. Bland dem som ger sådan vård har det emellertid funnits värderingar som hotat patientens fria val. Rimligen måste den nya patientmaktslagen innebära ett slut på detta slags paternalism.

En behandling som förekommer inom palliativ vård är det som tidigare kallades terminal sedering. Företrädarna för den

palliativa vården ogillar detta uttryck och det har därför kommit ur bruk. Behandlingen kvarstår dock och skulle kunna betecknas med uttrycket djup kontinuerlig sedering. Därmed avses en behandling där patienten definitivt sederas så att hon kan möta döden i drömlös sömn. Vätske- och näringstillförseln till patienten avbryts, och därmed är döden förutsägbar inom ungefär en veckas tid. Den inträder på grund av den underliggande sjukdomen eller på grund av brist på vätska och näring, eller i olyckliga fall till följd av komplikationer till själva sederingen.

Sådan djup kontinuerlig sedering föregår i många länder döden och ses som ett normalt dödssätt inom palliativ vård. I Sverige har attityden från ledande företrädare för palliativ vård varit avvisande. För tretton år sedan uppdagades det att en läkare i Göteborgstrakten hade tillmötesgått önskemål från patienter att på detta sätt få sova in i döden. Socialstyrelsen reagerade med att försöka få läkaren åtalad för mord. Olika företrädare för palliativ medicin, som professorerna Peter Strang och Barbro Beck-Friis, intygade att handlingssättet verkligen var oförenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet. Åklagaren valde dock att inte gå vidare med saken.

Sedan dess har mycket hänt, inte bara inom den palliativa vården utan också i synen på vad man tillåter sig medge förekommer inom den. Få skulle idag hävda att djup palliativ sedering inte förekommer. Några gör fortfarande detta medgivande motvilligt. De önskar att patienten då och då ska väckas med frågan: Vill du verkligen fortsätta med din sömn in i döden? Eller har du möjligen ändrat dig? Jag tror dock att denna grymma hållning numera är ett undantag.

Det står också helt klart att djup kontinuerlig sedering verkligen förekommer. Vissa patienter får också i vårt land sova in i döden. En viktig fråga är emellertid vilka? Och hur fattas beslutet om en patient som önskar att få sova in i döden ska få göra det? Mitt intryck är att hur patienten behandlas i detta

hänseende helt och hållet beror på läkarens inställning. Men jag föreställer mig att det nu ska bli en ändring på den saken. Den nya lagen om patientmakt innebär en öppning för varje döende patient som känner sig färdig både med sitt liv och med sitt döende att få sova in i döden. Patienten själv måste i framtiden kunna besluta om detta, inte läkaren.

Patienten har för det första en absolut vetorätt mot ytterligare behandling. Den inkluderar också en rätt att sluta ta emot vätska och näring. Om patienten fattar ett överlagt beslut och har en stabil önskan om att det ska verkställas måste det verkställas. Detta framgår av de riktlinjer Socialstyrelsen redan utfärdat om avslutande av livsuppehållande behandling.

Låt oss anta att en döende patient fattar detta beslut. Läkarna på den palliativa enhet där patienten vistas må bli upprörda. De kan anse att de har mer att ge. De tillhandahåller ju inte bara bästa möjliga smärtlindring utan arbetar utifrån en helhetssyn som gör det möjligt för dem att sörja till och med för patientens existentiella behov.

Låt oss emellertid anta att patienten avvisar alla sådana förslag. Mer palliativ vård är lika futill, hävdar hon, som fortsatt vård i syfte att bota hennes obotliga sjukdom. Hon har emellertid en ytterligare önskan. Hon vill sova in i döden. När hon nu slutar äta och dricka vill hon samtidigt förvissa sig om att hon inte behöver uppleva mer av sitt döende. Ska hennes önskan tillgodoses? Det är självklart att så ska ske. Och jag tror att var och en som läser raderna ovan i förslaget till ny patientmaktslag måste hålla med mig. Hur skulle en läkare med stöd i denna lag kunna motivera att hon inte tillgodoser patientens önskan?

