

Dödshjälp

– en mänsklig rättighet?

Sammanfattning

Vi väljer inte att födas, men bör vi som en fundamental mänsklig rättighet kunna välja hur eller när vi ska dö om vi är ohjälpligt dödssjuka, kan den valmöjligheten bidra till ett bättre liv? Uppsatsen är komparativ med explorativ inriktning och pekar på många dilemman som är viktiga att reflektera över när det gäller frågan om aktiv eller läkarassisterad eutanasi bör tillåtas eller inte.

För att uppnå syftet att försöka svara på uppsatsens problemställning, förs en diskussion, häri avgränsad till att belysa hur viktiga influenser i samhället resonerar; våra riksdagspartier, de största troslärorna samt för ämnet relevant forskning. Jag har läst sekundär, men också i ett fall primär, litteratur i form av böcker och artiklar för att lära om olika perspektiv, samt intervjuat människor som arbetar med döden eller nära relaterade frågor. Jag har slutligen också varit på en föreläsning för läkarstuderande, om dödshjälp.

Nyckelord: aktiv dödshjälp, valfrihet, mänsklig rättighet

Antal tecken: 89 846

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Begreppsförklaring.....	2
1.2	Syfte	2
1.3	Teori	2
1.3.1	Normativ teori	3
1.4	Metod	4
1.5	Material och urval	4
1.6	Tidigare forskning.....	5
1.7	Avgränsning	5
2	Meningen, Lidandet, Döden, Dödandet, Självmord, en Bra Död och Dödshjälp – rationellt självmord?	6
2.1	Meningen.....	6
2.2	Lidandet.....	8
2.3	Dödandet	9
2.4	Självmord	11
2.5	Döden	12
2.6	En Bra död.....	13
2.7	Dödshjälp – ett rationellt självmord?	15
3	Olika synsätt på Dödshjälp	17
3.1.1	Ekonomiskt synsätt	17
3.1.2	Filosofiskt synsätt.....	18
3.1.3	Medicinskt synsätt.....	19
3.1.4	Etiskt synsätt	21
4	Vad säger våra riksdagspartier?	24
5	Vad säger de största religionerna?	26
6	Analys	29
7	Slutord	33

8	Referenser.....	34
----------	------------------------	-----------

1 Inledning

Eutanasi (från grekiskan; ”god död”, se t ex Nationalencyklopedin, Ringskog 1998:72) eller förenklat dödshjälp, är en oerhört svår fråga. Osäkerhetsfaktorerna tycks nästintill oändliga, åsikterna går helt isär i mellan olika samhällsinfluenser. Många organisationer världen över arbetar med frågan om en ”bra död” (se bilaga The World Foundation of Right to Die Societies). Den svenska diskussionen har tagit ny fart på senare år efter Jocke-fallet (se bilaga Leva Låta Dö). Dilemmat i Sverige gäller om aktiv eller läkarassisterad dödshjälp bör tillåtas, det vill säga då patienten ber om och får hjälp att dö. Frågan häri fokuseras på då en människa är dödssjuk (se bilaga Dödssjuk för definition) och *ohjälpligen* befinner sig i livets slut och, då det enligt läkares bedömning endast *återstår dagar*. Människor hålls vid liv allt längre tack vare den medicinska utvecklingen, ibland till och med så länge att livet inte längre tycks vara meningsfullt för den sjuke (se bilaga Livsuppehållande åtgärder). Patienten andas men det är allt, han eller hon bara ”finns”. Vissa äldre eller sjuka människor väljer till och med att svälta ihjäl sig när inga andra alternativ finns (Annika). Varför är Sverige emot aktiv dödshjälp i lagstiftningen? Hur resonerar troslärorna? Både dödshjälp och livshjälp kostar (se gärna bilaga för livsuppehållande åtgärder). Naturligtvis inte bara materiellt, utan också känslomässigt och kroppsligt, och inte bara för en isolerad människa utan för nära, kära och den vårdande personalen.

Denna explorativa uppsats är en empirisk kartläggning av litteratur och röster med fokus på om dödshjälp bör eller inte vara en mänsklig rättighet. Riksdagspartierna, de största i Sverige utövande troslärorna samt några relevanta och intressanta ämnens representanter vid Lunds Universitet, har alla fått samma fråga. Deras svar varvas med empiri från litteratur. Jag varken kan eller vill värdera för eller emot, utan har lyssnat på och läst olika argumentering. Diskussionen kan möjligen uppfattas som tillspetsad emellanåt, men jag strävar efter att betona många viktiga aspekter och väcka eftertankar i uppsatsens begränsade utrymme.

