



## Kontroll över min död

**En del medlemmar** har bett om information hur det går till när en person vill dö genom att ”sluta äta och dricka”. RTVD förordar inte detta sätt och i styrelsens egen utredning (2016) ingick inte, bland dem som avsågs, åldersstigna sjuka som inte lider av dödliga sjukdomar. Jag vet emellertid att när åren för en sjuk och olycklig människa går och ingen hjälp finns att få, gör ändå många så här i sin svåra situation. Därför går jag nu igenom vad jag hittat i böcker och hos dödshjälpsorganisationer i andra länder, där man är öppen med den här sortens information. Jag kallar det för »AND« och menar Avsluta Näring o Dryck. Det blir för långt att säga »...att sluta äta och dricka« varje gång. En förkortning behövs. På engelska säger man *SED* eller *VSED* – »(Voluntary) Stopping Eating and Drinking«.

**Alla har rätt till information.** – Alla borde ha rätt att kunna få information om hur hon, den enskilda människan, kan

uppnå mesta möjliga kontroll över sin egen död. AND är ett av några sätt där man dör (någorlunda) värdigt som jag känner till. De som inte vill ha kontroll över sin egen död, de finns också och de får redan sitttt livsavslut, så som de vill ha det i dag. De låter ödet och doktorn ta hand om det där. (Och de kan sluta att läsa här.) Men vi andra, vi vill känna till några säkra metoder som kan lugna oss när sjukdomar och ålderdom infinner sig.

Det är ovanligt att man kan hitta seriöst menade råd till oss i Sverige. Men det finns en hel del information att få i andra länder på det här området. Jag har hittat det mesta på engelska och skriver här ett koncentrat av det viktigaste som gäller AND.

**Behövs den här artikeln i Bulletinen?** – Nej – en sådan här

fortsättning på s. 2

## Kontroll över min död

fortsättning från s. 1

artikel skulle inte behövas om vi hade fler förstående och orädda beslutsfattare (framför allt politiker) i vårt land som tar ställning för frågan om människans rätt att enligt givna regler och på egen begäran få dö!

**Skrämmande eller våldsamt död.** – Alla vet att man för att dö kan hoppa framför ett tåg eller från en hög byggnad. Eller köra med bil rakt in i en mötande bil i hög hastighet. Man kan också hänga sig eller skjuta sig. Alla vet det här. Men få är villiga att göra det. Det är vedervärdiga sätt att dö. Det blir totalt ovärdigt.

**Vi söker en god död för oss själva.** – Det finns några sätt som kan ge en god död, men de är borttagna eller olagliga. Våra politiker och våra beslutsfattare har stoppat det ena efter det andra så snart det visat sig hjälpa människor att uppnå sin egen död. Samhället gör sannerligen det den förmår – via förbud och hinder – att ta ifrån individen hennes sista möjlighet till en god död. »Eutanasi« är grekiska och betydde ursprungligen just »hjälp till en god död«. Varje människa önskar en lugn och värdig och god död – på sina egna villkor.

Det finns mycket att säga om denna negativa inställning hos samhället. Det kräver sitt eget kapitel. Här och nu kan jag bara lite närmare beskriva ett sätt att dö. Jag tar upp detta, då jag blivit ombedd av väldigt många RTVD-medlemmar att förklara hur AND går till. (Ibland skriver jag »hon« och ibland »han«, jag hoppas ni förstår ändå!)

**Sluta äta och dricka (AND)** – Den som tänker sig detta sätt att dö anser troligen att det handlar om hans/hennes egen »självalda död«. Inom RTVD är vi vana att tänka så; det här är mitt liv, det är min kropp, det är min död, det är mitt val. Sådana tankar är självklara för oss. Men för andra ses det som (långsamt) »själv-mord«. De förstår inte mer än så. De har inte tänkt i våra tankebanor. Inte än. (Det hela kommer senare till dem också, när de blir obotligt sjuka eller riktigt gamla. Men då tillhör de inte dem man lyssnar på.) I Sverige är man av den bestämda uppfattningen att självmord är något absolut fel, komplett negativt, något sjukt, en störning, en slags mord. Att vilja ta sitt liv är en psykisk sjukdom, överlever man blir man oftast tvångsintagen på psykiatrisk klinik. Sverige har s.k. »nollvision« på självmord.

Själv-mord är emellertid inte förbjudet i vårt land. (Inte nu längre.) Ingen tvingas heller hindra en annan person att »begå självmord«. Jag föredrar att kalla denna slags självmord för »självald död« – dvs när vi menar den självhjälp, som leder till död hos en obotligt sjuk person. I England säger man »a rational suicide«, dvs. det är rationellt, väl övertänkt, men de behåller ordet självmord. I USA finns grupper som lär ut AND med sikte på att personerna skall kunna göra detta efter en demensdiagnos – organisationen heter *Plan Now Die Later to Live Longer*.

**Vad händer?** – När en människa slutar äta och dricka (totalt) och ta sina mediciner så dör den människan efter ett antal dagar. Inte så förvånande, tänker du. Riktigt gamla har naturligtvis alltid gjort just detta, men det ses då som lite bisarrt och förvirrat. På ett sjukhus tar man därför ofta till dropp, magsond eller skedmatning för att ge patienten den näring som ses så viktig även vid 90 års ålder. Det görs outtröttliga försök att med sked truga den »svårskötta« patienten med lite mat. Patienten är oftast så svag att hon inte orkar protestera.

Om den sjuke befinner sig i livets sista skede och sväljer lite, utan att egentligen förstå vad som händer – så förlängs livet med dagar, veckor och mer.

Detta var troligen inte denna persons bestämda vilja många år tidigare, då hon var klar i huvudet men kände oro att någon gång inte kunna förklara sig, p.g.a. demens eller för att hon fått en stroke eller bara blivit allmänt gammal, värkbruten, hjälpsökande, förvirrad och oklar. Då – för länge sedan – skrev hon sitt eget Livsslutsdirektiv/livstestamente där hon frånsade sig allt onödigt uppskjutande av döden.

Tvångsmatning och tvångsvård är faktiskt inte tillåtet enligt patientlagar och sjukvårdsanvisningar. Men för en gammal, sjuk person är det alltför sent och alltför svårt att nu peka på vad som står i livsslutsdirektivet. Gränsen mellan »god vård« och tvångsvård (här: matning) är svår att påvisa.

**Hur lång tid tar AND från Dag 1?** – Det är svårt att svara på den frågan, det beror på mycket; ålder, allmänhälsan, typ av sjukdom(ar), sjukdomens stadium bland mycket annat. Ett vanligt svar är att det tar mellan 3 och 14 dagar. Eller 4 och 21 dagar. Dessa svar är naturligtvis inte särskilt tillfredsställande. Varje individ måste därför se på sin unika position i det här sammanhanget.

**Forskning om tidslängd.** – Att sluta äta och dricka som ett medvetet, planerat sätt att avsluta livet har inte diskuterats nämnvärt förrän de senaste 20 åren. Det finns många berättelser om individer som fastat sig till döds men inte mycket forskning som jämför flera individer i olika sammanhang. Jag har bara hittat tre sådana undersökningar. Enligt en holländsk studie 2008 som omfattade 97 personer som alla av egen vilja och eget beslut slutade äta och dricka med avsikt att dö, så tog det 7–60 dagar för dessa personer, räknat från den dag då de slutade äta och dricka. »60 dagar«, tänker du, det låter förfärligt.

Ja, men då skall man veta att 70 % (av de 97) dog före 16:e dagen. Resten hade slutat äta men inte slutat dricka fullständigt, utan tillät sig små mängder vatten då och då, när den obehagliga känslan i munnen blev för svår. Detta är anledning till att jag poängterar att munvården är det viktigaste att tänka på i samband med AND.

Det fanns också 40 personer som inte ens inkluderades

fortsättning på s. 8

## Redaktörens rader



*Bästa läsare,*

**Holland och Schweiz** – Ni har kanske noterat (i detta och förra numret) att i både Holland och Schweiz går man nu vidare och söker efter lösningar att lagenligt assistera gamla och lidande människor utan (!) en direkt dödande sjukdom att på egen, upprepad begäran få tillgång till hjälp att dö. Läs nu detta

rätt: Nej, det är inte klart än. Det handlar om utredningar.