Torbjörn Tännsjö, professor i praktisk filosofi, Stockholms universitet; knuten till Stockholm Centre for Health Care Ethics (CHE)

Frågan rör sig framåt!



Jag är mycket trygg i min uppfattning om att den enskildes rätt att vid svåra lidanden i livets slutskede själv kunna bestämma över sitt öde måste stärkas. Detta är naturligtvis svåra avvägningar och hur regelverken för detta ska utformas bör analyseras och föreslås av en utredning

Idag är utgångspunkten i alla lägen att det är staten/myndigheten/läkaren som helt har avgörandet i sin hand, och att alternativet att i förtid få dö/somna in inte får finnas. Dock har det skett en utveckling i rätt riktning, säkert i betydande grad genom RTVDs och andras opinionsbildning i frågan. Jag tänker då på att den enskilde nu kan begära att livsuppehållande hjälp via teknisk apparatur ska kopplas ur, samt att bedövning vid svåra smärtor ska ske så att den enskilde inte lider, även om behandlingen skulle leda till en död i förtid. Dessutom har numera terminal sedering (att få sova in i döden) accepterats som en behandling vid svåra tillstånd, även om detta fortfarande sker på läkarens villkor. Detta är faktiskt betydande framgångar, som nog inte kunde förutses för några decennier sedan.

Dessa två förbättringar i regelverken hälsar jag med stor tillfredsställelse, men jag har som lekman svårt att bedöma hur

effektivt detta är för den lidande. Jag hoppas att lidandet kan minimeras. Tidigare har det, vad jag förstår, uppenbart varit så att man ibland varit alltför försiktig med smärtlindrande insatser om de kunde befaras leda till en för tidig död.

Men det räcker på intet vis, enligt min mening. Därför bör en utredning tillsättas som med stort allvar och seriositet ska föreslå regelverk för hur den enskilde som i angivna situationer med tydlig övertygelse uttalar eller nedskriver sin bestämda vilja ska kunna få genomföra den eller få den genomförd.

Jag har tillsammans med några andra riksdagsledamöter från några olika partier lagt motioner om detta i riksdagen, som har avslagits. Jag har också lagt motioner till Centerpartiets stämmor, där detta har diskuterats men där partiledningen starkt argumenterat för avslag vilket stämman har följt med rätt betydande majoritet. I dagsläget är detta en fråga av tabu-karaktär, där det stora flertalet riksdagsledamöter väljer att aktivt stöda sina respektive partiledningar eller att åtminstone rätt passivt rösta för status quo, även om de skulle vara tveksamma i sakfrågan. Vi vet att opinionsundersökningar ständigt visar att en betydande majoritet av befolkningen stöder vad jag och vi arbetar för. Det gäller alltså att inte förtrötts utan fortsätta att driva frågan framåt, min absoluta bedömning är att det på sikt finns goda utsikter till framgång.

Staffan Danielsson

Riksdagsledamot C och styrelsemedlem RTVD

HALLÅ – SÖDRA SKÅNE!

»Medan jag finns« – RTVD-medlemmen Edna Hinnerson ställer ut måleri, collage och objekt från åtta decennier. Hon lanserar samtidigt sin bok »Sammanfattningsvis«, som bland annat handlar om döden.

Utställningen pågår

28 september – 1 december 2013 på konstmuseet i Ystad.

(RTVD-broschyrer kommer även att ligga framme.)



Klipp ur Västerbottenskuriren

Publicerad 14 september 2013 kl 04.26

Nordebo: Hej då, gamla ungdomskult – 2000-talet blir åldringarnas

En person jag känner nära sa till mig en gång, att när den tiden kommer, att det inte längre går att klara sig själv hemma på grund av ålderskrämpor, »då går jag ut i skogen en vinternatt dit ingen hittar, sätter mig mot ett träd och somnar in«.