Uppsatsen andra kapitlet resonerar kring bland annat meningen, lidandet och dödandet. I det tredje redovisas och diskuteras några utvalda och specifika synvinklar i forskningen. I det fjärde berättar jag varför politikerna är emot dödshjälp. Och slutligen, i det femte berättar jag hur troslärorna resonerar. Analysen slutligen, ägnas åt att redovisa och sammanställa vad jag hittat och belysa eventuella skillnader och likheter i resonemanget.

1.1 Begreppsförklaring

En ordlista finns som bilaga för att skapa förståelse kring uppsatsens diskussion.

Jag har dock valt att här under denna rubrik presentera det mest centrala begreppet för uppsatsen, eutanasi: Det finns tre olika former av eutanasi; *Aktiv dödshjälp* är när patienten själv ber om att få dö och då får en dödlig dos av något läkemedel. Vid *läkarassisterande självmord* får patienten utskrivet en dödlig dos av ett medel eller medicin och tar själv sitt liv. *Passiv dödshjälp* innebär att läkarna avbryter eller låter bli att sätta in behandling på patientens eller anhörigas begäran. Viktigt är att det sistnämnda är tillåtet i Sverige, dock får inte svenska läkare forcera en patients död, det är straffbart och läkarlegitimationen kan bli indragen. (Internet 1). I Sverige användes begreppet dödshjälp första gången 1944 (Nilstun & Löfmark 2005:109). Frågan i uppsatsen fokuseras således på de två förstnämnda. Tänkvärt; vad är skillnaden för den dödssjuka att dö snabbt eller långsamt. Och omvänt, vad är skillnaden på att krasst uttryckt, ta livet av någon (av medicinska och humanitära skäl) långsamt eller snabbt (se också Rachels 1975)?

”Eutanasi i ordets egentliga betydelse redan förekommer i Odysseéns femtonde sång” (Nilstun & Löfmark 2005:110)

1.2 Syfte

Mitt syfte är att diskutera centrala tankar ur samhället för att kunna svara på om det bör vara en mänsklig rättighet att själv få välja hur man skulle vilja avsluta sitt liv vid svår, smärtsam och obotlig sjukdom då allt hopp om tillfrisknande är ute. Min fråga är:

Kan dödshjälp i något fall sägas vara så rationellt, förståligt och genomtänkt att det bör tillåtas enligt lag som en naturlig mänsklig rättighet, och kan vetenskapen att det finns, indirekt leda till ett bättre liv för människan?

1.3 Teori

Denna uppsats belyser eutanasi ur normativ teori, det vill säga den röda tråden är om dödshjälp *bör* vara en mänsklig rättighet enligt lag. Jag resonerar också om vetenskapen av att statligt kontrollerad dödshjälp fanns som en möjlighet, indirekt skulle kunna göra i alla fall den senare delen av livet lättare.

1.3.1 Normativ teori

En normativ teori belyser ”hur verkligheten bör vara” och ”syftar till att finna vägar till det goda livet eller det goda samhället”. Teorierna vill tjäna mänskligheten som ska leva i harmoni. Man kan också säga att normativ forskning fokuserar på att konstruera goda argument för vad som utgör acceptabelt mänskligt tillvägagångssätt; till exempel, hur dödshjälp kan anses berättigat. Jag finner problemet med dödshjälp med dess praktiska konsekvenser mycket intressant. Då diskussionen dessutom har blommat upp igen i Sverige så tycker jag dessutom det är ett viktigt samhällsligt problem. Uppsatsen blir normativ om jag som författare kan föra en argumentation för hur något i samhället bör vara utformat och varför; (bör) dödshjälp (vara) en mänsklig rättighet. Jag strävar efter att bygga upp argumentation och fakta för hur människan i ett bra samhälle kan agera på ett godtagbart sätt i dödshjälpsfrågan (läs mer i Esaiasson, Gilljam, Oscarsson & Wängnerud 2004:42). Normativa teorier är speciellt användbara för frågor inom vården, där hälsa är gott och sjukdom är ont. Medicinen ska ta bort ont och göra gott. Intressant med de här teorierna är att de berättar vad som är gott och enklaste vägen dit. Teorierna bygger på vissa ”värdegrunder”, eller att ”problematisera” desamma, vilket jag gör märkbart i uppsatsen (citater Bjereld, Demker & Hinnfors 2002:74-78). Många sådana här teorier presenterar motiv för vad som är gott. Normativa teorier är ofta byggda på empirisk forskning och därefter utvecklade genom olika slutsatser. Teorierna är argumentation för exempelvis ett handlingsätt eller samhällets uppbyggnad och sammansättning. Teorierna kan prövas genom exempelvis samband och resultat. Kritikerna av teorin säger att det är svårt att forska vetenskapligt kring ”moraliska problem” med känslor inblandade, och uppfattas därför inte ”likvärdig med empirisk forskning” (citater Bjereld et al ibid). Teorierna intresserar sig för människolivets innersta och de försöker finna vägar för att lösa eller komma förbi de hinder som tycks stå i vägen för ett välmående. Kanske har uppsatsens ämne en hög abstraktionsnivå, men intressant och viktigt för den normativa teorin är att se om det kan finnas ett kausalt förhållande, i det här fallet, mellan ”vetskap om bra död – bidrar till ett bättre liv”. Det är detta samband som teorin i uppsatsen diskuterar. Om jag kan hitta ett samband däremellan så kan jag också svara på frågan om dödshjälp bör vara en mänsklig rättighet enligt lag. En teori förutsäger att två eller flera händelser kommer att följa efter varandra därför att det finns en viss relation mellan dem; ”bra död- bättre liv”. En normativ teori har dock ingen fullständig överensstämmelse, det kan inte absolut konstateras ett samband som alltid finns mellan bra död- bra liv. Detta kommer sig av att det finns känslor bakom forskningen som kanske kan påverka själva resultatet. (Bjereld et al ibid) I ett ämnesområde som dödshjälp är det inte helt enkelt att stänga ute känslor, men jag har försökt avskärma sådana. En normativ teori strävar efter att försvara en värdering; min undersökning går ut på att se om aktiv dödshjälp kan leda till ett lättare liv för människan, i alla fall när det gäller den senare delen av livet, och därför bör tillåtas som en mänsklig rättighet (Bergström & Boréus 2000:96).

