



Världskonferens i Kapstaden, Sydafrika – september 2018

Årets motto: DÖDSHJÄLP – VÅR MÄNSKLIGA RÄTTIGHET UNDER 2000-TALET

Vartannat år samlas delegater från alla organisationer som arbetar för dödshjälp i världen till en kongress någonstans. Givetvis är vårt eget »RTVD« medlem i *WFRtDS* (*World Federation of Right to Die Societies*). I september i år var vi därför samlade några dagar i Kapstaden, Sydafrika. Personer från 21 organisationer (av ca 52) närvarade den här gången. Många organisationer skickar flera deltagare, de fattigaste (dit RTVD hör) representeras oftast av endast en person.

Det var ständiga möten av olika slag under fyra dagar. Det som tog upp mest tid var diskussioner och föredrag och filmer från olika länders representanter om läget i deras

föreningar. De flesta kämpar fortfarande, som vi, för att få en lag som tillåter någon slags dödshjälp. Men några – de största – föreningarna har redan godkännande lagar, och är mest här för att hjälpa oss andra. Eller – de kan ibland vilja få bättre, mer tillåtande lagar. Vi hade även ett protokollfört sammanträde i världsorganisationen – den här gången välkomnades två nya medlemmar, nämligen Hongkong (dvs. inte Kina) och International Exit, som leds av dr Philip Nitschke (se mer nedan).

fortsättning på s. 2

Världskonferens i Kapstaden

fortsättning från s. 1

Det är ofta samma personer som dyker upp och representerar sina, samma organisationer år efter år. Medlemmarna, de ingående organisationerna ombeds betala 1 procent av inkomna medlemsavgifter till WFRtDS årligen. De största organisationerna (vilket betyder mest pengar till världsfederationen!) är från Schweiz: Dignitas, Exit (tysktalande), Exit (fransktalande) och LifeCircle samt från Nederländerna: NVVE. Bland de stora märks även Belgien, Frankrike, Japan och Kanada och Final Exit Network, USA. Holländarna utmärker sig alltid – de kan visa på omfattande forskning, de har ordning på sin statistik och de håller ofta intressanta föredrag. (Se separat artikel!)

Jag var tyvärr den enda representanten från Norden. Alla man möter tycker det är minst sagt konstigt att inte Sverige redan för länge sedan hade sin egen dödshjälpslag. Och jag har förstås svårt att förklara varför det inte är så. Vi har ofta ett bättre rykte än vi förtjänar.

Sydafrika

Världlandet den här gången var som sagt Sydafrika. Här finns en ganska ny förening, Dying with *Dignity South Africa* (DygnitySA). De gick med 2014. Man har starkt stöd från ärkebiskop Desmond Tutu, en av symbolerna för de mänskliga rättigheterna. Han har som bekant fått ett flertal stora, ärofyllda pris, bl a Nobels fredspris (1984). Han är för dödshjälp – särskilt efter att han såg sin vän president Nelson Mandela, ännu en symbol för de mänskliga rättigheterna, först dö men hållas vid liv artificiellt i flera veckor, troligen 10 månader (2013). Det gjordes många hänvisningar till dessa två, stora män i samband med de föredrag vi lyssnade på under konferensdagarna. Det är självklart att man är mycket stolt över dessa två framstående personer som tillhör Sydafrikansk historia. (*Den träffande bilden på sid 1 fick alla deltagare varsitt ex av. Jag har här tagit mig friheten att översätta den engelska texten till svenska.*)

Förutom vi som kommit till Kapstaden som representanter för olika rtd-föreningar (rtd=right to die) hade även allmänheten i Sydafrika inbjudits till konferensen. Ca 100 betalande personer var med på detsättet. En heldag tillägnades således enbart sydafrikanska ärenden och fall. Personer med svåra diagnoser, ofta cancer, berättade om sina oroliga dagar medan sjukdomen framskrider, svårigheterna att hitta vård, 6 månaders väntan på första mötet med en läkare, problemen med den eftersatta hygien på de överfulla sjukhusen, mögel på väggarna, inga lakan eller stolar i väntrummen, etc. – Eller – man kan välja att betala 120 000 rand (=75 716 kronor) för en livsnödvändig »normal« canceroperation på ett privatsjukhus, och då får man den inom några dagar. Stor skillnad här alltså, mellan våra två länder, men ingen skillnad alls beträffande våra lagar gällande dödshjälp. Och det var precis vad Världsförbundets ordförande professor Sean Davison nämnde i sitt välkomsttal till oss alla, när han sa att som han ser det, är det främsta hindret mot dödshjälp i de flesta länderna i världen är (ja, vad tror ni...?) – jo det är politikerna. De ser frågan som för motstridig, och därav

för svår. Då blir den inte löst. Politikerna är »fega och okunniga och ointresserade och själva rädda för döden och skjuter ärenden som innebär att ta ställning för dödshjälp (i någon form) framför sig hela tiden«. (Läs mer om WFRtDS' ordförande Sean Davison på annat håll i denna Bulletin!)

Brittany Maynard

Den inledande talaren var känd för oss alla. Hon var *Deborah Ziegler* – mamma till den unga, vackra flickan *Brittany Maynard* i USA som under året 2014 blev världsberömd genom att öppet prata inför pressen om att få dödshjälp genom att flytta till Oregon, USA från Kalifornien. Hon hade drabbats av en av de svåraste hjärntumörer just unga personer kan få, den går ej att bota och patienten dör – ofta i kramper – inom ca tre år. Hon dog också – tillsammans med sina närmaste kära - genom att inta det särskilda medel som fås på recept i Oregon. Det rapporterades i all världens media om detta fall som blev inledningen till att staten Kalifornien (Brittanys hemstat) fick sin egen lag om dödshjälp några år senare – man talade om »the Brittany effect«. Mamma ägnar nu mycket av sin tid åt att arbeta för att fler sjuka och fler stater och länder skall få tillgång till lagen, hon åker runt och håller föredrag, hon har skrivit en bok, hon är med i föreningar och fonder och stöd till insamlingar. Mamma Deborah var själv en förtjusande person, hon stannade alla mötesdagarna och vi kunde pratats vid under måltiderna.

Exit International

En annan talare var *Philip Nitschke* – en i »våra« kretsar väl känd läkare från Australien som leder föreningen Exit International och är författare till boken *The Peaceful Pill Handbook*. Han tillhör de mest orädda och kontroversiella förespråkarna i världen för en helt liberal syn på vem som får välja sin egen död. Rubriken till hans anförande var träffande: »Den medicinska modellens död och uppgång för *Drion-pillret*«. (Namnet Drion kom av en sa han är älskad av långt fler i hela världen.

Nitschke inbjöd de som ville, till ännu ett möte, en workshop inom NuTech, efter konferensen, och jag var där. Det hela spelades samtidigt in på Internet IRL Här utvecklade han ytterligare sina idéer om det rationella självmordet där man inte behöver hjälp av läkare för att dö. Det är olika Do-it-yourself-metoder, t.ex. med gaser, främst helium och kväve. Han söker ständigt nya metoder, inom vilka han sedan forskar vidare. En hel del har han förstås åstadkommit redan, och de visade han oss här i bilder, men allting kan ändå bli lättare och enklare för den enskilda individen. Ingenting har väl tyvärr än så länge visat sig så okomplicerat att det kan anses vara den perfekta metoden (*författarens anm*).