Om detta går igenom, ja, vi förstår att våra motståndare kommer att säga att här har uppstått ett förskräckligt, stort »sluttande plan«. För egen del ser jag dock dessa människor som sjuka individer som har fastnat i ett stort lidande, där de nu lever utan hopp.

**I England** – har det sedan 2009 funnits en särskild förening som är inne på samma tankebanor. Föreningen hette först SOARS, *Society for Old Age Rational Suicide*, och grundades av en av världens stora inom dödshjälpskretsarna, Michael Irwin, f d allmänläkare, Medical Director i FN och ordförande i *Voluntary Euthanasia Society* (föregångare till dagens *Dignity in Dying*) i England. Den nya föreningen heter MDMD, *My Death, My Decision* ("Min Död Mitt Val") – [www.mydeath-mydecision.org.uk](http://www.mydeath-mydecision.org.uk).

Då dr Irwin är en stor »kändis« i England har han nyligen blivit intervjuad beträffande sin egen död. Han är nu 86, har ingen dödlig sjukdom, däremot många krämpor. I en artikel den 7 juli i *The Sunday Times* (samt *The Daily Mail*) förklarar M Irwin att när han känner att hans tid är inne, så vill han att hans doktor skall ge honom ökande doser av sömngivande medel som skall lindra ev smärta och lidande. Han vill uppnå en kontinuerlig, djup dvala som tillsammans med hans eget beslut om att avstå från konstgjord näringstillförsel och vätska, kommer att resultera i en påskyndad död. Att göra så här anser han vara lagligt i England under det som kallas »den dubbla effekten«.

**I USA** – finns dr Stanley A Terman, som i många år har föreläst och skrivit om att avsluta näring o dryck (AND) med inriktning att dämpa människors skräck för att fastna i demens och andra kroniska tillstånd. Finns även på nätet. Han kallar sin strategi för *Plan Now, Die Later*.

**Mer om AND** – Inte många kan tänka sig att det här sättet att dö är värdigt, humant eller ens görligt. De menar att personen lämnas att »svälta och törsta ihjäl« – det ses som tortyr. Det har ju också historiskt utdelats som ett fruktansvärt straff till straffångar i många sammanhang och sades med rätta vara tortyr.

Men det vi talar om här har ingenting med straff att göra. Här gäller det mycket (oftast) gamla och mycket svårt kroniskt sjuka personer utan hopp om förbättring. Och det viktigaste; personen har själv valt det här och har haft

lång tid att tänka över det noggrant. Hon/han vet vad hon vill. Hon har levt färdigt. Det räcker nu. De vill hellre få »riktig« dödshjälp, en sista dryck, en tablett, en spruta. Då måste det här bli »näst bäst«. Och det är ju i alla fall tillåtet och det är lagligt.

Det vi i Sverige på senare år har fått tillåtelse till inom sjukvården är »terminal sedering« (även »palliativ sedering«), dvs det som kallas för »att sova sig in i döden«. I stort sett påminner den behandlingen om det sätt (AND) att dö som jag beskriver på sid 1. Men till kriterierna när terminal sedering kan inledas hör bl a att läkaren skall kunna förutse att en mycket kort tid, 1–2 veckor, återstår av patientens liv. Det innebär att de personer som lider av kroniska sjukdomar eller tillstånd är uteslutna – dvs de med t ex en viss sjukdom i muskel- eller nervsystemet, MS, ALS, Parkinsons, KOL. Här är sjukdomarna visserligen obotliga, men man kan inte heller veta när de »två sista veckorna« kommer att påbörjas. Det tar kanske många år och de dör ofta av någon annan sjukdom än den kroniska.

**Att acceptera sin egen död** – En riktigt gammal människa – och en riktigt, sedan länge, svårt sjuk person – vet vad jag menar med detta. De har haft tid att tänka över detta. De yngre och de medelålders vet inte, men de tror att de vet. Det är bland annat därför det är så fel att det mestadels är personer i 35–55-årsåldern, riksdagsmän och andra politiker, ja t o m läkare – som bestämmer över frågor som rör dödshjälp. Frågor som de inte förstår sig på.

Det här gör mig arg. Men det tjänar inte mycket till att bli arg. Vem lyssnar? Alla vi som vill vara beredda på den död som oundvikligen kommer en dag, vi får klara oss så gott det går. Jag har förstätt att det finns mycket att lära på det här området, De senaste cirka 15 åren har jag sökt intensivt efter lösningar på hur man kan förbättra situationen något lite. För min del. Jag delar gärna med mig av det jag lär mig. Alla måste finna sin egen väg.

**I det här numret** – skriver jag om hur man kan göra om man vill dö genom att AND. Många har skrivit ner sina råd i det sammanhanget i olika böcker i utlandet. Den som har influerat mig mest här är en holländsk läkare, Boudewijn Chabot som jag har träffat på flera internationella möten. Han följde i sin forskning för några år sedan ett hundratal personer som självmant kommit fram till att de skulle dö genom att sluta äta och dricka. De hade ofta fått avslag på en begäran om att få dödshjälp via den lagliga möjligheten i Nederländerna. Det rörde sig inte om hans egna patienter. Han skrev ner det han funnit i en avhandling som blev en mindre bok på 86 sidor. Men det går att läsa om detta även hos motsvarigheter till RTVD's hemsidor i andra länder.

**I nästa nummer** – kommer jag troligen att lägga till lite mer text på det här området. Det kommer nog att uppstå frågor efteråt. De kan behöva belysas.

*Berit Hasselmark,*

redaktör, styrelsemedlem Stockholm

tel 08-612 24 71, e-post: [berithass@outlook.com](mailto:berithass@outlook.com)



## Intervju med Rolf, läkare och styrelsemedlem i RTVD



**RTVD har i sin styrelse för närvarande tolv medlemmar (inkl två suppleanter). Det kan vara intressant att lära känna några av dem lite närmare. Jag ringde därför upp Rolf Ahlzén en dag och ställde några frågor.**

RTVD's styrelse

Rolf invaldes vid årsmötet 2015. Dessförinnan hade RTVD's ordförande Stellan Welin träffat Rolf i samband med ett arbete (båda sysslar bland annat med att undervisa studerande på läkarlinjen) och av någon anledning kom samtalet in även på våra frågor om dödshjälp. Stellan fann att Rolf hade samma positiva inställning här som vi andra, varför han tillfrågades om han kunde vara med i styrelsearbetet. Rolf samtyckte, trots att han fortfarande arbetar fullt ut och ännu inte har nått pensionsåldern (som vi andra i hög utsträckning har gjort inom styrelsen).

I valberedningens presentation stod följande: *Rolf Ahlzén är läkare. Han har disputerat i ämnet medicinsk humaniora på en avhandling om varför läkare bör läsa skönlitteratur och han är docent i medicinsk humaniora vid Karlstads universitet. Rolf är intresserad av regelverket och praktiken vad gäller dödshjälp i Holland där han studerat förhållandena på plats.*

Rolf har mest arbetat inom primärvården som allmänläkare, men nu halvtid på en öppenvårdsmottagning i psykiatri. Han undervisar också läkarstudenter inom olika delar av »medicinsk humaniora«, bland annat medicinsk historia och medicinsk etik. Han bor i Karlstad.

I uppslagsverket »Wikipedia« står följande om ämnet psykiatri:

*Psykiatri är det område inom medicinen som behandlar psykiska störningar och psykisk ohälsa. Psykiatrin omfattar diagnos, behandling och metoder för att förebygga psykiska störningar. Psykiatrin som disciplin utgår från psykopatologi. Den har historiskt varit nära kopplad till neurologin, det medicinska område som behandlar kroppsliga sjukdomar i nervsystemet, men de två disciplinerna har sedan tidigt 1900-tal gradvis glidit isär.*

*Den moderna psykiatrin strävar efter en syn på psykisk störning och psykisk ohälsa som en blandning av medicinskt-biologiska, psykologiska och sociala fenomen. Den dominerande och ofta eftersträfvade behandlingsformen är således en kombination av läkemedelsbehandling, psykoterapi samt socialpsykiatriska aktiviteter och stödinsatser.*

### Dödshjälp är tillåtet i Holland

Vi kom att diskutera bland annat Holland, där Rolf framhöll den starka ställning som husläkarna har. De följer sina patienter under många år och känner dem väl när och om det till slut blir tal om dödshjälp. Det är också husläkarna som till största delen ger den dödshjälp som är lagligt tillåten. Och ja, Holland är ju ett så speciellt land, även på många andra områden. Se bara på deras inställning att tillåta cannabis i sina kända coffee shops. Holländarna är både individualistiska och kollektivistiska – på samma gång.