1.4 Metod

För att uppnå syftet har jag försökt att med så bred grund som möjligt belysa olika argument i debatten för och emot dödshjälp. Det kändes svårt att strukturera ett ämne som är så laddat. Det är mycket jag önskade ta med. Vissa aspekter var svåra att välja bort. Utgångspunkterna häri kan tyckas oväntade, krassa eller inte hithörande, men de gav uppsatsen en tänkvärd förutsättning och jag fann dem relevanta och högst intressanta för min aspekt att belysa oenigheter, och för alla viktiga svårigheter som måste övervägas mellan viktiga samhällsinstanser. För att lägga ytterligare tyngd och skapa eftertanke för problemet kring dödshjälp är ett avsnitt med som berör meningen, lidandet, döden, dödandet och jag diskuterar också vad som är en bra död. Litteratur i form av både artiklar och böcker har använts. Dock kan tillgängligheten i utbudet av det senare anses något begränsat, mycket är inte förvånande reserverad till medicinstuderande. Information har också hämtats från organisationers hemsidor och andra relevanta seriösa sidor på Internet. Enklare kvalitativa intervjuer mer upplagda som diskussioner, har gjorts med personer som forskar, intresserar sig för eller arbetar nära uppsatsens kärna. Samtalen har varit ungefär en halvtimme och den fråga vi diskuterat har varit

Bör dödshjälp vara en mänsklig rättighet?

Vi pratade också om varför döden ofta upplevs som så skrämmande och lidandets mening. Infallsvinklarna tyckte jag var viktiga i strävan att se om en god död kan leda till ett bättre liv och därför bör vara en (kontrollerad) mänsklig rättighet enligt lag. Kontakterna med riksdagspartierna och representanter för troslärorna var i huvudsak per mail. Jag återger samtliga svar och diskussioner i komprimerad version, innehållet har dock inte ändrats. Jag har också deltagit i en föreläsning på Etnologiska Institutionen för läkarstuderande om dödshjälp.

1.5 Material och urval

Uppsatsens fråga belyses som tidigare nämnts ur några centralt samhällsviktiga genrer; politik, religion och forskning. Förutom litteratur och artiklar och anteckningar från en föreläsning, består materialet i mitt arbete av de svar jag fått genom kvalitativa ”intervju-diskussioner” redovisade ovan. Det är angeläget att belysa olika åsikter för att ge argument till om dödshjälp bör eller inte bör vara en mänsklig rättighet. Flera osäkerhetsfaktorer i argumenten både för och emot är explicita. Ifrågasättandet är oändligt. Infallsvinklarna jag valt, förutom politik och religion är avgränsade med fokus på etik, medicin, ekonomi och filosofi; Medicin och etik därför att de är naturliga inslag för ämnet och alltför intressanta för att ignorera. Ekonomi därför att det kan sägas vara både kallt, krasst men ack

realistiskt i det här sammanhanget. Filosofi har en djupare livsåskådning vilket kändes som en angelägen och intressant kontrast till ekonomi. Intressant är att dessa genrer har varit med oss människor mer eller mindre i alla tider, precis som frågan om mänskliga rättigheter och frågan om dödshjälp (se gärna t ex Nordin 1999, Ambjörnsson 2004, Tännsjö 2001, Internet 15, Internet 16).