Frankrike

Frankrikes ordförande i ADMD Jean-Luc Romero vill också alltid hålla ett anförande. Han menar att det nu är

fortsättning på s. 4



Bästa RTVD-medlemmar

Alla helgons dag

När jag sätter samman detta nummer av Bulletinen har det just varit *Alla helgons dag*. Det känns fint att då minnas våra nära och kära, våra vänner på en kyrkogård i novembermörkret.

Vi tändar våra ljus och vi städar upp kring gravarna. En gång hette

det *Allhelgonadagen*, på 1100-talet, under den katolska tiden. Då hette det även *Alla själars dag*, den 2 november, och firades just till minne av döda släktingar. Dock är det först på 1900-talet som seden att tända gravljus började.

WRtDD 1

Inom Världsfederationen, där RTVD är medlem, försökte man för ca 12 år sedan grunda en dag, den 2 november varje år, att internationellt bli: *World Right to Die Day* (WRtDD), där

- a) man skulle minnas/fira person(er) som har gjort något för att ändra landets lagar så att allas vår död sker under mindre plågsamma eller mer värdiga former, – eller –*
- b) man minns en person som tvingades genomgå en oresonlig, plågsam eller ovärdig död, där en lag om tillåten dödshjälp hade kunnat ge god lindring.*

Det blir en »*De döendes dag*«, i motsats till *De dödas dag*. Varje organisation bestämmer för sig vem personen gäller just det året, men det måste inte vara någon med en bestämd nationalitet och det måste inte vara en nu levande person.

WRtDD 2

Norge har följt upp med sin egen WRtDD, de firar en person, inte varje år, men emellanåt. Frankrike var väl det mest entusiastiska landet. Där har man troget gått ut och demonstrerat med stora plakater varje 2 november kl 17.00 på Place de la République i Paris. Detta ger förstås då alltid en liten notis och en bild i tidningarna nästa dag. Bra med PR! I Mexico firas *Día de los muertos* (De dödas dag) – en blandning av indianska och katolska traditioner – 1 november. – Om vi försöker vara ute i tid inför 2 november nästa år, så kanske vi också kan blåsa liv i det här temat. Har ni några bra namn att föreslå?

Halloween

Den 31 oktober brukar amerikanerna »fira döden« på sitt sätt, *Halloween* (All Hallows Eve, to hallow=att helga), som de medfört bland invandrare från Irland. Till oss kom det under 1990-talet. Så sent alltså, att det inte borde ha fastnat ännu hos oss. Vi borde slippa det. Men tyvärr har skolor och ungdomsgårdar redan hunnit bli övertygade av barnen – som har lurats av kommersialismen.

»Bus eller godis«

Man kan köpa masker eller klädslar där man föreställer skelett eller spöken, clownar, häxor, vampyrer, mm. TV gjorde i år reklam för 10 »kusliga filmer om du vågar titta«.

Lokaltidningen hade recept på »spökmaränger«, dvs. vanliga maränger som man spritsade lite toppiga att likna spöken med två prickar som ögonhålur och en rund skrik-mun av choklad. Det fanns också tips inför denna, årets »mest rysliga« helg; Barn kunde gå i en »spökparad« där utklädnad var ett måste. Vuxna kunde medfölja i en nattlig spökvandring i trånga gränder där de skulle få höra otäcka berättelser från förr och träffa bl a Pestläkaren och Bödeln. Allt slutade på en kyrkogård, vid midnatt. Vi ser stora pumpor med glest sittande tänder, två ögonhålur och med ett brinnande ljus inne i huvudet. En längre artikel i en tidning handlade om »Vår fascination för skräck« – här och var i texten hade man tryckt dit svarta spindlar med långa ben.

Tråkigt, tycker jag, att vi är så lättköpta, att vi utan vidare övertagit detta skräpiga, vanvördiga och ovärdiga Halloween, som affärsmännen tvingar på oss, genom att locka barnen. Vad händer med dessa barn? Jo, de lär sig att skoja om döden genom importerade lustigheter. Vi skall få en kul skrämselfilm av döden och de döda. Man flamsar runt döden medan den sanna döden är något tabu.

Den sanna döden

När sedan den riktiga döden till slut kommer, när en förälder eller jag själv dör, är vi oförberedda. Vi bör ju i stället närma oss döden med respekt, med förståelse, som något logiskt. Den sanna döden och saknaden efter nära och kära går inte att gömma undan.

I ett ofta läsvärt nyhetsbrev »News55« den 4/11 (www.news55.se/–rekommenderas!) berättar en vän till en vän att en bekant hade förklarat att det inte får hållas någon begravning efter honom. »Ingen ska behöva sitta och gråta för min skull!« – Nähä, men är det så säkert att alla där sitter och gråter för hans skull? För vems skull är det egentligen man gråter på en begravning? Kanske behöver vi begravningen för vår egen skull. För att vi behöver påminnas om vår egen dödlighet. Om ett livs avslut men också om livets kretslopp, om livscirkeln.

Naturen dör också

Vi kan lära av naturen. Även barn kan lära sig av naturen. Skolorna gör barnen en tjänst när de tar ut dem på skogs promenader för att samla vackra, gula och röda löv. Övergången mellan oktober till november är en brytningstid runt omkring oss. Det blir kallare, det regnar ofta. Nu sker övergången från sommarhalvåret till vinterhalvåret. Detta var slutet på skördesäsongen. Vi fick traditioner och sedvänjor som firades naturligt i de gamla kalendrarna. Man vet att man skall lägga upp båten, man samlar av äppel- och potatisskörden i ladorna. Man syltar och saftar. Naturen håller på att dö. Träden förlorar sina blad, växter förmultnar och djuren går i ide. Allt detta är naturligt. Vi människor är en del av naturen.

Till sist – ni som är i Stockholm i mars 2019 – vårt årsmöte blir den 30 mars. Boka in dagen redan nu, vi tror vi kan utlova en intressant talare. ■

Berit Hasselmark

Stockholm

Tel 08-612 24 71

E-post: berithass@outlook.com

Världskonferens i Kapstaden

fortsättning från s. 2

100 procent av befolkningen som är för en ny lag. De har en stor – 69 900 medlemmar – och välorganiserad förening men det går inte fort fram där heller. Som mest kan de säga att man nu tillåter terminal sedering.

Mexico

Från Mexico talade två kvinnliga representanter. Här har man uppnått än mindre. Det finns en »Rättighet till en värdig död«, men ingen förstår vad detta egentligen innebär. Inte heller när det görs aborter säger man vad det handlar om, utan kallar det för »pregnancy interruption« (= havandeskapsavbrott). Man har fått fram att ca 70 procent av folket är för någon slags dödshjälp i detta katolska land. Men döden är i princip tabu, 12-åringar vet inte om att döden finns och folk skriver inte ens testamenten, än mindre några livsslutsdirektiv. Läkarna säger att deras fiende är internet, där hittar folk det mesta. Dock firar man glatt »Dödens Dag« varje år med stora stojiga, smyckade släktfester på kyrkogårdarna, då alla äter och dricker och lämnar godsaker till de avlidna på gravarna.