– Ja, och de tillåter också ett stort antal hemförlossningar, lägger jag till. Detta är ovanligt i Europa och går absolut inte för sig hos oss. Läkarna vill ha kontrollen och varnar unga kvinnor som vill föda hemma att de utsätter sig själva och sina barn för otroliga risker, de får skylla sig själva om det slår fel.

Jag frågar vad han själv tror är den bästa metoden för Sverige, när vi en dag faktiskt får en lagändring som tillåter dödshjälp.

– Skulle du alltså helst vilja se det holländska systemet här? Det är ju just Holland som du studerat mest, säger jag.

Men han svarar att han tror att det vi har kommit fram till inom styrelsen i samband med »vår egen utredning«, nog kan anses vara den mest lämpliga, dvs. den s.k. »Oregon-modellen«.

Nu följer ett livligt meningsutbyte oss emellan, då jag själv är mer en anhängare av »modellen i Schweiz«. Men Rolf menar att vi inte lär kunna få fram något annat än Oregon-modellen till att börja med.

– Siktat vi för högt så fördröjs frågan ännu längre, i onödan. När Oregonmodellen antogs i Kalifornien i USA så inspirerade detta många andra, både delstater och länder. Det är därför som den blir bäst även för oss, även om den ger en ganska begränsad skara sjuka tillgång till dödshjälp.

– Svenskarna är ju tämligen försiktiga, säger Rolf, man kan inte förvänta mer just nu. Det finns en oro som jag inte ser som helt oberättigad att vi får en indikationsglidning, vilket av allt att döma hänt i Holland.

– Ja, det som brukar kallas för det »sluttande planet«, säger jag. – Ja, svarar Rolf, och det kan vara en reell risk.

### Allmänhetens tilltro

Ett argument som våra motståndare brukar framhålla, är att dödshjälp kommer att minska tilliten till sjukvården. Det tror Rolf inte alls på. Snarare tvärtom, det kommer förmodligen att öka förtroendet. Det finns, att döma av undersökningar, en större oro för att inte få dö värdigt eller att bli överbehandlad än att någon (en läkare) ska förkorta patientens liv alltför tidigt.

### Känslor

– Hela frågan om hjälp till döden är starkt känsloladdad, menar Rolf. Den väcker starka känslor, och eftertanken kommer därmed lätt i andra hand. Frågan är svår. En rad medicinska tillstånd kan ge upphov till ett långvarigt lidande som det är svårt eller omöjligt att bota, kanske inte ens lindra. Det är frestande att anse att det då borde finnas en möjlighet att få hjälp att avsluta livet även om döden av allt

att döma är avlägsen, men jag menar alltså att vi bör vänta med att gå i den riktningen.

Valet mellan eutanasi (där läkaren ger en dödande spruta) och assisterat suicid (där patienten själv sväljer medlet) är alltså inte det svåraste för Rolf. Men orden är viktiga här. Ta till exempel ordet »själv-mord«, som så många vill undvika. För honom är det inget att gömma undan. Självmord är just självmord, och bistår läkare kan det gärna kallas »läkarassisterat självmord«. Och ger läkaren en dödande spruta, kan det kallas eutanasi (uttrycket »aktiv eutanasi« är dock mest förvirrande). Att inte fortsätta en redan insatt meningslös behandling för att förlänga livet bör kallas »avbrytande av livsuppehållande behandling«, något som givetvis hela tiden pågår i svensk sjukvård.

### Läkarens roll

För läkaren själv är det en skillnad mellan att ge dödshjälp till en sjuk patient, eller att avstå från att ingripa med livsuppehållande behandling – i engelskan kallas detta för skillnaden mellan »actions« och »omissions«. Psykologiskt är det också två olika saker. I samband med eutanasi skall läkaren, hen själv, administrera ett medel som momentant dödar patienten. I det andra fallet blir det på ett tydligare sätt den sjukas tydliga viljeyttring som i stället blir det ultimata viktiga. Det resulterar i en autonom handling hos patienten – när det är klarlagt att den sjuka har autonomi, dvs kan fatta ett självständigt, reflekterat beslut som inte är resultatet av en tillfällig sinnesstämning. Oregonmodellen innehåller en sådan prövning.

– Läkarens etiskt grundade uppdrag är framför allt att minska lidandet. Jo, »lidandet«, det är för många ett belastat uttryck. Svårt att nå fram till för den som står utanför. Svårt att beskriva för den som äger lidandet. Men det går att utbilda blivande läkare i detta. Jag gör det själv i min roll som lärare i humaniora på läkarutbildningen. Det kan ske genom att man läser skönlitteratur, ser film eller studerar konst. Eller diskuterar konkreta patientfall.

### I kliniskt arbete

Jag frågar nu hur Rolf själv reagerar – i sitt arbete på en vanlig avdelning – när, och om, en patient någon gång ber om hjälp att dö.

– De frågor jag fått av det här slaget har handlat om hur jag skulle ställa mig om patienten i ett senare skede skulle be om dödshjälp, svarar han. Dvs. – jag har inte fått frågan av någon som just då behöver en sådan hjälp. De vill nog mest ta reda på hur jag står i den här frågan. Jag svarar då att jag har stor förståelse för en sådan önskan, men min legitimation som läkare och det regelverk som gäller hindrar mig från att ge en sådan hjälp. Samtalet slutar då där.

### Depressioner

Till sist vill jag också veta lite mer om depressioner, som läkarna menar ligger bakom de allra flesta självmord. Vi har ju något som heter »nollvision beträffande självmord« i vårt land. Jag ser det som ett önskemål och en strävan från myndigheternas sida om att ingen skall ha det så dåligt eller vara så olycklig i vårt land att hen inte vill leva längre. Och Rolf intygar att de flesta onekligen en tid efter att de »räddats åter« till livet är tacksamma för detta. Samtidigt har han naturligtvis träffat på det som kan kallas för »rationella suicid«, dvs. de personer som med en svår, obotlig sjukdom i kroppen försökt ta sitt liv men av någon anledning inte »lyckats«. Där det bakom försöket inte fanns en tillfällig sinnesförvirring.

Men här måste läkaren ändå i de allra flesta fall handla. Det framgår av de riktlinjer som finns. Även när det ibland faktiskt skadar patienten. Motivet är nog främst att det i en sådan situation kan råda tvivel om just hur rationell personen som försökt ta sitt liv var när handlingen utfördes.

Är ett livsslutsdirektiv då till hjälp? Ja, det är bra, även om det i Sverige inte är bindande. Men det bör spela en betydande roll för att få en bild av patientens vilja.

Men hur går det i de flesta fall av en depression? – Jo, de flesta fallen går att bota. Även spontan läkning sker, men kan dra ut på tiden, särskilt vid djupa depressioner – och lidandet är då stort, med hög risk för självmord. Psykoterapi, mediciner, någon gång elbehandling – dessa metoder botar oftast. Dock finns »refraktära« depressioner där vi inte lyckas hjälpa.

### Inför en resa till Schweiz

En sista fråga från mig gäller de vårdintyg som läkare ibland ombeds avge beträffande en patients hälsotillstånd, medicinska behandlingar och »sound mind« (sunda förnuft) i samband med att patienten söker dödshjälp. Jag har hört berättas om fall där den sjukas läkare vägrat detta, då han förstod att det gällde hjälp att få dö i Schweiz. Kanske var han rädd för att legitimationen kunde ifrågasättas? Läkaren svarade att »dödshjälp är förbjudet hos oss«.

Men här är Rolf bestämd. Ett sådant intyg tillhör absolut de uppgifter som läkaren skall kunna hjälpa patienten med. Läkaren intygar ju bara att patienten inte lider av en sjukdom som skulle göra henne oförmögen att förstå vad hon ger sig in i, och det redogör för de behandlingar patienten fått och får. Önskvärt är att det är den behandlande läkaren som skriver ett sådant intyg, men det är tyvärr inte alltid möjligt.