1.6 Tidigare forskning

Det finns ett relativt stort utbud med material som inte är vetenskapligt; artiklar, insändare, debatter såväl som böcker och annat. Det är svårt för inte säga omöjligt, att hitta större grundligare ställningstagande forskning enbart om eutanasi så också i läkartidningar (se t ex Internet 16). Intressant är att mycket av litteraturen drar åt samma håll med omfattande övergripande diskussioner, men detta tror jag visar hur svårt ämnet är. Det mesta skrivet av ”vanligt” material går ut på att föra fram egna åsikter utan att gå djupare i ämnets komplicerade sidor.

1.7 Avgränsning

De jag intervjuat har svarat efter sin övertygelse, inget av svaren kan dock sägas representera en hel grupp eller vara universellt på något sätt.

2 Meningen, Lidandet, Döden, Dödandet, Självmord, en Bra Död och Dödshjälp – rationellt självmord?

I detta kapitel resoneras kring *Meningen, Lidandet, Döden, Dödandet, Självmord, en Bra död* samt *Dödshjälp – rationellt självmord*. Sju viktiga genomgående ämnen i uppsatsen, samtliga med relevans för att kunna diskutera frågeställningen om dödshjälp bör vara en mänsklig rättighet.

2.1 Meningen

”Med Intensivvårdens framsteg har straffet blivit mer sofistikerat. Man överlever, men blir innesluten i [...] locked-in syndrom: förlamad från topp till tå är patienten instängd i sig själv med bibehållen intellektuell förmåga och kan bara kommunicera genom att blinka med vänster ögonlock” (ur Baubys *Fjärilen i glaskupan*, sid. 10)

Den eviga frågan om det finns någon mening med lidandet har inget givet svar. Att se just meningen i lidandet för stunden är omöjligt, kanske kan man se meningen i livet som helhet.

Livets mening handlar om en sammansättning av händelser och erfarenheter. Man omvärderar livet hela tiden, vad som är viktigt idag kan vara oviktigt imorgon och vice versa. (Ingrid Ågren-Bolmsjö) Ingrid tror inte lidandet har en mening, vilket är intressant då hon arbetat som sjukhuspräst i flera år. Hon menar att Gud vill oss väl, Han är kärlek och barmhärtighet. Det är människan som har utvecklat tekniken att förlänga liv, inte Gud säger hon. Kallenberg själv professor i livsåskådning, etik och hälsa, skriver att det tycks som alla kulturer i alla tider drivits framåt i sitt sökande efter meningen. Kanske är meningen att vi ska lära oss av lidandet som finns omkring oss (Kallenberg 1992: 145-149). I djurens värld döms den gamle eller svage ut och tvingas lämna flocken, den försinkar och utgör därmed en fara. Känner det utstötta ensamma djuret någon ångest inför vad som väntar, det har inget att leva vidare för längre. Accepteras bara livets gång och välkomnas döden rentav? Är tanken i djurens värld att en tillvaro utan mening ska få ett snabbt slut? (Nilson 1992:14-17)

Det finns åtminstone två vanliga sätt att förstå livets mening; det ena är på det religiösa planet, att ”någon eller något har ett syfte med livet på jorden”, det andra är den moralfilosofiska frågan om livet för individen är värt att leva. Vad innebär då *värdet* i sig, vad är meningsfullt för vem och i vilken situation? (Austad

1998:118-119) (Kallenberg 1992:146) Frågan är intressant oavsett om den åsyftar en högre makts mening för människan eller bara det jordiska livets värderingar. För att förstå betydelsen av människovärdet kan man tänka tanken om utvärdering av varje patients egenskaper skulle börja göras och man då fann att vissa människors *liv* inte hade någon mening (läs gärna i bilagan om Människovärdet). (Sundström 1996:45) Tännsjö, professor i praktisk filosofi som ser fördelarna med dödshjälp, spår på diskussionen med tanken om det i en akut situation med tre behövande patienter inblandande bara fanns *ett* hjärta tillgängligt för donation, vem skulle få det; den unge psykiskt sjuke missbrukaren, den medelålders rullstolsbundne maken med fru och ett barn, den välkände äldre politikern lyckligt gift med sin make men utan barn? (se t ex Tännsjö 1998:72-85) Situationen är kanske långsökt, men med neddragningar i vården tillsammans med brist på tillgängliga organ kanske inte tanken är orimlig ändå (se också Internet 17). Ur fysikaliska fakta förstår man att lidande, smärta och död är villkor för nyskapelser. Lidandet har två sidor; det bryter ner men lär oss samtidigt. Naturvetenskapen lär oss att lidandet måste finnas som konsekvens av att skapandet. (Nilson 1992:19) ”Ett lidandets mening bestäms av hur det bemöts” (Topor 1992:80) och meningen med lidandet berör (Tännsjö 1998:72-ibid). Topor och Tännsjö menar ungefär att ur lidandet kan ödmjukhet, eftertänksamhet och kärlek växa. Mening kan skapas för en sjuk människa genom en annan människas närvaro, de två kan dela verkligheten för en liten stund. Den ene kan inte känna smärtan men kan hjälpa och trösta för stunden menar Ingrid Ågren-Bolmsjö.