Australien

John Hont, representant för Dying with Dignity/Victoria, dvs. delstaten (i Australien) Victorias organisation berättade om den framgång man uppnådde november 2017 beträffande en ny lag. Förhoppningarna är stora att den skall bli verklighet 19 juli 2019. Den lär likna den som finns i Oregon. Men pessimisterna är många, motståndarpartiet kan eventuellt vinna ett val sent i år och kan tillsammans med kristna och med mormonerna söka sätta stopp för lagen. Härutöver säger man att lagen ändå inte är mycket att ha, där finns så många garantier som måste uppfyllas (»68 stycken« sa någon) att det inte blir många som kan få dö av den lagen.

Schweiz

Sedan fick vi höra Erica Preisig, läkare från Schweiz, som talade om sin organisation *LifeCircle*, där man tar emot även utlänningar (även svenskar) som reser dit och söker döden. Hon hade på sistone varit med om nio rättegångsfall där man ifrågasatt hennes arbete. Hon hade fått bege sig till domstol flera gånger för att förklara och försvara sig. Hittills hade det gått bra.

Silvan Luley är numera en av de främsta talesmännen för organisationen *Dignitas*. Han sa – och jag hört det förut – att *Dignitas* målsättning är att utplåna sig själv. »Den dag då alla länder har sin egen lag om dödshjälp, då behövs vi inte mer. Det är så det bör vara, man ska kunna få dö hemma. Det är vad de flesta människor önskar för sig själva.« – Cirka 1,5 procent av alla som dör i Schweiz, dör genom dödshjälp. *Dignitas* tillkom 1942 som en Human Rights-organisation. »Människan ska själv kunna välja (i) sitt liv, men även få välja sin död. Och ja, hos *Dignitas* handlar det om ett »själv-mord«, även när och om man inte tycker om ordet. (Jmfr Oregon där man inte får använda ordet »suicide«.) Ordet ska inte skrivas om till att vara något annat. Man

ska nämna saker vid deras rätta namn. Man kan och bör nämligen här ta det fulla ansvaret själv för sin död.

Beträffande självmord

Vi (i Sverige) hör om alla självmordsförsök – som inte bör inträffa, som inte borde ha inträffat. Till enorma kostnader och uppoffringar för samhället, för hälsovården, för invaliden, för de anhöriga, för räddningspersonal, för polisen. För de som råkade komma i vägen, lokförare, en mötande bil. Vi hör om alla som utan att ha velat eller vetat det har blivit indragna, vännerna, familjemedlemmarna. Alla frågor, alla de dåliga samvetena; »Varför förstod jag inte?« »Hade jag kunnat göra något mer?« I Sverige har vi »noll-vision« för självmord, bestämt 2008 av politikerna. Kan man verkligen ha det? Nej, inte om man skall tro statistiken. Den står nämligen helt still.

För min del finns det ett dilemma här. Kan vi verkligen kalla det som sker, när en person som erhåller ett dödande medel av samhället (som i Schweiz) för »själv-mord«? Det borde alltid i stället kallas för »självvald död«, »assisted dying«, »assisted death«.

Kanada

Det land som helt nyligen, juni 2016, erhållit en tillåtande lag är Kanada. Där finns både eutanasi och assisterat suicid. Deras lag talar inte om »att dö inom 6 månader«, det tycker inte läkarna om. I stället benämner man det en »foreseeable« död, dvs döden är förutsebar. Här var det några entusiastiska läkare som berättade om sitt arbete med att hjälpa de döende. De hade varit med om uppstartningsperioden och berättade om Newsletters (nyhetsbrev) on Line och Case-Sharing Webinars (berättelser om och diskussioner kring aktuella fall) och e-mail-grupper på Internet. De menade att detta handlade om »Mänskliga rättigheter« i och med att redan »Hälsovård är en mänsklig rättighet«. Sjukvården skall bland annat se till att patienter inte utsätts för »onödigt lidande«. Man är tacksam över att det finns en »Federal Law« som tillåter detta i de olika delstaterna (undantag Quebec). – En del anser det för mycket att det i Holland är ca 4,4 procent av alla avlidna som dör via dödshjälp. »Vi är snart där också« säger dessa representanter – och ser det som helt rätt. – Dödshjälpen sker i hemmen och på sjukhus, men det finns katolska sjukhus som inte tillåter det inom sina väggar. Ofta är det särskilda läkare som numera bara sysslar med detta. Även legitimerade sjuksköterskor får ge dödshjälp. De tycker det bör kunna finnas även så kallade »Death doulas« (en doula är en icke-medicinsk person som ger en födande kvinna emotionellt stöd under förlossningen) som hjälper till i samband med döendet.

Belgien

Jacqueline Herremans, ordförande för ADMD, organisationen i Belgien, berättade om närheten mellan palliativ vård och dödshjälp i hennes land, där finns förståelse dem emellan för varandras position – något som är ovanligt i andra länder. Belgiens palliativa vård anses dessutom vara

en av de mest framstående i Europa. Man har blivit starkt kritiserad för att »barn nu får dödshjälp«, hon berättar härom att det var tre barn som fick den hjälpen förra året. De var 9, 11 respektive 17 år. Det viktiga har varit lidandet, hur plågade dessa barn har varit – men även deras föräldrar, släkten och vårdteamet. Ingen vård kan hjälpa dem, allt är provat, det hela är hopplöst. Denna väntan på döden är alltför svår ibland – för alla. Här inser vi att det inte är själva handlingen, »eutanasin«, som är svår, det är de där timmarna och dagarna och veckorna (månaderna, åren ...) som leder fram dit. Eutanasin är egentligen enkel. – Beträffande det ständigt ökande antalet av dödshjälpsfall så ser hon den som något förväntat, den är nu ca 2 procent av alla som dör i landet. Det är ändå inte så att läkarna är tillfreds med eutanasilagen – det har knappast arrangerats några kurser för dem om livsavslutet under de 16 år som gått sedan lagen tillkom. Man talar om det utan större intresse, som något som ingår i »det där med palliativ vård«. Därför har ADMD startat diskussionskurser, benämnda »Forum EOL« – där läkare och sjuksköterskor kommer och talar om särskilt svåra patientfall, där man ser på fallen ur teknisk, medicinsk och juridisk vinkling, men än mer med hänsyn tagen till svårigheter i kommunikation och andlig, filosofisk och psykologisk förståelse människor emellan. – Belgien får inte mycket kritik mot dödshjälp hemmavid. Kritiken kommer mer från andra länder, där man säger att Belgien är »landet där man avlivar små oskyldiga barn, där man dödar de gamla och dementa, etc«. Jacqueline är upprörd: »Vi måste bli bättre på att få bort dessa organisationer – det rör sig ofta om integrerade, katolska nätverk, starkt finansierade från USA. En sådan organisation, med namnet 'Alliance Defending Freedom', har nyligen i Europadomstolen för mänskliga rättigheter i Strasbourg anfört jäv mot Belgien, mot landets rätt att ge dödshjälp. Vi räknar inte med att

de skall vinna något, men det tar en massa tid att bemöta sådant här, att skriva svarsbrev, etc.«

Priser

Vid varje möte delas det även ut priser till personer som på olika sätt har hjälpt frågan om dödshjälp framåt i sina respektive länder. *The Health Professional Award* gick till dr Stephanie Greene som två år tidigare organiserade de kanadensiska läkarna, sjuksköterskorna, m.fl. inom organisationen CAMAP när Kanadas lag kom till. Organisationen gav, och ger, information och stöd till alla inblandade i samband med dödshjälp i detta vidsträckta land.