Intervjuare: *B Hasselmark*

**Hallå** alla ni som bor i Växjö med omnejd

RTVD-styrelsen anordnar paneldebatt om dödshjälp i Stadsbiblioteket

**lördag 23 september** – (Besked om starttid – se bibliotekets anslagstavla.)

**Välkommen** både medlemmar och vänner!

## Några reflexioner efter vårt besök den 11 april 2017

**Eftersom Socialstyrelsen är den viktigaste myndigheten vid införandet av dödshjälp i vårt land beslutade RTVD att göra en uppvaktning som kom till stånd den 11/4 2017. Representanter för RTVD var Stellan Welin, Margareta Sanner och Gunnar Hagberg.**

Utöver generaldirektören Olivia Wigzell (OW), mötte vi också Lars Torsten Larsson (LTL) avd.chef uppenbarligen läkare och juristen Mattias Wallin. Initialt var representanterna för SoS ganska formella och när vi presenterat våra tankar om vår utredning var de också avståndstagande. Att ändra på nuvarande praxis med en förordning som gjordes när det gällde vård i livets slutskede för ett antal år sen, ville OW absolut inte. Hon ville ha ett bemyndigande från ministern Gabriel Wikström, som hon hade uppfattat var helt negativ till dödshjälp. Att han uttalat en liten öppning om SMER kom med ett förslag i den interpellationsdebatt som Staffan Danielsson initierat hade hon inte hört talas om. Men hon uttalade klart att hon såg fram emot SMERs kommande utredning.

Samtliga upprepede ett flertal gånger att man måste hålla sig till vetenskap och beprövad erfarenhet, men kunde inte riktigt förklara vad de menade med detta i vårt land där dödshjälp aldrig praktiserats. Vi menade att man måste bygga på erfarenheter från länder där dödshjälp införts.

Vi tog efterhand upp den dödshjälp som sker i Sverige i den gråzon som måste tillgripas innan vi vet vad som händer om det kommer till myndigheternas kännedom. Vi fick naturligtvis inget svar vad som var tillåtet eller inte, utan man hänvisade till IVO (Inspektionen för vård och omsorg)

och HSAN (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd). Det är ju IVO som gör utredningarna och om någon personal inom sjukvården bedöms ha gjort sig skyldig till något otillåtet överlämnar ärendet till HSAN, som kan utdela administrativa repressalier varav det svåraste är deslegitimering. Olika frågor om konkreta fall besvarades inte.

Vi nämnde också att resorna till Dignitas är en klassfråga och OW reagerade på detta påstående. Likaså det privilegiet läkare har som kan skriva ut dödande läkemedel till sig själva, men som inte kan komma vanliga patienter till del.

Vi informerade om SMER och deras arbete att sammanställa argument för och emot dödshjälp som förhoppningsvis inom en inte alltför avlägsen framtid kommer att läggas fram för sjukvårdsministern. Vi berättade vidare att c:a en tredjedel av läkarkåren ställer sig positiv till dödshjälp enligt Oregonmodellen. Den nybildade gruppen av riksdagsledamöter från alla partier och de 18 medlemmar som den för närvarande samlat berättade vi också om.

Sammanfattningsvis kan vi inte säga att vi fick Socialstyrelsen på vår sida utan man väntar på bemyndigande från sjukvårdsministern. Vi konstaterade efteråt att vi måste få till stånd ett möte med IVO och också med HSAN inom den närmaste tiden.

Vi kan kanske till pluskontot lägga till det faktum att vi tillhör de hedervärda föreningar som Socialstyrelsen vill tala med.

Vid tangenterna  
*Gunnar Hagberg*, styrelsemedlem

## LÄSARBREV

### Dödshjälp?

sagan om Philemon och Baucis berättas hur två gudar under vandring inkognito på jorden förgäves söker härbärge, tills de tas emot av det gamla paret Philemon och Baucis. I gåva av gudarna får de båda makarna förmånen att de när de i sinom tid ska dö får göra det i stillhet och samtidigt och tillsammans. När man som gymnasist läste om detta under latinundervisningen förstod man inte riktigt hur värdefull gåvan var.

Den som varit gift i kanske 40–50 år med samma man eller kvinna och lämnas ensam, när maken/makan dött, förstår det bättre. Den som är kvar har kanske inte längre några vänner kvar i livet. Han eller hon finner inte längre något att glädjas åt utan livet ter sig tröstlöst. Han eller hon vill bara att det ska ta slut.

I en sådan situation och även i andra situationer borde en sådan möjlighet finnas som nu föreslås gälla i Holland för äldre människor som anser sig »ha levat färdigt«. Särskilda, utbildade medhjälpare ska vara med när den gamla människan tar ett

medel, som avslutar livet. Läkarna slipper alltså att delta. För dem är ju det här med dödshjälp ofta ett svårt problem. När det gäller själva medlet så antar jag att fråga är om ett medel som gör att man somnar in och avlider under sömnen.

I den senaste RTVD-bulletinen, april 2017, har föreningens ordförande tagit avstånd från detta förslag. Jag menar dock att det är ett bra förslag som är värt att diskuteras närmare. Jag tror att många gamla människor i Sverige inte är rädda för döden men rädda för döendet. De hoppas slippa bli utsatta för en plågsam – fysiskt och/eller psykiskt – process. Varför ska de som vill ha den möjlighet som det holländska förslaget innebär då förvägras den? Vi har inte bett att få komma till världen. Då kan vi väl i alla fall få bestämma om vi ska få lämna den på ett någorlunda smärtlöst sätt.

*LP, pensionär, Stockholm*  
*Maj 2017*

## Hej Berit

Tankar om framtiden; jag är själv 70 år och funderar ibland på hur det ska bli att åldras och så småningom dö. Ser vilken dålig vård det blivit både på vårdcentraler och sjukhus med all neddragningar. Äldre och sjuk, en riktigt dålig kombination för de flesta.

Har även erfarenhet från äldreboende från närstående och det jag såg var rent ut sagt riktigt dåligt och ovärdigt i högsta grad. Det var som att långsamt dö. Värsta mardröm även för de anhöriga. Att vara hemma ensam med hemhjälp är inte heller vad vi behöver, flockdjur som vi är. Ensamhet det största gisslet och det vet ju alla.

Så vilken framtid går vi till mötes? Om »samhället« inte kan erbjuda oss en bra sjukvård, bra äldreboende och bra vård i livets slutskede, vilka alternativ finns då? Hör nu fler och fler som planerar för att antingen ta sitt liv eller att avsluta sitt liv i lugn och ro med hjälp och betala för det i annat land t.ex. Schweiz. Har en väninna som just tagit sitt liv med en överdos av tabletter just av denna anledning då hon insåg vilka alternativ som fanns. Många väljer också att flytta från Sverige till ett land med bättre omsorg om äldre.

Vad är det egentligen för en diskussion vi kommit in på?

Ska vi behöva tänka på hur vi bäst kan ta livet av oss? Det kan vara svårt nog att åldras och nu skulle vi ju njuta och känna trygghet i att vi får bästa hjälp om vi skulle behöva det någon gång. De flesta känner säkert viss rädsla för att en gång dö och var finns då hjälp att få? Det här angår ju alla så var finns denna diskussion och hur kan vi kraftfullt och omgående förändra detta till något värdigt och mer förhoppningsfullt?

Förr skämtade man om att ta livet av sig när man blev gammal eller sjuk. Idag menar man det »på riktigt«. Vilket betyg till »samhället«.

Slutligen; om detta är vad »samhället« kan erbjuda oss vore det dags att erkänna det och ge ytterligare alternativ med dödshjälp, så kan vi ju själva få avgöra när »det räcker« och på så sätt slippa dålig sjukvård, äldreboende/hemhjälp i ensamhet och ingen hjälp och stöd med att dö. (År fullt medveten om att en hel del har ett bra åldrande med att ha en bra hälsa, många vänner och en god ekonomi som underlättar, men långt ifrån alla.) Det jag skriver om är verklighet för alltför många.