Vore det ett lyckligt slut? En insikt om att slut tar det ändå förr eller senare och varför ta risken, efter ett redan långt liv, att det ändrar ovärdigt?

Eller vore det ett tragiskt slut? En onödig rädsla för avslutande år som kanske skulle kunna höra till de rikaste livet, fast fysiken inte alltid hänger med och det gamla hemmet måste överges?

Uttrycker det någonstans längst inne en ovilja att ta de allra närmastes kärlek och uppoffringar i anspråk bortom en gräns där man inte längre själv kan ge tillbaka i den omfattning som man hoppats kunna göra livet ut?

Det är förstas det yttersta sättet att ta hela makten över sitt eget åldrande och sin egen död, genom att förekomma det svåraste och ta avsked i (för)-tid. På liknande sätt har människor alltid, när kroppsliga och själsliga krafter börjat svika, gått ut i skogar, gått ner i sjöar eller på andra sätt tagit beslutet själva, medan de fortfarande haft makt att göra det utan hjälp. Det har funnits ett tabu kring det, men byarna har vetat.

Runt de besluten har stått en stor, ensam stolthet, ett trots och en förtvivlan. Debatten – en av de etiskt svåraste som finns, men ofta abstrakt och teoretisk – om aktiv dödshjälp bygger på att samma princip fortsätter tilltala inte

så få. Rätten att bestämma fullt ut över sitt eget slut. Men det har bara varit ett fåtal som velat hävda den i extrem form. Och frågan blir svårare och mer obehaglig, ju närmare en verklig, unik situation man kommer.

Vilken tillit finns till omgivningens bedömningar och beslut, och till samhällets stöd och vård, när den tiden närmar sig?

Perspektivet när vi talar och tänker om ålderdomen, om åldrandet och våra avslutande år – som i framtiden kommer att bli långt fler – borde få vara ett helt annat. Men tyvärr är vi så fruktansvärt ovana att tänka på ålderdomen med andra filosofiska utgångspunkter, och i termer även av möjligheter, värde, kärlek och lust. Präglade som vi är av flera hundra års kulturliv, idédebatt och politik, där ungdomen, ungdomskulten, ungdomsmyten stått i centrum för både det moderna, rationella framstegsprojektet och för det romantiskt-revolutionära svärmeriet.

Vi är barn av flera på varandra följande epokers totala fixering vid ungdomen som bärare av det nya, det starka, det vackra, den förändrade kraft som ska fasa ut, eller vräka bort, det gamla, trötta och uttjänta. Ålderdomen har setts som det som kostat och stått i vägen – i bland förgyllt som tragiskt öde man kan bära med värdighet, men som i grunden handlar om att vänta

in slutet medan världen skyndar vidare.

Ungdomen har hyllats som det som tillför nytt och röjer väg.

I volymen om åren 1830-1920 i Nordstedts serie om Sveriges historia, konstaterar Bo Stråth att ungdomsrörelsen åren kring sekelskiftet 1900 blev »en viktig bärare av framstegstanken«. Nästan alla politiska rörelser de år som grunden till det moderna Sverige lades, satte sitt hopp till ungdomen, »Det svenska samhället genomsyrades av en allmän entusiasm för ungdomen, och dess förhärlikande gick tvärs över parti- och klassgränser«.

Självfallet har det under alla dessa år djupt påverkat hur vi prioriterar och diskuterar äldrevårdsfrågor. Undra på att en del av vår äldreomsorg gestaltats och finansierats livlöst och lustlöst, eller att vår arbetsmarknad får panik när ett födelsenummer antyder att någon redan är över 50.

Det är det ensidiga perspektivet vi måste befria oss från innan det är för sent. 2000-talet kommer i allt högre grad att handla om hur ålderdomen som resurs, möjlighet, berikning och aktiv livsfas kan tas till vara – i arbete, i fritid, i politik och kultur. De äldre som medgestaltare av framtiden.