Vår kulturs välutvecklade tillvaro har blivit allt mer fylld av struntsaker och ”andefattigdom”, livet uppskattas inte lika mycket hela tiden. Vår förmåga har också försämrats att hantera något vi inte förstår såsom lidandets mening. (Nilson 1992:21) Tännsjö pekar på att svårigheten i diskussionen om dödshjälp är att vetenskap och etiska frågor är vitt skilda åt. ”Bara för vetenskapen visar på ett resultat är det inte säkert att det stöds av den stora allmänheten, *bör* styr inte *är*, helt enligt Humes lag” menar han. ”Hur vet vi att den sanning vi känner till är den sanna?” fortsätter han. (Tännsjö 2001:12-14, Internet 21) En viktig ståndpunkt i diskussionen om dödshjälp kommer Frankl med, själv fånge i koncentrationsläger under andra världskriget och sedermera professor i psykologi och specialist på existentiell ångest. Han diskuterar det faktum att människor kan överleva fruktansvärda händelser såsom andra världskrigets koncentrationsläger. Detta är intressant och viktigt för arbetet; människan tycks kunna finna någon mening i nästan alla situationer visar Frankl. Kanske är det en övertygelse om att något annat väntar bortom det meningslösa lidandet. Vår drift är att hitta en mening i omöjliga saker. (Frankl 1996). Poängen är att detta talar för att det finns något meningsfullt i meningen av döendet och lidandet.

2.2 Lidandet

”Lidandet är något så oerhört och så gåtfullt att varje insikt om dess mening vore ett mirakel ... ”
(Nilson 1992:15).

I hela livet följs människan av olika slags lidande; födelsen, lämnandet av nappen, uppväxten ... menar Anders Piltz, katolsk präst. Lidandet gör ont (se gärna bilaga om Smärta) och här följer några infallsvinklar; Lidande är ett ”tillstånd med skiftande omfattning av oro och ångest som kommer sig av något fysiskt, psykiskt eller existentiellt hot mot personens oberoende” (Werner 2005:44). Lidandet upplevs och hanteras olika, är exempelvis lidandet detsamma för ett barn som för en vuxen? (Johannisson 1992:112) Smärta är en varningssignal som är viktig för vår överlevnadsinstinkt (Kallenberg 1992:9). Lidandet är en biologisk företeelse, utan det hade vi snabbt gått under. Istället för att fundera över lidandets mening bör man fundera på hur man bäst kan förhindra lidande (Bråkenhielm 1992:205). Rädsla är en aktivering i kroppen för att möta ett hot. Ångest är en aktivering för att möta något som kan hända i det närmaste eller aldrig (Beskow 2005:93). Lidande av något slag är ett faktum som drabbar alla människor i alla samhällen, i alla länder och när som helst (Sachs 1992: 125) Smärtan och lidandet är något ont som måste bekämpas och som väcker vår instinkt att fly, det är överlevnadsinstinkt. Utan känslan för smärta skulle allt liv snabbt kunna uttraderas. (Nilson 1992:14-17) Att stå inför andras lidande väcker arbetsamma känslor, men så länge det är andras lidande kan vi trots allt stå utanför och betrakta, det egna kan vi inte fly ifrån.

”Plågsam och påtaglig fysisk smärta i slutet för cancersjuka är mycket vanligt. Med tilltagande smärta påverkas hjärta och lungor. Andnöd är vanligt, likaså illamående och ångest”. (Werner 2005:46-47) Detta uppenbara lidande skapar obalans i tillvaron för alla, lidandet blir verkligt. Det sista lidandet kan tyckas så omotiverat. Men lidandet bygger också broar, i det att det möter medlidande. (Johannisson 1992:112-116)

”I glasmontern avspeglades ansiktet på en man som såg ut att ha legat i en dioxintunna. Munnen var förvriden, näsan skadad, håret på ända, blicken fylld av fasa. Ena ögat var ihopsytt och det andra uppspärret som Kains öga. Jag fixerade den vidgade pupillen en kort stund innan jag förstod att det faktiskt var jag” (ur Baubys *Fjärilen i glaskupan*, sid. 31)