*Sommarhälsningar från Eva*

## Till Redaktionen för RTVD-Bulletinen

Med anledning av samtalet med Barbro Westerholm i RTVD Bulletinen nr 81 vill jag delge min erfarenhet. Hon säger där att det »är upprörande« att det inte finns uppgifter om hur många äldre som dör genom att sluta äta och dricka.

En sen lördagskväll stod jag i köket och gjorde kvällsmackor, min man satt i vardagsrummet och såg på TV. Han led av flera allvarliga sjukdomar, bl a en växande hjärntumör som inte kunde opereras, och hade nyligen kommit hem från en sjukhusperiod. Denna kväll var han dock ovanligt pigg och vi ropade till varandra då och då genom våningen. Plötsligt blev allt tyst. När jag kom in låg han okontaktbar på golvet. En stroke misstänkte jag. Ambulansen kom efter 10 minuter och vi for till K Sjukhuset. Vid 3-tiden lades han in på en neurologisk avdelning. Morgonen därpå då jag kom tillbaka blev han glad men kunde inte prata eller svälja och ena sidan var totalförlamad. Han förstod allt jag sade och kunde nicka eller skaka på huvudet.

Efter några dagar med olika undersökningar kontaktade överläkaren mig. Min man skulle inte kunna återhämta sig och hade på olika sätt meddelat att han inte ville ha någon behandling. De, överläkaren och en annan läkare, skulle därför ha ett enskilt möte med honom och därefter delge mig sitt beslut. Kort därpå klargjorde de att de skulle ta bort droppet och inte sätta in någon sond för näringsintag och heller inte enligt min mans tydliga önskan vidta några andra åtgärder. Han var helt klar över sin situation ansåg de. Om han skulle visa minsta tecken på att han ville äta och dricka skulle de genast sätta in en sond.

Ett par dagar senare flyttades han till S Sjukhem, palliativ avdelning. Jag satt där varje dag, fuktade läpparna på honom och småpratade men såg ju att han mest ville sova, han blev allt tunnare och kraftlösare. Han klagade aldrig över några smärtor, fick nog mycket morfin.

Efter över tre veckor dog min man och det besked jag fick om dödsorsaken var »sviter efter en svår stroke«, men inget om att han varit utan mat och vatten i nästan en månad. Själv kände jag tidigare inte till att de kunde göra så. Jag är tacksam mot läkarna som rättade sig efter min mans beslut. Men jag frågar mig förstås om beslutet skulle blivit ett annat med andra läkare och hur många det egentligen är som liknar detta fall.

*BL – medlem*

## Dikt

*av RTVD-medlemmen Astrid Uhnér*

*När min kropp är sliten och värker,  
mina ben inte bär,  
mina armar inte orkar,  
mina fingrar fumlar,  
mina ögon och orken inte samarbetar,  
musiken skräller,  
– låt mig då likt en hund,  
få somna in i en kärleksfull famn.  
– Men jag är människa – inte hund!*



## Kontroll över min död

fortsättning från s. 2

i studien, eftersom de dog före dag 7. Läkaren som ledde studien ansåg att de varit så nära, bara några dagar, från den stund de ändå skulle ha dött av sin sjukdom (oftast cancer). Som kontrast till detta kan man säga att de 11 personer (bland de 97), för vilka det tog längst antal dagar (31–60 dgr) – de led dels av icke-dödliga diagnoser (t.ex. ALS, MS, KOL, stroke, »svår ålderdom«) – men de tillhörde också de som druckit ngt lite vatten under dagarna.

**Vem väljer att dö så här?** – AND passar inte för vem som helst. Det kräver beslutsamhet och stark inre vilja. Hon skall kunna motstå försök till övertalning av en ängslig doktor som tänker att han själv och hans vårdhem får dåligt rykte om patienterna dör för fort där. Anhöriga och bekanta vill troligen inte höra talas om detta. De byter samtalsämne. De vill inte bli indragna. Man får förklara många gånger och för många personer att »detta är mitt, och endast mitt beslut«. Och att man är helt bestämd i detta. Man bör kunna visa att man är mentalt förberedd på det man är på väg att göra. Denna person bör dessutom vara där det är uppenbart att hennes kropp »går utför« Hon har en sjukdom i avancerat stadium som erfarenhetsmässigt leder till döden. Eller hon har i flera år lidit av ett eller flera kroniska tillstånd som har brutit ner henne och som har gjort att de inre vitala organen är i dåligt skick. Även enbart hög ålder kan ha försatt hennes kropp i detta »nedslitna« tillstånd, tillsammans med t.ex. nedsatt hörsel, syn, rörlighet eller minne, mm. Hon/han har kommit till ett »avslutande kroppstillstånd« där ingen riktigt vet något om den tid som är kvar.

Förutom de rent fysiska tecknen infinner sig nu också en mental uppgivenhet. Hon/han vill inget mer. Hon orkar ingenting. Hon har ingen aptit. Hon känner hopplöshet och ensamhet. Hon har ingen nyfikenhet på något. Hon är bara oändligt trött. Hon är »färdig med livet« (*completed life*). Hon vet att hon snart skall dö. Hon är införstådd med sin död, fysiskt och psykiskt. Hennes tid att avsluta är nu och hon accepterar att det är så. Ja, hon välkomnar döden. Men hon måste samtidigt bibehålla en frisk och stark mentalitet och inre vilja.

Jodå – många klarar det!

De som bestämmer sig för AND har nästan alltid redan tänkt länge på denna väg ut. De är beredda att »släppa taget«. De mår ju inte bra, de är utmattade, de är livströtta. De känner sig ensamma. När hon/han väl bestämt sig, börjar den avslutande processen. Hon går då in i ett lugn, hon känner att hon kan »sluta kämpa emot«. En och annan upplever en slags eufori, en förhöjd sinnesstämning. Det blir inte väldigt svårt för den som har förberett sig, har läst på, vet vad som är att vänta och som vill behålla kontrollen så långt som möjligt.

**Är det plågsamt?** – Friska personer tänker på AND som något fruktansvärt och smärtsamt, där den svältande kroppen skriker efter mat. Ja, så reagerar en normal människa när hon blir riktigt hungrig. Vadå! säger den som inte har förstått, skall en människa verkligen behöva ligga

och törsta ihjäl? – Men här talar vi inte om en ung och frisk människa!

Det är ett missförstånd att AND innebär en plågsam, fasansfull och tidskrävande död. Med korrekt vård (helst palliativ vård) kommer vem som helst som är allvarligt sjuk eller kraftlös på grund av ålderdom, och som självmant avstår från vätska, att bli fullt utmattad och sovande inom en vecka och kommer att dö lugnt inom två veckor.

Den som arbetat på en avdelning för gamla sjuka vet också att det förekommer patienter som spontant, utan påtryckning en dag slutar att äta och dricka. Om man låter dem göra det (det är kanske inte det vanligaste), så dör de inom några dagar. Så gör också djuren i skogen – när t.ex. ett rådjur känner att slutet nalkas så lägger det sig under en gran och tynar bort. Det hör till naturens kretslopp.

**Förloppet – vad händer?** – De flesta börjar gå in i och ut ur ett stadium då de är delvis medvetlösa under den tredje dagen. Lite senare går de ner djupare. Mer eller mindre starka känslor av hunger och törst kan inträffa Dag 1 och 2, men dessa känslor brukar de flesta stå ut med. Det kan lättas med några lugnande läkemedel, gärna i form av stolpiller. Om man är hemma kan man även bestämma att ta sömntabletter över en stor del av de första dygnet – kanske var 5:e, 6:e timme. Det hjälper att få tiden att gå. Svälj medicin med minsta möjliga mängd vatten. Eller ta dem med en sked filmjöl.

Att ta bort maten låter överkomligt, men lite vatten då och då kan väl inte skada? Jo, tyvärr. Det förlänger processen. En människa kan leva länge utan mat, men avsaknad av vatten/vätska ger uttorkning av kroppen som leder till döden. Att invänta döden och tillåta sig några munnar vatten då och då förlänger den här perioden med många dagar, kanske en vecka eller två. Kanske är det inte så man ville ha det? Man måste själv bestämma. Vårdarna skall inte behöva ta ställning till detta.

Vissa forskare menar att en slags värkstillande effekt infinner sig efter ca tre dagar av att bli uttorkad. Under uttorkning behöver människan mindre läkemedel, det ger mindre risk för kräkningar och andningen går lättare när vätska minskar i lungorna.