Samtidigt som de samlade behoven – och kraven på genomgående kvalitet –

fortsättning på s. 8



Översättning från den engelska föreningen
"Dignity in Dying":

Vi ser – en patient, en politiker, en läkare, en präst.
På skylten som patienten bär, står: "Rättighet att välja"
Politikerns svar: "Och vår rättighet då – att välja
vad du gör?"

Nordebo: Hej då, gamla ungdomskult - 2000-talet blir åldringarnas

fortsättning från s. 7

inom vård och omsorg ändå kommer att öka.

I torsdags avslutades Sveriges Televisions uppmärksammade dokumentärserie om äldreboendet Smedsberget i Lycksele. Vad serien kanske framför allt öppnat ögonen för, hos dem som inte själva befinner sig i dess närhet, är hur komplex äldrevårdens problematik är.

Det handlar om resurserna, personalens tid inte bara för det allra nödvändigaste utan även det allra viktigaste – den där kramen, klappen på kinden, tiden att lyssna en stund till – maten, medicineringen, lokalerna, de anhöriga, den politiska styrningen, utvärderingen.

En viktig aspekt som togs upp i den anslutande debatt SVT anordnade efter det sista avsnittet om Smedsberget,

handlade också om den kvinnofälla som håller på att växa fram i skymundan, när misstroendet mot äldrevården växer och allt fler anhöriga – nästan alltid kvinnor – börjar gå ner i arbetstid för att vårda anhöriga på egen hand. Det visar hur brister och dåliga erfarenheter i en del av välfärdssystemet får negativa spridningseffekter, och aktiverar gamla makt- och i det här fallet könsstrukturer på andra håll. Den frigörelse på arbetsmarknaden som jämställdhetspolitik och utbyggd barnomsorg börjat innebära för kvinnor, hotas därför om framtidens äldreomsorg inte vinner människors förtroende.

Det handlar inte om några få problem som går att justera rätt med högre skattesatser, rätt systemlösningar eller fler privata alternativ, inte ens med större finansiering – sånt debatten lätt fastnar i. Det kommer att behövas en tusenmångfald av olika lösningar, inno-

vationer, utbildningar, finansieringskällor, vård- och boendeformer, försäkringssystem, och vägar till högre lön och bättre villkor för de anställda, för att möta de krav som väntar.

Ingen sitter ensam inne med svaren, och förändringen kommer att ta lång tid. Utmaningen som väntar är enorm. Men ofta hjälper det om man börjar med det filosofiska perspektivet: Hur ser vi, tillsammans, på ålderdomen som livsfas? Som ett långsamt, svårmodigt avsked, eller en lika viktig, givande del av livet och framtiden som ungdomen?

Ola Nordebo,
Opinion, Lördagskrönikan

GÖTEBORGARE – SE HIT!

Jag står på RTVD:s hemsida som kontaktperson för göteborgsområdet och som sådan söker jag kontakt med medlemmar som vill göra en insats för RTVD och föreningens idéer.

Ni når mig på telefon 031-91 26 30 eller e-post: gvh@glocanet.net

Hälsningar, *Gustaf von Heijne*

Frågor och svar

Fråga: Mitt första intryck när jag fick Bulletinerna 72 och 73 var en stor lättnad. Det finns ju redan en utväg här – *terminal sedering*.

Men så dök ett 20 år gammalt minne upp, ett minne jag aldrig glömmer. Min hustru var sedan någon vecka inte kontaktbar (cancer i bukspottskörteln, »smärtfri« av morfin). Vid mina dagliga besök pratade och sjöng jag stilla för henne. Säkert förgäves, men enligt personalen på den där hemska förvaringsanstalten där hon var kunde det inte uteslutas att någon hörsel fanns kvar.