The Marilyn Seguin Award delades ut till en italiensk aktivist, Marco Cappato, som hjälpte flera personer att ta sig till Schweiz för att få en värdig död, och som sedan anmälde sig själv till polisen. Hans organisation heter »Legalize Euthanasia« och han kämpar genom civil olydnad.

Nästa möte?

Organisationer i två länder kunde tänkas ta hand om nästa världsmöte – nämligen Dignitas Germany eller Irland. År 2022 såg det ut att kunna bli i Mexico City.

Framtiden?

Vi undrade förstås alla över vilket land som närmast kommer att uppnå laglig dödshjälp – av något slag – närmast? Många gissade på staten Victoria i Australien, men även Sydafrika, Nya Zeeland, kanske Mexico. Eller kanske staten New Mexico, USA. ■

Berit Hasselmark

Styrelsemedlem RTVD

DO

DISKRIMINERINGSOMBUDSMANNEN

INSKICKAT AV ELLIS WOHLNER:

I Bulletin nr 85, mars 2018, skrev jag om den stora satsningen om dödshjälp som nyhetssajten KIT.se gjorde i december 2017 och januari 2018. Bland annat berättade jag om opinionsundersökningen som KIT/Novus genomförde och att den omfattade 1 018 svenskar i 18 till 79 års ålder. 500 000 svenska 80 år och äldre exkluderades från undersökningen, vilket jag med flera betraktar som ett klart fall av åldersdiskriminering. Jag får frågan ibland om något hände sedan varför jag här vill meddela att förfarandet faktiskt anmälades till Diskrimineringsombudsmannen.

DO svarade att man väljer att inte (!) ta upp fallet.

Ellis Wohlner, internrevisor RTVD

TILLÄGG AV RED.:

Jag tänkte på den här KIT-undersökningen ovan, när jag härom dagen läste bland »nya nyheter« att svenskarna rankas så högt i välbästandsligan, att gamla människor är i stort sett nöjda osv. Här var det SCB (Statistiska Centralbyrån) som hade intervjuat folk. Men jag har inte fått fram HUR de har intervjuat folk. Så om de utesluter folk över 80 här också är det inte särskilt kul ... För övrigt: De allra fattigaste svenskarna lär inte bli uppringda – de kanske inte ens har telefon. Och tillfrågas de per dator – så har de inte dator. Eller så är de för sjuka för att svara.



Om dödshjälp i Holland – tre fall

Fallbeskrivning / Demens – ur den holländska Nämndens rapport 2004, nr 3:

Två år efter lagens tillkomst, 2004, fick en man med demensdiagnos dödshjälp. Den 65-årige mannen hade haft Alzheimers-diagnos i tre år. Han fick även en depression som tablettbehandlades med viss framgång. Han vårdades som dagpatient på ett vårdhem. Patienten led obeskrivligt av att han inte längre fungerade som en självständig individ. Han led även av tanken på en framtid som en allt sjukare demenspatient. Från sjukdomens början hade han gjort klart för sin läkare att han inte ville gå igenom hela denna sjukdom. Han hade flera gånger bett läkaren om hjälp till självmord.

En konsult inkallades. Denne ansåg att patienten fann det outhärdligt att vara beroende av andra, att han var medveten om sin försämring, sin värdighetsförlust, sitt avtagande av självständighet och självkänsla samt hade insikt i att situationen endast skulle bli sämre. Trots detta menade konsulten att det inte handlade om ett »lidande«. Patientens medvetande om det negativa skulle minska i och med det fortsatta sjukdomsförloppet. Då minskar allt lidande som ändå är meningslöst, sade konsulten. Han insåg dock att detta var en person som trots allt oupphörligt hade bett om dödshjälp, dock utan att särskilt väl kunna argumentera för en sådan. Konsulten drog slutsatsen att adekvat vård inte gavs.

Läkaren bad då om uttalanden från fler experter – en psykolog, en allmänläkare och en psykiater. De fann det klarlagt att det inte fanns någon depression hos patienten, att denne ville återfå kontroll över sitt liv och att han var medveten om att det var utvecklingen hos sjukdomen som berövade honom denna kontroll. Experterna – var och en för sig – kom fram till att patienten kunde avlämna en väl övervägd begäran av egen, fri vilja om livets avslutande, och han kunde förklara att han var väl medveten om konsekvenserna. Härefter bestämde läkaren att han kunde gå sin patient till viljes. Patienten dog av läkarassisterat suicid.

I efterförloppet uttryckte den granskande nämnden att det onekligen fanns frågetecken i den första konsultens sätt att se på patientens egen vilja, men att de tre experterna ändå – var och en för sig – kom fram till att patienten verkligen hade viljestyrka och möjlighet att tydliggöra sin vilja. Enligt nämnden hade alltså vårdläkaren uppfyllt kraven beträffande samråd med utomstående. Nämnden kom fram till att läkaren handlat i enlighet med vårdens krav.

Fallbeskrivning/Psykiatrisk sjukdom – ur den holländska Nämndens rapport 2003, nr 5:

Rapporten gällde en anhållan om dödshjälp från en patient med tydlig psykiatrisk sjukdom med personlighetsstörning

som bekräftats av flera konsulter. Ingen tvekan således om det medicinska innehållet. Mellan perioder av depression och panikattacker fungerade patienten i någon mån. Under dessa perioder uttryckte han både kraftfullt och bestämt sin vilja att dö. Alltifrån den dag då patienten kom till läkarens praktik, pratade han med läkaren om möjligheten till avslutande av sitt liv. Patienten hade en skriftlig försäkran om viljan förberedd och undertecknad, riktad till läkaren, där han tydligt förklarade sin situation och uttryckte sin begäran om livs-avslut. Läkaren, som under många år skött denna patient, hade alltmer kommit att acceptera och respektera patientens önskemål. Han blev övertygad om att patientens lidande var outhärdligt. Samråd med hans närstående vänner stödde honom i denna övertygelse. Läkaren och patienten kom tillsammans fram till att patienten skulle få dö. Konsulten – en psykiater – besökte patienten flera gånger. Han kom fram till att patienten var beslutsför och hade god förståelse beträffande sjukdomen. Han såg även patientens vanmakt inför att acceptera sitt bestående handikapp och den förväntade försämringen i denna allvarliga psykiatriska sjukdom. Han ansåg att kriterierna var uppfyllda. Kommittén kom också fram till att läkaren hade handlat i enlighet med vårdens krav. – Patienten erhöll lagenlig dödshjälp.