**Vem skall inte göra det här?** – Unga eller medelålders, kroppsligt friska personer bör inte pröva detta som ett sätt att begå självmord. Det skulle ge dem en svår, plågsam, lång och utdragen dödskamp. Särskilt bör unga, deprimerade, olyckliga personer som tänker på självmord varnas. De kommer helt enkelt inte att lyckas, deras inre organ (som de inte kan bedöma själva utifrån) är för starka och friska. Personer med en psykiatrisk diagnos eller med demenssjukdom bör inte heller pröva detta. Omgivningen kan här inte känna sig säker på om det är rätt för dem att hjälpa. Och att helt ensam klara av det hela ser jag som något både fasansfullt, omöjligt, sorgligt och vansinnigt. Den sjuka människa som i stället erbjuds palliativ vård bör absolut



acceptera den. Det var just i samband med palliativ vård (utomlands) som man lade märke till de första patienterna som spontant slutade äta och dricka, man tillät detta och man följde dem och såg att det gav en god död.

Att fasta har faktiskt gjorts sedan urminnes tider, ofta av religiösa skäl (ramadan), politiska skäl (politiska fångar mm, Lång tids fasta under läkarövervakning har gjorts av personer som var starkt överviktiga. Fasta av hälsoskäl görs för att stärka kroppen och rensa ut slaggprodukter. Till de senaste trenderna inom fasta hör 5.2 dieten. Man bör veta att dessa personer då alltid intagit vätska, varför fastan varit ofarlig eller bara gjort gott.

**Var gör man det?** Många gamla människor avslutar livet på ett kontrollerat sätt genom AND när de antagits på ett äldreboende eller ett sjukhem. De tänker sig att här förväntas personalen ta hand om den boende, även när hans/hennes krafter tynar som en följd av avsaknad av mat och dryck. Den döende får således (bör få) god vård ända in i det sista. Personalen gör sitt jobb, som de ändå skulle ha gjort något år senare då patientens ålder tagit ut sin rätt.

Man bör dock förankra sitt beslut hos personalen, särskilt den främst ansvariga för avdelningen/boendet. Om det är en läkare eller sjuksköterska, gör då upp med denne om att besluta att påbörja »helfasta« ett visst datum. Om och när läkaren samtycker så bör denne meddela personalen, som då inte kan behandla dig som om du mist förståndet och påbörjar mild tvångsmatning. Något sådant orkar du helt enkelt inte med då.

**Praktiska förberedelser.** – Allt skall vara klart där hemma. Hon, den sjuka, har säkert »döstadat« – kanske i flera år. Inga ärenden som kunde ha åtgärdats bör glömmas. Ge ditt ID-kort och fullmakt till någon du litar på. Gör listor på bankkontonummer, försäkringar, lagfarter, avtal, testamenten, samboavtal, äktenskapsförord, ägarförhållanden, arvsärenden, tidigae bouppteckningar, gåvobrev, nummer på bankfack med nyckel, kanske lösenord till något viktigt på nätet. God man? Ev ngt om att slippa obduktion. Donationsregistret. (Vad har jag glömt?) Lämna allt i ett stängt kuvert med påskrift: »Att öppnas efter min död.« – Vid behov, ge förslag på vem som skall sköta dödsboet, begravningsbyrå med eventuella instruktioner för begravning.

**Ta avsked.** – Det är klokt att berätta för de närmsta om vad som skall ske. Det gör att tiden efter den avlidna blir mindre svår för de efterlevande. De kommer troligen att förstå bättre. De blir mindre upprörda och det blir mindre bitterhet och ilska. Men - en del vill ändå inte berätta för någon - och då måste det också kunna få vara så. Men försök ändå att skriva ett förklarande brev att läsas i efterhand. Vi vill väl alla bli hägkomna i en känsla av både respekt och glädje.

**Att dö i hemmet.** – Man kan göra detta i hemmet men det kräver en hel del insatser från en själv och från omgivningen, från anhöriga, vänner eller andra som man kommit överens med. Man bör skriva listor på vad de, vårdarna bör känna till.

Om möjligt försök engagera en sjuksköterska/undersköterska men det viktigaste är att omge sig med vettiga, empatiska och förstående människor med mycket sunt förnuft, även om det även utgör ett lugnande inslag om en utbildad person dyker upp ibland och ger lite moraliskt stöd. När hon till slut avlider måste man ringa hennes doktor (ev. inte) men först polisen. Polisen ordnar så att hon förs till ett bårhus.

**Lagligt och olagligt.** – Det är inte olagligt att som en kärlekshandling hjälpa sin medmänniska. Vara sällskap, visa empati, bara finnas där, hålla handen. Så länge patienten är initiativtagare och har kontrollen och så länge hjälparen inte ger aktiv dödshjälp (matar henne med en överdos av tabletter, öppnar en gaskran, etc) så är detta lagligt. (Gäller Sverige, inte många andra länder.) De som finns runt den döende får inte skynda på processen. De måste ha stort tålamod och vara övertygade om att de gör detta för den döende efter hennes önskan. Man måste inte vara sjukvårdsutbildad för att förstå att det tar tid att dö. Personer med sunt förnuft och levnadsviisdom vet sådant här. Men läs gärna på ändå! (Idé: Låna en bok på biblioteket som handlar om patientvård!) Det är klokt att vara beredd, då orkar man fortsätta.

**Hade den sjuka en läkare?** – Den sjuka kan försöka tala med sin läkare, berätta om vad hon beslutat och be om något lugnande eller sömnmedel eller värkstillande. Kanske har den sjuka sådant hemma redan sedan förut?

Vi vet förstås att många inte har en god nära kontakt med en läkare. Patienten vågar då inte berätta, hon är rädd att bli hindrad. Hon är rädd för psykiatrisk utredning.

Tips: Kanske kan hon ändå be om något mer eller något nytt (»starkare«) lugnande, sövande utan att nämna något om vad som skall hända. Eftersom hon nu är en mycket sjuk person (annars skulle hon inte bestämma sig för att dö) så är det helt rätt för en läkare att skriva recept åt någon som säger hon »känner oro, har värk i kroppen och har svårt att sova«.

En läkare kan hjälpa en fastande döende i väldigt mycket utan att överskrida gränsen för dödshjälp. Här bör det från början finnas god förståelse mellan läkare och patient. Om läkaren inte vill bli inblandad så måste vi acceptera det. Läkaren kanske dock kan göra (eller ordna med) ett hembesök Dag 4 el 5 hos den döende (som vid sängen har dokument om att »Ej återuppliva«), ge eller höja dosen på morfin, höja dosen på sövande, värkstillande eller lugnande, kanske som stolpiller eller subkutan injektion. Det blir då palliativ vård under den sista tiden.

**RTVD's livsslutsdirektiv.** – eller motsvarande – bör vara ifyllt och ligga bredvid sängen från Dag 1. Skriv dit aktuellt datum längst ner och förnya det än en gång. Alla vet att det inte är juridiskt bindande men det visar ändå hennes vilja in i det sista. Ett extra papper där den sjuke skriver att hon nu ämnar sluta äta och dricka tills döden kommer, att hon själv väljer detta och att ingen tvingar henne – samt datum och signatur.

**Dokumentera! Skriv upp allt!** – Den sjuka bör gärna skriva ner sina önskemål på papper som ligger framme hela

tiden, hur mediciner vartefter bör tas bort, hur hon vill bli vårdad, vad vårdarna vartefter kan förväntas uppleva där i sjukrummet. De som hjälper i hemmet bör få känna sig trygga att det är hon, den döende, som allt kretsar kring, och ingen annan, som ända till slutet utövar kontrollen över sin sista tid livet. Signera själv och datera alla dessa papper. Om det blir någon utredning efteråt har de inblandade dessa dokument att stödja sig på, när de måste förklara sig inför en oförstående omgivning. Det är som sagt inte olagligt att vårda en döende människa. Men många är okunniga och tror sig göra rätt när de gör fel.