I människans värld är det viktigt att visa en sjuk vän eller anhörig medlidande. I vilken utsträckning stödet visas beror på sociala beteenden och relationer. Sjukdom och lidande hos andra inbjuder till eftertänksamhet. Vi lär oss hur vi ska bete oss mot lidandet. I alla kulturer och samhällen ger lidandet olika symptom beroende på hur de ”beskrivs, uttrycks och uppfattas”. I många kulturer och samhällen är det en självklarhet att hjälpa till. (se t ex Sachs 1992: 124-136) Tyvärr händer också motsatsen i andra samhällen och kulturer, att den sjuke lämnas ensam. Lidandet och meningen utan svar både skrämmer, är obekvämt och väcker ångesten. Ångesten ligger inte bara i att dö, utan också att inte ha någon

kontroll. Stödet man behöver växer och om hårt pressade läkare inte har tid kan det i sig kränka den döende patienten och bidra till lidandet. (Beskow 2005: 103-105) Att slippa uppleva eller se lidandet som utomstående vän eller anhörig hjälper den egna smärtan eller rädslan... Det är lättare att inte besöka och inte hålla kontakten. Då är ju ”döendet där och jag är här”. Man väljer att vända lidandet ryggen, människan som faktiskt bär lidandet göms undan bakom det egna obehaget.

”En del människor tycks ha för höga förväntningar på sitt liv. Mår man riktigt psykiskt dåligt så är livet bara en enda lång grå tunnel utan ände. De som dessutom är dödssjuka och som har uppriktiga självmordstankar därför och som kan tänka sig att dricka dödsdrinken är mogna för dödshjälp. Livet för dem känns bara påtvingat”. (Tommy)

Rädslan för lidandet har troligtvis varit en drivkraft hos människan att genom tiderna söka hitta botemedel och förklaringar. Med den ökande kunskapen har livskvaliteten börjat värderas allt mer vilket bidrar till att vi plågas mer av att uppleva lidande. Lidandet å sin sida provocerar med sin gåtfullhet. Men lidandet kan också upplyfta människan exempelvis i vissa religiösa riter med självplågan. Lidandet kan omvandlas till något meningsfullt menade Rousseau redan på 1700-talet; de oundvikliga sjukdomarna lär människan sig hantera som ett naturligt inbyggt lidande (Johannisson 1992:112-116). Läkarna och vårdpersonalen gör sitt yttersta för att ge patienten så stor smärtlindring och så behagliga sista dagar som bara är möjligt. Poängen är; svår dödsångest kan lindras, smärtor kan bedövas, andningen kan underlättas och munnen kan baddas, men vad betyder livshjälpen egentligen för den dödssjuka som vill dö eller som är en levande död. Ingrid Ågren-Bolmsjö säger något mycket tänkvärt; om vården var tillräckligt bra, personalen hade tid och patienten kände sig trygg, så hade troligen ingen bett om att få dödshjälp.

”Ibland är det krasst talat ett lik med ett bultande hjärta som ligger i sängen” (Annika).

2.3 Dödandet

Hur ska vi människor ställa oss till dödande i sina olika former; mord, självmord, abort, i krig, dödstraff, slakt, dödshjälp (Tännsjö 2001:82)? Det märkliga är att någon form av dödande alltid på något vis funnits, är *accepterat* och därmed *tycks* ha en mening. Man kan tala om det *fruktansvärda* i dödande och om det *felaktiga* i dödande (McMahan 2000:95). Dödandet är en del av naturens gång och är direkt eller indirekt en del av livet. Dödande, eller uppmaning till dödande förekommer såväl i bibeln (ex i Matteus’ Evangelium), som i krig, som vid slakten av djur. Synen på dödandet skiljer sig åt nu jämfört med förr, mellan olika situationer, från olika världsdelar och olika kulturer. Men var är moralen i dödandet, varför är det hemskt att döda en människa, jo dödandet orsakar den största skadan av alla, det stjälar livet. Det enda som är värre än döden är dödandet och döendet. Dödandet är

den fruktansvärda handlingen. Döendet kan vara smärftfullt eller gå snabbt, men tänkvärt är att dödanet och döden ända är värre för de andra som finns kvar. Den döde är ju döa, men de andra måste leva med förlusten och saknaden. Hur illa är döden egentligen för den döde? (McMahan 2000:95-98). Dödanet kan vara ”principiellt och individuellt”. Exempel på individuellt dödanet kan vara föräldrar som väljer att bespara ett svårt sjukt foster från ett liv som de bedömer inte är värt att leva. Exempel på principiellt dödanet är foster som godtyckligt tas bort på grund av exempelvis ett ”vanligt” handikapp eller fel kön. (Tännsjö 2001:80ff)

Man måste tro att de flesta människor inte vill någon annan något ont, framför allt inte sina nära och kära. Om den svårt sjuk människan själv eller anhöriga bedömer att livet saknar värde bör man tolerera valet. Samhället kan aldrig gå i garant för att medborgarna alltid fattar rätt beslut och vice versa. Exempel på det senare är om aktiv döds hjälp blev lagligt för enbart *äldre* dödsjuka, då skulle det kunna tolkas av medborgarna som att äldre faktiskt inte är värda något och att det då är deras plikt att be om döds hjälp. (Tännsjö 2001:82) Om dödanet finns ingen bestämd generell åsikt. Dödanet som nyttotänkande borde vara helt fel, intressant är dock att i nödläge kan dödanet ända vara försvarbart, om det leder till andra överlevnadsmöjligheter till exempel organ donation eller helt enkelt få ett slut på smärtan (t ex Singer 1979:173).