Fallbeskrivning/Multipla symtom + Hög ålder – ur den holländska Nämndens rapport 2002, nr 9:

En 82-årig patient hade drabbats av en mängd åldersrelaterade sjukdomar. Han hade glaukom, för vilken han hade genomgått flera operationer. Hans syn försämrades hela tiden. Han hade också, sedan 80-talet diabetes och högt blodtryck. 1997 fick patienten en stor hjärninfarkt, varefter han hade måttlig till svår minnesförlust. Lite senare fick han en stroke, varvid han under några dagar upplevde förlamningssymtom. Efter denna stroke blev patienten svårt synskadad. Nämnden bad läkaren att inkomma med mer information. Denne betonade att patienten även drabbats av tillstånd, såsom allvarliga kärlsjukdomar på flera ställen, i hjärna, hjärta samt på ben åtföljt av sår. Dessutom återkommande cerebrala infarkter, vilka ledde till fler förlamningssymtom och minnesstörningar. Ett annat handikapp var att han hade svårt att gå på grund av känselbortfall i fötterna och balansrubbing. Patienten var till slut blind, hade minnesförluster och hans fru och son hade dött – han upplevde nu att hans liv var meningslöst och outhärdligt. Han visste att en ny stroke kunde inträffa när som helst, det kunde ge fler funktionsnedsättningar. Patientens rädsla inför detta var märkbar. Då han hade lidit i årtal av sin nedsatta syn, kunde han inte acceptera även fullständig blindhet. Ännu mer lidande blev outhärdligt för honom. Läkaren uppgav att det inte fanns några fler möjligheter att

förbättra sjukdomarna. Läkaren hade erbjudit patienten antidepressiva medel och samtal med psykolog, men detta avvisades av patienten, då det inte skulle förbättra de fysiska handikappen. Läkaren uppgav att han vartefter blivit övertygad om att patienten led outhärdligt och utan hopp. Till sist vägrade patienten att äta och dricka, vilket ledde till att hans diabetes förvärrades. Läkaren förväntade nu att patienten, med tanke på uttorkning och störd diabetessjukdom, skulle avlida inom en vecka. Konsulten

drog då slutsatsen att mannens ansökan om dödshjälp uppfyllde kraven. Med tanke på informationen ovan och på läkarens förklaringar, menade även nämnden att lidandet var outhärdligt och utan hopp – således i enlighet med den bedömning som görs inom medicinsk sedvana. Det var nämndens uppfattning att läkaren hade handlat i enlighet med god vårdpraxis. – Patienten erhöll lagenlig dödshjälp. ■

Nedtecknat: Berit Hasselmark

Lagen om eutanasi i Holland har inte utvidgats. Den var ämnad för dem som nu erhåller eutanasi.

Ett av de mer intressanta föredragen som jag åhörde i Kapstaden i september hölls av Laura De Vito, ordförande i den holländska dödshjälpsorganisationen NVVE. Det inspirerade mig att här göra några utdrag ur hennes anförande, men även att lägga till annan information som gäller Holland. Tre fallbeskrivningar ges (se sid 6), de kan eventuellt med fördel läsas först.

I Nederländerna tillåts – förutom assisterat självmord (suicid, självald död) – även eutanasi, dvs dödshjälp där läkaren ger en injektion eller ett dropp som leder till döden genom djupt insomnande. Holland var först i världen (2002) med en lagen som tillåter båda sätten. Lagen benämner allt som »eutanasi« – där vi säger »dödshjälp«. Det är oftast en husläkare som tar ställning till sin patients begäran om dödshjälp och sedan också verkställer den. Ingen läkare måste dock utföra dödshjälp, men patienten har rätt att vända sig till annan läkare. Efter varje årsslut synar och publicerar särskilda nämnder de inrapporterade fallen, varför det alltid finns tydlig och öppen information och statistik.

Siffror som gällde 2015: Cirka 55 procent av alla som anhöll om dödshjälp mötte kriterierna och fick den (2015). Den vanligaste anledningen var cancer. 3 procent hade demens som orsak, 4 procent berodde på psykiatrisk sjukdom och 6 procent på »completed life«. Av alla som dog under året var det 4,5 procent som dog genom dödshjälp. Den holländska befolkningen tycker till 88 procent att det är bra att denna lag finns – 76 procent kan tänka sig att en dag själv använda sig av den. Läkarna kan ofta tänka sig att hjälpa sin patient, men inte gärna ofta i samband med demens, psykiatri eller »completed life«. Man har även tittat på fallen som gällde palliative (terminal) sedering – dvs. »att sova sig in i döden« – de var 18 procent. Detta var en ökning och man förstod inte varför. Det visar på att även i Holland finns det en »gråzon« där man inte riktigt vet vad som händer.

I den offentliga analysen av eutanasilagen 2017 kommer man dock fram till att lagen ger bra bakgrund till det som lagen var ämnad för.

Ett sluttande plan

Holland får både beröm och avund för sin öppenhet, men även kritik. Man menar att en sådan här lag till slut måste övergå i ett sluttande plan (*slippery slope*). Kritiker menar att gränsen för den lagen långsamt har förflyttats, vilket inte lagstiftaren förutsåg. En sådan utveckling syns, förutom i Nederländerna, även i många (alla?) andra länder med dödshjälp.

Det är sant att att människor i mycket svåra situationer, såsom inom psykiatri, demens och personer med svåra ålderdomskrämpor utan dödlig sjukdom – dessa grupper har ökat markant de senaste åren. Många tror att den nederländska lagen endast var avsedd för personer som lider av en terminal (dödlig) sjukdom, med ett dagligt, outhärdligt lidande. Det gäller personer som snart kommer att dö ändå. Man kan alltså tro att den holländska lagen har »sparat ur«. Men lagstiftaren tänkte faktiskt redan då lagen skrevs även på andra svårt sjuka. Om man läser de omfattande övervägandena från tidigare, förstår man att det fanns omtanke om dessa – betydligt svårare – grupper redan från början.

Ingen terminal sjukdom / En utsträckt döendefas

Den i Holland välbekanta *Postma-domen*, 1973, brukar ses som bakgrund till den nuvarande lagen. Där föreslogs fem

kriterier för dödshjälp, fyra av dem finns med i lagen. Men det femte kriteriet antogs inte då. Det kriteriet handlade om hur utdragen tiden kan vara fram till döden. Det antogs inte av domstolen eftersom man menade att många sjuka som lider obeskrivligt ju kan leva i årtal. Man ansåg det ändå fel att dessa människor av bara den anledningen (vilket ju gör lidandet svårare) skulle nekas möjligheten att avsluta sitt lidande genom dödshjälp: »En person måste inte vara nära döden för att slippa ett outhärdligt och hopplöst lidande.«

Tio år senare, i ett annat fall, bekräftade Högsta domstolen denna uppfattning. I det så kallade *Chabot-fallet* var frågan huruvida assisterat självmord hade kunnat rättfärdigas när personen inte befann sig i en situation av snar, förestående död. Domstolen menade att dödsfasens längd som kriterium inte räckte.

Till slut antog lagstiftaren också denna uppfattning. När lagen utarbetades användes följande argumentation: »... utgångsläget för åklagarens inställning kan inte längre bara vara att det måste ha handlat om en förestående död. Slutsatsen hos en tidigare regering – att läkaren måste välja livsuppehållande behandling i en kronisk sjukdomsprocess, där förbättring inte kan förväntas – den kunde nu inte behållas.«

Demens

Man diskuterade problemet med tidig såväl som avancerad demens ett flertal gånger i parlamentet i Holland både före och under lagens tillkomst.