Lägg ett block med papper i sjukrummet i hemmet där hjälparna skriver ner vartefter en kort daganteckning rörande det som händer. Börja med »Dag 1« och kommentera t.ex. patientens tillstånd, värk eller oro, svettningar, känns kall? Om hon sade något, intag av medicin, kroppsvård, byte av lakan, ev besökare, om musik uppskattades, ev irritation (anledning?) eller nämn att allt verkade bra, ua (utan anmärkning), etc. Det hjälper dem som kommer senare. Om ni vill; blodtryck, puls, temperatur o andetag/minut. Avsluta gärna med signatur, om ni är flera. Efteråt glömmen man lätt när och vad som hände.

Den sjuka skall själv när som helst kunna dra tillbaka sitt beslut att dö. Det bör finnas ett halvfyllt glas vatten inom räckhåll, med det visar hon om hon förändrar sitt beslut. Det visar sig att det oftast har varit anhöriga som då har varit på besök och fått patienten på andra tankar.

**Skall man fortsätta ta de ordinarie medicinerna?** Man rekommenderar att avsluta medicinerna, med undantag för sådant som hjälper mot värk, kramper, illamående, skakningar. Eventuellt ger man halva tabletter en dag eller två. Be vännerna/vårdarna att sluta ge dem så snart de ser att den sjuke gått in i det mer sovande tillståndet (dag 3, 4 eller 5).

För att göra det lättare under de 2–3 första dagarna av AND (brukar vara de svåraste) kan man bestämma att försöka sova mycket. Vanliga sömntabletter finns ofta hemma. Man kan ta en något högre dos, så att man sover djupt. Hon kan ha tabletterna inom räckhåll och ta nya så snart hon vaknar spontant. Givetvis får man, så här i början, svälja tabletter med en liten mängd vatten eller med en sked osötad filmjolk. Fortsätt så här några dagar men trappa ner på vätskan så snart som möjligt. När hon inte längre kan svälja en tablett kan den krossas i mortel och blandas med lite filmjolk. Kapsel tas isär, innehållet blandas med filmjolk. Lägg detta med en sked i munnen, en liten mängd vatten därpå, det åker då ner. Om samma medel finns som stolpiller (supp) så är det enklare, bara att sätta in i ändtarmsöppningen, där det resorberas. Ibland finns läkemedel som hudplåster (ex morfinplåster), lätt att byta.

Behövs något medel mot illamående och kräkningar? Den sjuke vet själv om hon brukar ha sådana känslor och har troligen fått något receptbelagt medel. Försök eventuellt byta till »Scopoderm«, receptbelagt hudplåster som kan sitta på som man vill.

Gamla och sjuka patienter har ofta redan receptbelagda mediciner som är lugnande. Det gäller sådant som »Sobril, Oxascan, Stesolid, Diazepam, Temesta« m.fl. Hennes sömnmedel kan ha namnen »Imovane, Zopiklon, Stilnoct, Mogadon,

Apodorm, Nitrazepam, Flunitrazepam,«. Alla dessa är receptbelagda och kan användas till den utökade sömnen som rekommenderas. Se bara till att så att det finns tillräckligt många hemma. Den som inte har något lugnande eller sömngivande kan be läkare, genom att åberopa oro och sömnsvårigheter. Om detta inte ger resultat kan man köpa något receptfritt, exempelvis något med valeriana (apotek eller hälsokosten) och ta större dos. Ev smärtstillande fortsätter man som förut några dagar, de kanske senare kan halveras. De som har morfinplåster har tur och bör fortsätta med dem tiden ut.

**Den dagliga vården.** – En döende bör inte lämnas ensam. Vårdarna kan göra ett schema dem emellan. Patientens säng bör placeras så att man kan komma åt den fritt på båda sidor. I rummet kan man lägga fram material för den döendes vård. Där kan finnas en extra-säng så att någon kan sova där om natten. En radio eller en tv kanske? En älsklingsbok för högläsning? Ordna (kanske via vänner?) med en bukett vackra blommor dagligen.

Innan AND påbörjas bör patienten ta ett laxativ (tömma tarmen), vid oro för detta även 2 eller 3 dagar innan. Därefter brukar inget mer samlas i tarmen så långt ner. Hon duschar »Dag 1« och tvättar håret och smörjer huden med sin vanliga kroppskräm. Hon kan själv ta sig till badrummet de första dagarna men sedan slutar njurarna att producera urin, så det blir knappast något mer. I det sammanhanget bildas större mängd urea i blodet, vilket ger en skön känsla av dåsighet och sömnmedlet kan trappas ner, Man kan lägga en engångsblöja mellan benen, när patienten inte längre orkar stiga upp. Hon bestämmer själv om hon vill ligga i hemadress eller nattkläder. Ett par sockor kan vara skönt, åtminstone senare då hon kanske ibland känner sig frusen.

Den döende bör bestämma över det mesta, men vi tillråder att man på en försvagad sjuk som gått in i dvala tvättar av ansikte, händer, fötter och underliv varje dag (t ex med våtservetter f ansikte samt babyservetter, engångs), borstar tänderna flera gånger om dagen med en mjuk tandborste (för barn) och ytterst lite vatten och ytterst lite eller ingen tandkräm, byter lakan – ibland bara det ena – varannan dag och byter kläder ofta, borstar igenom håret och vänder på kudden ofta, vänder patienten från sida till sida var 4:e timme. (Viktigt!) Palla upp kuddar runt om så att hon ligger bekvämt.

Munvård varje eller varannan timme. (Viktigt!) Skriv upp allt som gjordes i blocket (under »Dag 1« etc.), så att nästa vak vet vad som är gjort.

Allt det här bör man veta på sjukhemmet. Hemma, här lär vi varandra. (Lägg fram denna Bulletin!) Under de första dagarna kan patienten själv göra mycket, vända sig runt, gå på toa mm, smörja sig med sin kroppskräm. Hon passar på när hon är vaken. Men senare orkar hon inte och några dagar till och hon kan inte alls. Om det passar så bör patienten helst ligga på sidan.

**Viktigast är munvården!** För att hindra uttorkning av munnen behövs en peang (apotek) eller något annat som håller fast en (eller en halv) kompress, med vilken man torkar ur munnen med rent vatten regelbundet. Utmed sidorna,

i gommen, tandraderna och tungan. Omväxla med att torka med vatten blandat med lite klorhexidin eller utspätt munsköljmedel ca 3–4 ggr/dag. Man kan någon enstaka gång lägga krossad is i en näsduk som den sjuke får suga på. Patienten får ej ligga på rygg med öppen mun, i halvvala, något kan råka åka ner i svalget. Man kan ha en liten spraykanna med fin dusch av vatten eller vatten blandat med osötat camomill-te eller med lite citronsaft (osockrat). Ingen citron om slemhinnan blivit sårig! Särskilda swab-pinnar finns på apotek med citronsmak. Sockerfritt tuggummi – men inte när hon gått in i dvala. Lösningar i sprayform, en puff ger en tunn hinna av gel som känns bra i munnen. Man smörjer ofta läpparna och runt munnen med vaselin eller en fet salva. Munslemhinnan blir, om den inte sköts, mycket obehaglig och får blåsor, det gör ont. Läpparna blir spruckna och hemska, om man inte motarbetar hela tiden. På den som är medvetlös tar man ut ev löständer.

Man skall **inte** försöka med egna bomullstussar i munnen, de delar sig och trådar ligger kvar i munnen. Det blir geggigt.

Vändningar av en stillaliggande person är också viktiga – var 3:e eller 4:e timme. Görs förstås inte på den som klarar det själv. Skriv på ett »Vändschema« när och hur hon blev vänd sist.

**Tips på inköp:** Lista det som kan behövas hemma, alternativt köpas vartefter – jag finner det mesta på apotek: En stor

förpackning kompresser (ejsterila). Någon av sorterna »Flux« eller »Listerine Flourskölj« eller »FluxProKlorhexidin« eller »Hexident«. Det finns även »Proxident« eller »Flux« som är geler att smörja på slemhinnan i munnen. Fråga om swab-pinnar för munvård (ev citronsmak) finns att få! – Tunna handskar för vårdarnas händer, en ask om ca 50 blir bra. Engångsservetter, för kropps- (Tips: babyservetter) och ansiktsvård. – Av laxativ, köp minsta förpackning av »Microlax« eller »Toilax« eller »Dulcolax«, receptfritt. – »Klorhexidin« 0,5 mg/ml är desinfekterande, en liten flaska kan behövas för främst munvården.