I detta sinnesläge (jag hade också fått avslag från kommunen om palliativ vård) fick jag beskedet att läkaren bestämt att droppet skulle sättas ut. Jag blev bestört. »Ska hon törsta ihjäl?! Och tänkte: Ska ni spara in på droppet också?« Min häftiga reaktion, som ju inte var så genomtänkt, gjorde att jag blev utlovad att droppet skulle fortsätta. Men efter något dygn var allt slut, hon var borta.

Detta minne får mig att ställa frågan: Hur känns törst och hunger i nedsövt tillstånd? Att vara hungrig och törstig vet ju alla hur det är. Men samtidigt nedsövd?

Om det finns någon vetenskaplig undersökning som visar hur man reagerar på total brist på vätska och näring intill slutet, även när man är sövd, vore det av intresse att få del av resultatet.

Med vänliga hälsningar / G.V., pinfärsk RTVD-medlem

Svar: Bästa G.V. – tack för ditt brev. Vi ser din fråga ur två vinklar. Den ena är att du oroade dig för att din hustru led helt i onödan i samband med hennes sista tid. Den andra handlar om terminal sedering.

Det finns ingenting i din berättelse som tyder på att din hustru led. Läkaren sätter inte ut droppet för att patienten skall törsta ihjäl utan för att det inte

gör någon nytta längre. Hon har ansetts vara så nära livsslutet att det är bäst för henne själv att det då går lite fortare (några timmar). Låter man droppet vara kvar så lever patienten något längre (några timmar), men utan att förbättras i sin sjukdom. Droppet är billigt, där sparar man inte många kronor.

Kände hon törst eller hunger? Nej, hon var för långt gången i medvetandet, vilket du bör ha noterat genom att hon inte alls rörde på sig spontant. Hörde hon när du pratade med henne? Där har vi inga absoluta svar men mycket tyder på att av våra sinnen så är det hörseln som försvinner sist. Det vi utläser ur din historia är således att under det sista dygnet så såg din hustru dig inte, hon kände ingenting och hon hade inga smärtor.

Men detta att vara icke-kontaktbar, som din hustru, är inte detsamma som att få terminal sedering. (Underförstått att båda fallen här befinner sig i livets slutskede.) Båda fallen innebär förstås sänkt medvetandegrad. I första fallet är emellertid denna sänkt som en följd av sjukdomen (gifter från sjukdomen transporteras runt och upp till hjärnan) och man vet inte exakt hur lågt. Vid sederingen skall läkaren däremot ge medel via injektion som sänker medvetandet till en nivå där patienten inte skall kunna känna smärta, hunger, törst, etc. – hörseln är också borta. Här har läkaren alltså viss kontroll över patientens medvetandegrad – ungefär som vid sövning i samband med en operation (narkos).

Några vetenskapliga resultat som bevisar känslan av bristen på vätska och näring hos en sövd patient i livets slutskede lär vi inte kunna få se. Detta på grund av att dessa personer ju dog, och vi kan därför inte i efterhand exakt veta vad de kände.

Berit Hasselmark

Sjuksköterska och styrelsemedlem i RTVD



Att bestämma själv

RTVD • RÄTTEN TILL EN VÄRDIG DÖD

RTVD – en ideell och politiskt obunden förening.

Bli medlem du också!

info@rtvd.nu · 076-808 59 72 www.rtvd.nu

PATIENTJOURNALER

Jag, Berit, har läst några artiklar på nätet om våra sjukjournaler och sammanfattar här några intryck.

För bara några år sedan dikterade läkare in journalanteckningarna i en mikrofon till ett band, varefter läkarsekreterare lyssnade på banden och skrev ut det sagda på en skrivmaskin på det papper, det dokument som var just ”journalen” för just den patienten.

Nu för tiden skriver läkarna själv journalerna på datorer. Allt hamnar alltså direkt på nätet. Läkare och annan legitimerad personal är skyldiga att föra patientjournal eller omvårdnadsdokumentation.