Två viktiga skillnader i dödanet ligger i *handlingen* bakom; *leder den till döden* eller *syftar den till döden*, patienten dog av smärtlindringen vilket kunde ”förutsägas men inte avsågs” eller patienten dör som en direkt följd av en ”medveten handling”. (citat från Hermerén 1992:121)(läs också Tännsjö 2001:7-55) Dödanet som sker godtyckligt eller utan kontroll är farligt och skapar osäkerhet för alla menar Hermerén, filosof och professor emeritus i medicinskt etik som är för döds hjälp så länge man inte garanteras en värdig vård. En schism exempelvis, skulle enkelt kunna leda till okontrollerat dödanet. Men dödanet som är kontrollerat av staten är ett bättre alternativ än ”döds hjälp i det tysta”, då det skyddar individen från missbruk och godtycklighet tror han. (läs också Internet 16) Man ska se ett statligt kontrollerat dödanet som en *befrielse* att *under värdiga former slippa från outhärdligt lidande* och därmed *ett liv som inte är värt att leva längre*, och *inte som något hotfullt*. I extremfall såsom Nazi-Tyskland användes döds hjälp som mord och inte som ett frivilligt alternativ att slippa lidande. Sverige kan knappast förvandlas därhän. (Tännsjö 2001:80ff) (Hermerén ibid) (Jersild 1992:28-29)

Det finns fyra vanliga *uppfattningar* om dödanet;

– *det vardagliga*: Dödanet är fel och helt omoraliskt, men det kan finnas skäl då dödanet är befogat, exempelvis en pedofil ” kan få vad den förtjänar”. (citat sid. 31, Tännsjö ibid) (McMahan 2000:7-8).

– *den pragmatiska*: Dödanet är acceptabelt beroende på konsekvenserna, det måste dock vara neutralt och rättvist. Dödanet kan således vara acceptabelt i fall såsom då en krypskytt hotar andra människor och man dödar krypskytten. ”Kill one prevent more”. Dödanet på grund av självförsvar eller dödanet av fienden i

krig är också exempel (McMahan 2000:7-8) (Jersild 1992:26). En abort kan anses rätt då ett foster lider av så svåra skador att ett kvalitativt liv absolut är uteslutet. Kan dödandet i sådana fall ge möjligheter att satsa på att rädda andra åtminstone långsiktigt. Kan dödandet av liv rädda liv? Den moraliska statusen i det pragmatiska dödandet kan vara diskutabelt; hjärndöda, foster, djur och embryo. Organ kan användas, forskning kan göras, man får mat. Men dödandet kan också ses som ett hot, exempel på detta är det faktum att djur dödas kan av många människor uppfattas som ett personligt övergrepp. (Tännsjö ibid: 82-83, 94ff). Varför är det så acceptabelt att avliva ett djur som lider (Singer 1979:172)?

– *livets okränkbarhet*: Lärandet om livets okränkbarhet säger att dödande av oskyldiga människoliv är absolut moraliskt fel och uteslutet. Livet är en gåva av Gud och liv ska alltid räddas. Dock gäller tanken inte djur som däremot kan få besparas lidande och får dödas om det behövs som föda. Intressant är att historiskt sett så trodde anhängarna att gravt utvecklingsstörda var besatta av Djävulen själv, man kallade sådana barn ”bortbytarbarn” och de blev behandlade därefter (Tännsjö ibid: 86-90)(Carlberg 1998:133,142-143) och slutligen

– *rätten till liv*: Ur moralisk synvinkel är det en kränkning att döda en annan människa och helt fel. Ur juridisk synvinkel kan dödandet vara befogat exempelvis i självförsvar. Dödandet av en sjuk individ som slipper lida kan vara humant, dödshjälp. Man måste dock skilja på uppsåtligt dödande det vill säga exempelvis mord, och inte avsiktligt, det vill säga exempelvis olyckshändelse. I krig är dödande acceptabelt, dödande är enligt rättighetsläran acceptabelt om någon hotar oss. Men man måste ändå ställa sig skeptisk till orsaken. Är det egen vinning som ligger bakom kriget eller ren omsorg. (Tännsjö 2001: 18-26, 127-130) (McMahan 2000:7-8) (Bischofberger 1992:44)