Beträffande tidig demens bestämde lagstiftaren till slut att dödshjälp kunde tillåtas som en följd av ett medvetet lidande och en rädsla och ångest för tilltagande isolering. Den så kallade *Schoonheim- domen*, 1984, har här betytt mycket, då den introducerade begreppet: »... att personen obehagligt skiljs från omvärlden och inser att döden inte kommer att inträffa värdigt.«

Dåvarande hälsovårdsminister Borst sa år 2000: »...Man har diskuterat mycket om en person verkligen själv lider av en utveckling mot demens. Jag tror onekligen att det är så. Det finns åtskilliga vittnesmål från människor som har förklarat detta med egna ord. De förstår att de hade drabbats av Alzheimers sjukdom medan de fortfarande tillräckligt tydligt inser vad som pågår, hur de sakta förlorar sig själva och hur deras personlighet och deras identitet försvinner. De lider av detta. Det lidandet kan vara både outhärdligt och hopplöst.«

Avancerad demens

När det rör sig om avancerad demens, ansåg den dåvarande justitieministern att dödshjälp är möjligt: »Om en inkompetent, helt utslagen patient, till exempel en person sedan länge i djup koma eller en svårt dement patient – tidigare har skrivit sitt livsslutsdirektiv, kan en läkare ge tillstånd till dödshjälp«. Parlamentsledamoten Swildens uttryckte det ännu tydligare: »Det var just för demens som detta långtgående direktiv var tänkt. Man vill för egen del befria sig från kommande fångenskap i sjukdom samt frånvaro av värdighet. I mitt parti anser vi att människan skall kunna omges av kärlek och omsorg under hela sin livstid – även i tillstånd som innebär förvirring, t.ex. avancerad

demens. Här kan man tyvärr inte bortse från det faktum att det finns personer överallt som dömer dessa olyckliga, sjuka till »ovärdiga parasiter« i samhället, och detta vet de som drabbas. De vill inte hamna där.«

Lidandet är svårt att tolka men kan ändå finnas där och bestå av flera symtom. Statsrådet Borst sa: »Om patienten går vidare långt in i sin demens, blir sjukdomen inte som sådan något oacceptabelt och hopplöst. Det kan ändå hända att en svårt dement patient lider. Det kan ju ha att göra med andra besvär.« – Vad dessa andra besvär kan handla om, beskrivs väl i nya riktlinjer 2015 för vården i Holland. Det kan handla om ångest, sorg och smärta.

Psykiatrisk sjukdom

Det redan nämnda *Chabot-fallet* är känt och betydelsefullt på grund av kommentarerna i samband med psykiatrisk sjukdom. I det fallet kom till slut Högsta Domstolen fram till att även psykiatrisk sjukdom kan definieras som ett lidande i lagens mening.

Domstolen hävdade att man inte skulle utgå från att dödshjälp måste uteslutas för personer som lider men ej har somatisk orsak till det: »Detta lidande måste abstraheras från sin orsak i det avseendet att orsaken till lidandet inte förringar den grad personen lider.« Lagstiftaren tog fasta på denna syn: »Det är viktigt att Högsta Domstolen beaktar [som i *Chabot-fallet*] att ett överklagande kanske negligerats bara för att enda skälet till patientens svåra och hopplösa lidande inte var somatiskt. Slutsats här bör vara att Domstolen ger möjlighet till läkare att åberopa att man befann sig i ett nödläge (som inte är straffbart) där en patient (fysiskt och/eller psykiskt) lider outhärdligt och utan hopp och enträget och repetitivt ber om dödshjälp.«

Avslutat liv (completed life)

År 2000 framfördes kritik emot denna koppling mellan orsaken till lidandet och lidandet i sig av en del parlamentsledamöter. Orsaken bakom kritiken var att det omtalade *Brongersma-fallet* hamnade i domstol. I det fallet fick en person assisterat suicid, eftersom »livets meny inte hade mycket att erbjuda« för honom, något som senare skulle benämnas: ett avslutat liv (*completed life*), »har levt färdig«.

Många parlamentsledamöter tyckte detta var att gå ett steg för långt. En medlem av socialistpartiet menade att det var en följd av *Chabot-normen*: »Ett av dessa kriterier handlar om det outhärdliga, hopplösa lidandet. Detta har sträckts ut av *Chabot- domen* på så vis att man nu kan säga att vi har hamnat på ett sluttande plan. Normen utsträcktes, eftersom det inte rörde sig om ett livsavslut. Det handlade inte om ett somatiskt lidande och bedömningen var skild från orsaken bakom lidandet. Sambandet mellan fysiskt och andligt lidande är att smärta alltid visar sig psykiskt och att orsak och lidande därför kan skiljas från varandra. Skillnaden ligger i att andligt lidande är svårare att förstå objektivt än fysiskt lidande. Detta är en viktig skillnad. Om psykologiskt lidande verkar tillhöra förutsättningarna, och enligt rättspraxis tenderar det nu att vara så, så verkar det ingå i vår autonomi. Jag hänvisar då till autonomi i den meningen att: Jag vill inte längre, och eftersom jag inte



längre vill, så är det psykiskt outhärdligt. Var går gränsen? «

Justitieminister Korthals svarade kort och sa att bara ha levt färdigt sitt liv, ett så kallat »fullbordat liv«, inte skulle räcka: »Att bara vara medveten om ytterligare lidande, oavsett om detta lidande visar sig i smärta, ensamhet eller rädsla för en ovärdig död, kan inte betraktas som »hopplöst och outhärdligt« mot bakgrund av det redan sagda. Detta gäller även för en äldre människa som känner att hans liv går mot sitt slut.

Det handlar här oftast om personer som är gamla, som inte har en obotlig sjukdom men har många åkommor som ej går att förbättra, och där de med sorg i hjärtat har kommit fram till att livets kvalitet har minskat så mycket att de hellre väljer döden än att leva vidare. Vi går inte så långt som att anse att den som inte längre har livsvilja skall kunna få en reglerad möjlighet att avsluta livet.«

En vändning

Senare formulerade han ett annat svar: »Även om orsaken till lidandet som sådant inte är avgörande för frågan om det förekommer lidande, måste patientens situation kunna kännetecknas som ett lidande medelst medicinskt och etiskt vetande. Det måste därför förefinnas medicinska proportioner till lidandet som möjligen kan ses som sjukdom.« Genom att lägga till en ny förutsättning; förekomsten av en medicinsk klassificering, löste han problemet som hade uppstått genom Chabot-domen.

Han tog avstånd från principen och tanken på att orsak

till lidandet inte är relevant. Det skulle leda till etiska problem, vilket parlamentsledamoten insåg, men han tog inte avstånd från Chabots fall, som angav att även psykiatrisk sjukdom kan leda till dödshjälp. År 2002 avgjorde Högsta Domstolen att som bakgrund till lidandet måste där finnas även någon medicinsk beståndsdel; annars skulle det hela befinna sig för långt bort från medicinsk praxis. Fall där psykiatrisk sjukdom spelar en roll faller därför inom lagen (psykiatri är en medicinsk specialitet), men fall där endast psykiska problem existerar gör det inte. Redan år 2003 godkändes således en anhållan om dödshjälp från en patient med psykiatrisk diagnos av granskningsnämnden (se fallbeskrivning).

När diskussionerna om lagen äntligen var över och parlamentet skulle till att rösta, kom det ovan nämnda *Brongersma-målet* upp i domstolen. I det fallet, som redan förklarar, uppstod frågan om en person som inte lider av en dödlig sjukdom, men som anser sitt liv som »fullbordat«, kunde bejakas i sin begäran om eutanasi eller assisterad självmord.

När man inom några partier hörde om detta fall, klargjorde de att om dessa »färdiglevda-livs« situationer skulle falla inom ramen för den nya lagen, skulle de inte rösta för lagen.

De inblandade ministrarna bekräftade då att den typen av situationer inte skulle omfattas av lagen. Som anledning nämnde de skillnaden mellan läkaryrket och icke-medicinska frågor:

»Lidande som uppstått från annat än ett medicinskt sammanhang bör inte bedömas av en läkare. Ett sådant lidande går utanför läkaryrket. Situationer där detta slags lidande förekommer, omfattas inte heller av den nuvarande propositionen.« – Detta förklarar varför ett »färdiglevt liv« är uteslutet ur lagens omfattning. Det är så än idag.