Som kanske bekant har en patient rätt att få tillgång till sin egen journal. Man kan också be om utdrag ur journalen – så till exempel måste de personer som skall resa till en inrättning i Schweiz, till exempel Dignitas, för att erhålla assisterat suicid, be sin läkare om utdrag ur journalen som visar på hans/hennes dödliga sjukdom och sjukdomens nuvarande status och prognos. Dessa papper skall översättas och skickas till Schweiz som en liten del av allt som man där behöver för att kunna bedöma om personen passar de lagar i Schweiz som reglerar assisterat suicid där.

En patientjournal är förstås främst avsedd att vara ett stöd för den eller de personer som ansvarar för patientens vård. En diskussion har emellertid pågått under några år om att även låta patienten själv få kunna läsa sin journal på nätet. Om något år kommer detta troligen att bli möjligt. En modell har redan börjat prövas hos landstinget i Uppsala län. Detta är inte bara det första försöket i Sverige, det är även det första i sitt slag i Europa.

Detta kan komma att stärka patientens ställning och kraven på del-



Danderyds sjukhus.

aktighet ökar. Det ligger nu i tiden att utveckla vården tillsammans med patienten som en aktiv och informerad part.

Vården får allt mer pålästa patienter och kraven på delaktighet ökar. I stället för att undanhålla patienten uppgifter bör läkaren utnyttja möjligheten att utveckla framtiden tillsammans med patienten som aktiv och informerad part.

Vården kan härigenom även antas bli mer rättssäker.

Men samtidigt är man orolig för sekretessen – det får ju inte bli så att till exempel arbetsgivare eller försäkringsbolag kan komma åt en persons journal. All dokumentation skall dessutom kunna innebära underlag för vårdens resultat och kvalitet och hjälpa forskare i området. Här kan journaler på nätet

vara bättre än de gamla pappersjournalerna, eftersom datorn kan ta fram journaler som är kodade och avidentifierade, dvs. namn och personnummer m.m. tas bort.

Datatekniken kan enkelt lagra avkodade uppgifter om diagnoser, behandlingar och biverkningar, som efter ett par år kan ge ovärderlig information om nyttan av de medicinska åtgärderna och kunskap om både kända och okända komplikationer och nackdelar av desamma.

Nästan alla verkar tycka den nya ordningen är bra – utom vissa läkare, som ser problem. De menar att patienten knappast kan tolka provsvaren och han kan inte förstå laboratorieresultaten. Många patienter

kommer att själva söka sig vidare. Är det odelat bra? Att på datorn »googla« på symtom, diagnoser och sjukdomar är i dag ett utbrett sätt att skaffa information. Patienterna är klart mer pålästa nu för tiden, vilket av många läkare (inklusive mig själv – GH's anm) upplevs mycket positivt. Det är heller inte ovanligt att patienter vill visa uppgifterna för annan vårdgivare (second opinion), anhörig eller ta del av dem på nytt för att de inte minns allt som sades eller vill kontrollera att det som de framförde uppfattades rätt.

Läkare menar vidare att patienten kan bli väldigt orolig och nedstämd av svårförståelig information, vi har alla hört talas om hypokondriska

(inbillningssjuka) personer. De ser allt i svart, även när det inte behöver vara det. Dessa kommer därvid att kontakta vården fler gånger än som annars hade blivit fallet. Kanske var informationen också befogat negativ och patienten sitter ensam och läser detta och har ingen att få prata med om sin ångest.

Skåne, Norrbotten, Jönköping och Stockholm sägs bli nästa försöksregioner.

Berit Hasselmark, sjuksköterska, redaktör för Bulletinen
Gunnar Hagberg, läkare, styrelsemedlem.



Nytt från Belgien

Det har blivit en hel del debatt under senare tid (2013) om ett par tvillingbröder i Belgien som erhållit dödshjälp. I detta land har både aktiv dödshjälp och läkarassisterat suicid varit lagenligt sedan 2002. I december 2012 fick de var sin spruta med ett dödligt medel på Bryssels universitetssjukhus.