**Källor och bakgrund.** – För att skriva ovanstående har jag använt mig av vanlig grundkunskap för sjuksköterskor, många tidningsklipp, många artiklar på nätet och ett flertal böcker från andra länder, dvs inte på svenska. Min bästa informationskälla har varit boken *Taking control of your Death by Stopping Eating and Drinking* (2014) av den holländske läkaren Boudewijn Chabot, MD, PhD.

Denna artikel skall inte ses som en rådgivningsskrift från riksföreningen RTVD eller från någon professionell krets utan endast som kunskap jag själv kommit fram till efter att ingående ha försökt sätta mig in i hur vi kan dö och behålla kontrollen.

Berit Hasselmark



## Exit i Schweiz vill hjälpa fler

I Schweiz finns flera organisationer som hjälper gamla och svårt sjuka att – efter egen begäran – få hjälp att dö. En av dessa organisationer är Exit Deutsche Schweiz. Här har man startat en arbetsgrupp som nu tittar närmare på möjligheten att ge hjälp även till gamla människor som önskar få dö, fastän de inte har någon särskild, dödlig sjukdom. Detta bestämdes vid Exits årsmöte i Zürich.

Som det ligger till nu är det nästan omöjligt att få dödshjälp när orsaken är »trött på att leva«. Saskia Frei, ordförande, berättade för media att Exit DS skall bekosta arbetsgruppen som kommer att titta på hur man kan utöka föreningens tjänster.

Arbetsgruppen skall undersöka de etiska, juridiska och politiska aspekterna vid dödshjälp som skulle ges till gamla men friska personer. De kommer att skriva en rapport, varefter Exit kan komma fram till ett beslut i frågan.

För närvarande hjälper Exit DS endast personer med sjukdomar som snart förväntas leda till döden, de med kroniskt försvagande sjukdomar samt de med ett flertal samtidiga, svårartade åldersrelaterade tillstånd.

Översatt B Hasselmark

### RTVD – Riksföreningen Rätten Till en Värdig Död

**Styrelse:**

Ordf. Stellan Welin, tel 0701-42 35 47  
v. ordf. Margareta Sanner, tel 018-54 20 27  
kassör, Jonas Syrén, jonas.syren@gmail.com  
sekr. Gunilla Nilsson, tel 0470-466 23

**Övriga ledamöter:**

Staffan Danielsson, tel 08-786 44 37  
Berit Hasselmark, tel 08-612 24 71  
Rolf Ahlzén, tel 0702-51 95 17  
Inga-Lisa Sangregorio 08-756 47 32  
Carsten Lyhagen,  
carsten.lyhagen@gmail.com  
Björn Ulvaeus, Stockholm

**Suppleanter:**

Gunnar Hagberg, tel 0470-818 21  
Anna Hollander, aik.hollander@gmail.com

**Revisor:**

Richard Murray, richard.murray@comhem.se

**Internrevisor:**

Ellis Wohlner, elliswohlner@yahoo.com

**Valberedning:**

Monica Malmlof Hagberg, sammankallande  
hagberg.malmlof@telia.com  
Anders Grenfors tel. 08-742 27 42  
Bengt Barkman, bengt.barkman@comhem.se

Hemsida: www.rtv.d.nu

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

Medlemsavgift 175 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: Elanders Sverige  
Layout: Bokstaven AB

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

**Ansaret för innehållet i Bulletinen står undertecknaren för**



B

## Ordföranden har ordet



Man ska vara en glad pensionär. Det gällde för Tore Skogman på sin tid och tycks definitivt gälla för det stora pensionärsorganisationerna. I PRO:s tidning nr 5 2017 återfinns artiklar om en resa till Italien, ett »gör om mig» reportage, tips om smultronställen att besöka och en dubbelsida om färgglada kläder att bära i gröngräset. Så finns det förstås ett avsnitt om piffiga maträtter och utflyktstips med sådant som passar barnbarnen. Utmärkta och läsvärda artiklar.

Det fanns också mer »pensionärsinriktade» inslag. Det handlade om äldres bristande inflytande, PPM systemets avarter – där PRO vill att PPM systemet slopas i pensionssystemt – ett inslag om vårdens brister. Dessutom finns det artiklar om olika sjukdomar, detta nummer hade mycket om hjärtat.

Men döden är märkligt frånvarande. Det fick RTVD klart för sig, när vi försökte sätta in en liten annons om RTVD för att få fler medlemmar och därmed kunna påverka bättre. PRO sa blankt nej till att ta in en sådan annons. Den andra stora pensionärsföreningen SPF tog dock in den utan problem. Men alltså inte PRO.

PRO har också sagt nej till dödshjälp medan SPF inte har tagit ställning. Representanter för RTVD

har träffat SPF: ordförande för att informera om våra ståndpunkter och vi hade ett trevligt och informativt samtal. PRO:s ledning har vi inte träffat. Det är synd för pensionärsorganisationerna utgör tunga aktörer i dessa frågor, eller skulle åtminstone kunna göra det. De organiserar många och politikerna lyssnar, särskilt nu när det finns så många äldre.

Vad kan man göra som medlem? Man kan föreslå att man ordnar en temadag kring döden. Det hade vi en i Hunnebostrand, där jag bor. Det var för några år sedan då jag var yngre och ännu inte nått den ålder, där man går med i en pensionärsförening. Det var inte min förtjänst att temadagen kom till utan initiativet kom från den lokala SPF föreningen. Då hade man med en begravningsentreprenör, som talade om praktiska och juridiska frågor kring döden, en sjuksköterska från palliativa teamet och en politiker från kommunens omsorgsnämnd som berättade hur vården i livets slutskede kan se ut. Och så var jag med och talade om dödshjälp. Det var ett bra arrangemang och många deltog.

Jag tycker att alla RTVD medlemmar ska vara med i någon pensionärsförening och där verka för att pensionärsföreningarna också intresserar sig för livets slut och för sjuka människor. Alla kan göra något.

En annan fråga som berör RTVD är självmord. I Dagens Nyheter skrev Lotta Ekdahl och Alfred Skogberg om självmordsprevention. De påpekade att riksdagen antagit en nollvision för trafiken. Antalet dödsoffer ska ner till noll. Det har förstås inte lyckats men antalet dödsoffer har minskat genom olika trafiksäkerhetsåtgärder. Ett exempel från Stockholm med trafiksäkerhetskameror menar de visar att man är beredd att satsa 2,5 miljoner för att rädda ett liv i trafiken.

Det finns en motsvarande vision

för självmord men här satsas det ytterst lite resurser menar artikelförfattarna. De menar att de flesta självmord är att betrakta som en »psykologisk olycka «och skulle kunna hindras. Många av dem som aldrig lyckas ta livet av sig kan komma att leva ett bra liv.

RTVD håller naturligtvis med om att »onödiga« självmord ska hindras. Det handlar ofta om impulshandlingar. Där kan mycket göras med att helt enkelt göra det svårare att komma in på spårömråden eller att hoppa från broar.

RTVD vill ha möjlighet till döds-hjälp för den som så önskas. Vi ser inte detta som självmord, lika lite som att vi betraktar avbrytande av livsuppehållande respiratorbehandling som mord från läkarnas sida. Vi kallar det för dödshjälp.

Vi vill ha ett system där den svårt sjuka personen under vissa omständigheter ska kunna få ett dödande medel utskrivet av läkare. Medlet intas sedan av patienten om hen så vill. De villkor som vi menar ska gälla har vi hämtat från både Oregon i USA och från Schweiz. I likhet med Oregon så ska man kunna få ett dödande medel om det är kort förväntad livslängd kvar. I Oregon är det 6 månader. I likhet med Schweiz ska den som har ett svårt pågående lidande kunna få medlet. Dessutom måste man naturligtvis fastställa att detta är vad patienten vill. I både Oregon och Schweiz och andra ställen där dödshjälp är legalt, så har man olika kontrollmekanismer

Vi tror att en variant av Oregon-modellen är lättast att få till stånd. I Sverige är inte medhjälp till suicid kriminellt, så det krävs inte stora lagändringar. RTVD vill se dödshjälp inom sjukvården för sjuka lidande människor, men inte sådan hjälp till friska äldre som tröttnat på livet.

*Stellan Welin*