Uttrycket »ett färdiglevt liv« visar först och främst på den subjektiva uppfattningen hos den som ansöker. Det innebär inte att en person inte objektivt också kan lida av medicinska problem vid sidan om känslan av att livet är slut. Här är det viktigt vad ministrarna också sa: »Det är domstolen som skall bedöma denna möjlighet. Domstolen måste bedöma om livströttheten åtföljs av ett medicinskt lidande.«

Hög ålder o multipla åkommor

En kombination av flera, olika ålderskrämpor är det enda begrepp som ännu inte hade använts när lagen trädde i kraft. Denna formulering användes juridiskt första gången i granskningsnämnden och hos Kungl. Hölländska Medicinalstyrelsen (RDMA) år 2011 om läkarens roll i samband med ett självalt livsavslut. Huruvida detta var en stor förändring från den tidigare situationen kan diskuteras. I praktiken kan det vara så, eftersom många människor med dessa problem anser att de befinner sig i ett »färdiglevt liv«, och då detta som grund uttryckligen uteslutits ur lagstiftningen, trodde man att det var en kontraindikation för dödshjälp. Det var dock aldrig fallet; det som räknas är att det finns medicinska symtom. I det fallet är det

inte relevant hur personen upplever sitt lidande; om han/hon lider av smärta eller lider av känslan av att livet är »avslutat«. Teoretiskt sett måste införandet av begreppet »hög ålder och krämpor« ses mer som en förtydligande av lagen än en förändring av den. När allt kommer omkring så gäller kriteriet från 2001; en »medicinsk bakgrund« eller »medicinsk orsak«, t.ex. genom att räkna upp en mängd olika åldersplågor. Att det ligger till så här visade sig också redan under första året som lagen trädde i kraft, 2002. Då fick en person med omfattande ålderskrämpor eutanasi (se fallbeskrivning sid 6).

Till slut

Dödshjälp där terminal (dödlig) sjukdom saknas, i situationer med demens och i situationer där lidandet beror på psykiatrisk sjukdom, var i praktiken tillåtna redan 2002 när eutanasi-lagen tillkom. Tanken på ett stort antal åkommor till följd av hög ålder hade inte förutsatts eller diskuterats av lagstiftaren, men detta kunde sedan betraktas utifrån kriteriet att där måste kunna ges en medicinsk klassificering eller medicinska diagnoser. Endast ett »färdiglevt liv« har aldrig varit ett kriterium, inte heller idag. Det verkar som om de möjligheter som lagen ändå hela tiden medgav används alltmer. Om detta kan anses som bra eller dåligt får var och en bestämma för sig själv, men, enligt ordföranden inom NVVE utgör det i alla fall inte en utsträckning av lagen. ■

Berit Hasselmark, red.

Arbeta i styrelsen?

RTVD söker dig som vill göra en insats i styrelsen.

Säg inte att du inte vet om du kan. Vi som nu finns i styrelsen har också lärt oss vartefter som vi tog itu med uppgifterna.

Vad innebär arbetet?

Det blir ca 6–7 möten per år, oftast i Stockholm. Du ersätts för dessa resor om du bor på annan ort. Dock måste du ha en dator, mycket av arbetet oss emellan går via e-posten. Men bara du vet vilka som är dina starka och dina svaga sidor.

Det rättar vi oss efter.

RTVD behövs. Vi är långt ifrån de lösningar som svenska folket behöver.

Styrelsen behöver nya tankegångar, nya åsikter och nya idéer.

Kontakta Valberedningen: Monica Malmlof Hagberg, e-post hagberg.malmlof@telia.com – eller vem du vill i nuvarande styrelse.

Berit Hasselmark, red. tel 08-612 24 71



Foto Berit Hasselmark

RTVD – Riksföreningen Rätten Till en Värdig Död

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

Medlemsavgift 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: TMG Sthlm
Layout: Bokstaven AB

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

Ansvar för innehållet i Bulletinen står undertecknaren för.

Sean Davison – ordförande i WFRtDS – arresterad för mord

Bara några få dagar efter att vi alla åkt hem från Kapstaden efter den lyckade konferensen, fick vi till vår bestörtning veta att ordföranden Sean Davison blivit arresterad för mord på en läkare några år tidigare.

Den ständige sekreteraren i WFRtDS (World Federation of Right to Die Societies), Rob Jonquiere, från Nederländerna, gick snabbt ut med ett meddelande där han tillkännagav ...att federationen stöder dem som söker en fridsam död. Dess medlemmar strävar över hela världen efter ny lagstiftning för att uppnå detta. WFRtDS fördömer även starkt regeringar som fortsätter att förneka människors rätt till sina egna kroppar och kontroll över den egna döden genom lagar som kriminaliserar dem som hjälper andra att dö fridfullt. Världsfederationen noterar att regeringar över hela världen tar kontroll över sådant som de inte har rätt att kontrollera – våra kroppar – och att de förnekar människan rätten till en värdig död vid en tidpunkt som de själva väljer.

Jag liksom de andra delegaterna hade under våra dagar tillsammans där på hotellet i Kapstaden i september mötts och diskuterat fritt om det mesta som gäller döden. Jag fann Sean mycket seriös och vänlig. Han hade alla de åsikter, den empati, den förståelse, etc. som de flesta naturligtvis har om man arbetar för dödshjälp bland sina medmänniskor.

I samband med arresteringen nu i september skickade WF ut önskemål om gåvor, då det alltid behövs pengar för advokatkostnader som kan skjuta i höjden – även RTVD skickade snabbt en summa för sådan hjälp.

Sean Davison fick övernatta i häktet ett dygn och beordrades infinna sig i domstolen, där han förväntades ansöka om att bli tillfälligt fri mot borgen om 20 000 Rand (= SEK12 500). Han är nu 57 år och har en ställning som professor i bioteknologi vid University of the Western Cape. Man lade beslag på hans laptop och hans mobiltelefon. Sean tillhör den stora mängd vita i befolkningen som flyttar och har flyttat runt mellan Sydafrika, Nya Zeeland och Australien, även tidigare Zimbabwe – för studier, för karriär och jobb. Just nu hade han bott några år i Kapstaden, men hade sedan några år planer på att flytta till Australien, där han utlovats en forskningsuppgift som passade honom bättre.

Man frågade sig varför han nu blivit hämtad så här, på detta uppenbarligen oväntade sätt. Det har nu gått nästan 6 veckor och han sitter helt enkelt i husarrest i sin bostad. Jag har fått fram lite uppgifter om vad som är känt och kan ligga bakom detta.

Egentligen träffade jag Sean fyra år tidigare, då han var på det årets kongress i Chicago, USA. Han hade precis skrivit en bok, *Before we say goodbye*, om sin mammas död, där han hjälpte henne. Den hjälp han bidrog med bestod i att han skötte henne medan hon under fem-sex fruktansvärda veckor avstod från mat och dryck för att hon skulle få dö. Hon var själv läkare och trodde det skulle gå på ca 1 vecka, eftersom hon var 86 år



och hade svår, obotlig cancer. Sean hade rest till Nya Zeeland, där hon bodde. Ingen annan ville göra det. Då skulle hon ha tvångsintagits och tvångsmatats. När döden dröjde 5–6 veckor, långt utöver vad hon kunde uthärda, gav han henne en överdos av morfin, varvid hon snabbt och lugnt somnade in. Han erkände detta och dömdes då till fem månaders husarrest i Dunedin, där modern hade

sin bostad. Detta inträffade 2010. Han reste sedan tillbaka till Sydafrika och sitt arbete där – och startade 2011 föreningen DignitySouthAfrica, där han är ordförande.