De hade ingen dödlig sjukdom, de levde inte med olidlig, okontrollerbar smärta, de var bara 45 år gamla. De hade ingen psykiatrisk diagnos. Hur blev det då ändå så här?

Dessa enäggstvillingarna föddes helt döva och hade alltid levt nära ihop och tillsammans. De hade utvecklat sitt eget teckenspråk med vilket de kommunicerade. De levde ensamma och hade bara varandra och den närmsta, biologiska familjen. De delade en liten lägenhet och de arbetade tillsammans som skomakare.

De hade nu börja se allt sämre och fick beskedet att båda hade fått en medfödd, obotlig typ av glaukom, en ögonsjukdom som hos dem snabbt gjorde dem fullständigt blinda för alltid. De orkade inte med denna framtid. De bad båda utan att tveka om att få hjälp att dö.

Efter, säkerligen, en hel del pappersarbete fick de beskedet att de skulle få dö tillsammans. Läkaren som hjälpte dem igenom hela proceduren berättade i tysk TV att de nu visade både stor lättnad och glädje. När dagen var inne för deras död var de lugna och samlade, de tog en kopp kaffe tillsammans varefter de tog ett ömsint farväl av föräldrarna och en bror. De gick in i ett annat rum med läkarna och de dog tillsammans.

Naturligtvis har detta fall lett till stort uppror bland eutanasi-motståndare. De som å andra sidan har förståelse för det skedda resonerar i stället så här. Vi bör försöka sätta oss in i deras situation. Utan synen upphörde all kommunikation

med varandra och med omvärlden. Deras ljudlösa tillvaro blev nu även en helt mörk tillvaro. De skulle inte kunna klara sig själva och skulle bli omhändertagna på institution. De skulle leva i absolut ensamhet, det skulle kännas som »livstids fängelse« från deras sida sett – men vilket brott hade de då begått? Tanken på detta är skrämmande för alla oss andra – skulle någon av oss verkligen inte förstå dem?

Men motståndarna har alltid sina argument klara. En professor i medicinsk etik vid det katolska universitetet framhöll rädslan över vad detta skulle kunna leda till hos alla handikappade. Han menade att »I ett så välmående samhälle som vårt bör vi i stället finna vägar att ta hand om de svaga.« Han hade dock inga förslag på hur just de här två bröderna kunde ha blivit hjälpta.

Belgiens lag om eutanasi tillåter hjälpen för den som utan press utifrån ber om det själv, är »vid sunnda vätskor«, är över 18 år och lider av obotlig sjukdom eller olidlig smärta. År 2011 registrerades i landet 1133 fall av dödshjälp, vilket blir ca 1 % av landets alla dödsfall. De flesta led av cancer. Belgien var 2002 andra landet i världen att få laglig aktiv dödshjälp – efter Nederländerna.

Endast några dagar efter detta med tvillingarnas död hände i Belgien lade landets socialistparti fram en motion, med förslag om ändringar i denna lag. Dödshjälp föreslås nu också kunna ges till personer under 18 år samt till de som lider av demens (t.ex. Alzheimers). De flesta tror att dessa ändringar kommer att godtas.

Sammandrag från olika utländska tidningar/Berit Hasselmark



1 1 1 0 1 3 4 0 0



B

Ordföranden har ordet



När jag skriver detta befinner jag mig i Uppsala och deltar i en konferens om miljö- och jordbruksetik. Här talas det mycket om döden. Det finns projekt om slaktmetoder (med bilder), hur djuren ska avlivas smärtfritt. Det är forskare som studerat slakterier, intervjuat dem som arbetar med att avliva djur osv. Så här finns döden närvarande.