Men det fall som Sean Davison nu anklagas för var för något som hade hänt 2013. Varför alls ta upp det nu? Han anklagas för mord på Anrich Burger.

Anrich Burger var en läkare som var med om en svår bilolycka år 2005 – där blev han förlamad från nacken och neråt, båda armarna och benen, dvs. en quagripelgic. De två blev vänner i Kapstaden. Burger hade förklarat mycket öppet bland sina vänner om sitt beslut att han skulle ta sitt liv när tiden var mogen. Han berättade också att han fått klarsignal från Schweiz om att han skulle bli hjälpt där när han flög dit. Hans tillstånd var inte dödande men han hade ständiga smärtor i kroppen. Han skrev i god tid ut den, ganska stora dos av phenobarbital som behövdes till sig själv och ordnade så att han hade det hemma. Phenobarbital (Fenemal) används normalt av epilepsi-patienter. I november 2013 ville han genomföra sin plan. De två vännerna träffades på ett hotellrum, de hade ett långt fint samtal då Sean kände att Anrich var lättad och tillfreds över att hans liv snart skulle vara över. Anrich kunde sedan själv utan problem dricka den ganska stora dos som han räknat ut skulle behövas för att vara dödande och som han hade haft med sig till hotellrummet. När Sean inte längre kände Anrichs puls, lämnade han hotellet och ringde en liten stund senare till hotelledningen för att varna om att det låg en död person i ett visst rumsnummer. Endast Anrich och Sean kände till att Anrich skulle avsluta sitt liv den här dagen, Anrichs fästmö var inte inblandad på hotellet.

I efterförloppet har Sean varit öppen med att berätta om att han var där, i rummet, när Anrich dog. Ingen kom och arresterade honom då, 2013. Ett flertal gånger berättade Sean om vad som hänt för vänner, i föredrag och under intervjuer för tidningar och i TV-program. Det enda man diskuterade var att det ansågs vara skillnad på »assisted suicide« och »assisted dying«. Ingenting mer inträffade. Allt lugnade ner sig vartefter.

Ingen fick höra några närmare detaljer mer än det som ni kan läsa här. Och när Sean nu, för några veckor sedan, plötsligt blev hämtad av polisen så har han lämnat över både sitt sydafrikanska och sitt nyzeeländska pass till polisen och är helt öppen med att han gärna samarbetar med polisen beträffande dessa frågor. ■

Berit Hasselmark, red.



Ordföranden har ordet



Tisdagen 6 november var jag i Umeå för att framträda vid en diskussion om »Aktiv dödshjälpen diskussion om människovärdet, livet och döden« anordnad av Folkuniversitetet, studentkårerna i Umeå, Credo och Studentpastorn. De hade bjudit in teologen Per Ewert från Claphaminstitutet för att diskutera med mig. Claphaminstitutet är en kristen tankesmedja och den leds av Per Ewert. Institutet publicerade för en tid sedan en genomgång av hur dödshjälp fungerade i Oregon, en rapport som Per Ewert många gånger hänvisade till.

Det var fullt med åhörare i den stora salen i MIT huset, mest studenter men en och annan mogen person hade också vågat sig dit. Debatten inleddes med att moderatorn Ragnberth Helleday, överläkare Lungsektionen Medicincentrum – NUS, lottade vem som skulle börja. Jag fick börja och förklarade vad RTVD vill ha och betonade ordet »frivillighet«. RTVD vill att sjuka människor i vissa specifika situationer ska kunna få ett dödande medel utskrivet av läkare. Om patienten vill så tar hen det och dör.

Om hen inte vill, så behöver hen inte ta det. Dessutom måste patienten själv begära att få dödshjälp. Ingen tvingas till dödshjälp – det är helt frivilligt. I den »utredning« vi skickade till dåvarande socialminister Gabriel Wikström skisserade vi tre villkor för dödshjälp.

- 1) Ett dokumenterat och självständigt beslut av en person vid sina sinnesfulla bruk.
- 2) Personen ska uppfylla kriterier för dödshjälp. (vårt förslag: obotlig sjukdom och kort tid kvar att leva och/eller obotlig sjukdom och mycket svårt lidande.)
- 3) Ingen läkare ska tvingas medverka. RTVD förespråkar alltså ett villkor 2 som både innehåller Oregonvillkor (kort tid kvar) och Schweizvillkoret om lidande.

Per Ewert sköt in sig på vad han menade var felaktigheter i tillämpningen av Oregonvillkoren för dödshjälp. I huvudsak var det samma uppgifter som i den tidigare Claphamrapporten. Bland annat klagar rapporten på bristande dokumentation av dödsfallen, men författarna förbiser att ganska mycket av detta omfattas av medicinsk sekretess och lämnas inte ut hur som helst. Ska man gå in djupare i dödsfallen och dess dokumentation får man ha ett forskningsprojekt och söka amerikanskt och svenskt (om studien görs från Sverige) etiktillstånd. Troligen kommer det också krävas att man får tillstånd från nära anhöriga. Claphaminstitutets klagomål på bristande dokumentation är lite underlig.

Per Ewert tog också upp en invändning, nämligen att svårt sjuka skulle känna sig pressade till att begära dödshjälp. Vår erfarenhet inom RTVD är ju snarare att barnen motsätter sig dödshjälp än att de

manar på. Dessutom finns det många liknande »irreversibla« situationer då en person skulle kunna bli pressad till att samtycka till olika saker. En partner kan känna sig »tvingad« att donera en njure till sin partner. Detta har sjukvården utvecklat metoder för att hantera och detta åberopas aldrig som ett argument mot organdonation från levande givare.

Per Ewert tog upp att dödshjälp innebär ett avsteg från nollvisionen för suicid. Det tyckte jag var en märklig invändning, vetskapen om att det finns dödshjälp kan snarare innebära att människor avstår från att i »förtid« ta livet av sig. Dessutom måste man skilja på olika sorts suicid (om vi för ett ögonblick kallar dödshjälp för suicid). Den form av suicid, som vi alla ska arbeta för att hindra, är när människor med ett möjligt långt liv framför sig tar livet av sig. De tror ofta att livet aldrig kan bli bättre. Vi andra vet av erfarenhet att om en olycklig människa hindras från att ta livet av sig, så kan det finnas ett bra liv. I dödshjälpfallet finns det inget bra liv som väntar. Därför är det absurt att argumentera mot dödshjälp för att det bryter mot suicidprevention.

Som vanligt blev det en diskussion om palliativ vård. Där höll jag förstås med om att den behöver förbättras och göras mer tillgänglig. Jag tyckte att palliativ vård kan kombineras med dödshjälp, vilket Per Ewert förstas motsatte sig. I frågor från publiken och vid det efterföljande fiket kändes det som en ganska stor förståelse för dödshjälp. Jag gjorde vad jag kunde för att betona det frivilliga. Om man inte vill ha dödshjälp, så slipper man. Bara för att man själv inte vill ha dödshjälp ska man inte hindra andra från att få det. ■

Stellan Welin
Ordförande RTVD