För den vanliga konsumenten finns inte djurens död särskilt närvarande. Dagens konsument köper helst köttet eller fisken förpackat i en form så man inte ser var det kommer ifrån. Döden stoppas noggrant undan och sker bakom stängda dörrar utan större insyn för allmänheten, som helst inte vill veta för mycket.

Döden när det gäller människor har också förpassats till ett mer undanskymt ställe på sjukhus eller äldreboende. Precis som med djurens död vill de flesta inte veta alltför mycket och

helst inte tala om det i förväg. Allra minst vill barn höra sina föräldrar tala om sin förestående död eller planering inför denna. Våldigt många vill inte heller planera för sin egen död. Även jag kan känna denna ovilja. Jag vill leva och inte dö, men jag inser att en dag kan komma då det inte går att skjuta upp. Då vill jag ha ett ord med i laget och jag vill slippa ledas eller förnedras.

I detta nummer berättar Bulletinens redaktör Berit Hasselmark historien om Sofia, 79 år, som själv avslutade sitt liv utan att ha kunnat eller velat tala med sina närmaste. Sofia hade inte någon livshotande sjukdom men kände sig trött på livet. De närstående blev mycket upprörda efteråt och ansåg att självmordet var egoistiskt. Sofia hade bara tänkt på sig själv och inte på de efterlevande.

Hur ska vi ställa oss till detta? Den första synpunkten är att så vitt jag förstår tog Sofia sitt liv för att hon själv ville det – av egna skäl. Det är bra att det var därför hon gjorde det – för sin egen skull. Det var inte så att hon tog livet av sig för att t.ex. inte ligga de närmaste till last. Sådant lär ske i ganska stor utsträckning i ett land som Japan, där äldsta sonen har ansvar för föräldrarna. Det är inte ovanligt att sonen lämnar sin egen familj och flyttar hem till föräldrarna under sista tiden. Det händer att gamla människor i Japan tar livet av sig för att bespara äldsta sonen detta. Detta är inte ett egoistiskt självmord för det görs för någon annans skull.

Enligt min mening är sådana icke-egoistiska självmord upprörande, samhället bör organiseras så att detta inte sker. Inte heller bör människor ta livet av sig under inverkan av botbara depressioner. Hur det var med Sofia i detta avseende vet jag inte. Här skulle jag önska mig en mer mänsklig psykiatri, som inte tvångsvårdar äldre människor

trötta på livet. Men den som i likhet med mig har vistats mycket i medicinska miljöer och undervisat blivande läkare har fått en större förståelse för att kemiska obalanser kan uppstå även i hjärnan. Många äldre intar insulin och annat för kroniska tillstånd. Det är inte konstigare att rätta till en kemisk obalans i hjärnan. Jag skulle själv vara beredd att prova antidepressiva medel innan jag själv planerade för att avsluta livet – tror jag. Kanske borde Sofia ha gjort det?

Att avsluta ett relativt långt liv för att man helt enkelt är trött på att leva är en sak. Att vilja avsluta sitt liv för att undvika ett plågsamt utdraget lidande vid livets slut – eller för att undvika ett långt utdraget liv i lidande – är en annan sak. RTVD vill att sjukvården ska kunna hjälpa till med assisterat suicid för att undvika svårt lidande. I den andra situationen som Sofia befann sig i kan RTVD knappast komma längre än den allmänna etikslutsatsen att det förstås i en mening är en rättighet att ta sitt liv, men att detta inte avgör fråga om man bör göra det. Det finns berättigade självmord men det finns också tragiska självmord, där den döda personen skulle kunnat få ett bra fortsatt liv. Suicidprevention behövs men också en insikt om och respekt för att det finns berättigade självmord, när livet inte längre känns värt att leva.

Men den som tar livet av sig bör av hänsyn till de närmaste vidta vissa mått och steg för att underlätta för de anhöriga, så att det inte blir som i Sofias fall att dödsfallet uppträcks väldigt sent. Sådant bör man bespara de anhöriga.

Stellan Welin