Dödande kan vara såväl moraliskt förkastligt i vårt samhälle, exempelvis mord, som moraliskt försvarbart, exempelvis abort (Tännsjö 2001:29-75). Men det kan också vara omvänt i andra civilisationer; till exempel är hedersmord försvarbart i vissa kulturer medan abort och självmord i samma kultur är uteslutet. Singer slutligen, menar om förlängning av livet är det bästa alternativet alltid, så måste man vidta åtgärder för att stoppa alla möjligheter för dödandet. Då borde alla bilar ”som går fortare än 10 km i timmen förbjudas och likaså rökning exempelvis”. (Singer 1979:173)

2.4 Självmord

In på början av 1900-talet (lagändring 1908) fick inte en människa som begått självmord, så kallad självspillning, begravas i kyrkan (Anders Piltz). På 1700-talet var en begravning på kyrkogården nödvändig för själens salighet och i fall där den döde inte fick begravas på kyrkogården, smugglade familjen in kroppen och

grävde ned den. Allmänt uppror kunde uppstå om så kallat "ovärdiga" blivit begravda dit självmördare räknades, och då fick kroppen grävas upp igen och begravas utanför kyrkogården. Istället för mässor hölls rättegångar om hur begravningen för självmördare och andra brottslingar skulle ske. En del självmördare och andra brottslingar brändes upp för att inte smitta ner församlingen. En begravning utanför kyrkogården var värre än döden själv. Fortfarande in på 1850-talet smögs kistan in på kyrkogården direkt till graven. Det vill säga, en människa som valt att ta sitt liv ansågs vara avskräden i Sverige för inte så länge sedan, det var inte bara olagligt utan ett brott värre än mord. Prästerna såg självmordet som Djävulens verk vilket förorenade hela församlingen. (Anders Piltz) (läs också Odén et al 1998, sid 12, 25, 31-49, 72-90, 142-156, 195ff). 1700 år har det tagit självmordet som handling att förvandlats från ett "utifrånperspektiv" med avsky och hat, till att mer förstå människans inre. Fortfarande anser många att självmord är fegt, men samtidigt uppfattas också självmordet som ett slags slutgiltig kontroll över döden. (Beskow 2005:96-97) Sammanfattningsvis kan sägas att självmord länge ansågs vara ett avskyvärt brott, men trots att tiderna förändrats och att vi idag inser att människor som begått självmord varit sjuka, är det fortfarande nästan bannlyst.

2.5 Döden

"80 % av oss kommer att dö den långsamma döden statistiskt sett" skriver Barbro Beck-Friis professor i geriatrik (Beck-Friis 1998:22). Men *var* är döden? Är döden värre än att leva i svält, hemlöshet, barnlöshet, missbruk, misshandel? Alternativet till döden är det liv man levde, var det ett bra liv eller var det ett liv fullt av lidande? (McMahan 200:97) Döden är skrämmande för många därför att vi inte har ett bra språk när det gäller döden, det är tabu. Vi hyllar framgången, men över döden är vi osäkra och har ingen kontroll (Ingrid Ågren-Bolmsjö).

Det skrämmande med döden ökade i takt med samhällets framsteg och industrialiseringen. På 1800-talet hade alla sett någon dö på nära håll och var vana vid lidandet, smärtan och döden. Man levde i och med den på ett annat sätt. (Anders Piltz) Familjemedlemmar dog nära och man tog farväl i hemmet tillsammans på ett annat sätt än vad som görs idag. Döden var en naturlig del av vardagen. Att "dö på rätta sättet" gav tid för både ritualer och farväl vilket gav tröst åt den döende och de närstående. (Sanner 2005:25) Förr i Sverige sökte bönderna i större utsträckning hjälp till sin sjuka boskap, än till familjen; "Barnaskaran var ändå för stor, hustrun kunde ju ersättas". Om skörden blev dålig så var det bra med färre munnar att mätta (t ex Johannisson 1992:114ff). Det fanns förr helt enkelt en balans och en nytta med döden. Men med industrialiseringen följde också annan utveckling. Barnadödligheten sjönk och medellivslängden ökade. Läkarvetenskapen utvecklades allt mer. Döden blev nu en skandal eller ett misslyckande som läkekonsten ville skjuta upp (Anders Piltz). Döende patienter flyttades in i egna rum för att vara utom synhåll. Besökare fick

komma på bestämda tider. En ”begravningsindustri” växte fram och tog bort de vardagliga rutinerna kring döden. (Ternestedt 2005:76) Präster och religionen tappade mark, istället tog läkekonsten över allt mer som auktoritet. Vårt sätt att dö har således förändrats de senaste århundradena, förr dog människor rätt så hastig ofta i ung ålder, men idag dör alltför i högre ålder (Rogers et al 2001:1). Ofta ligger döende patienter på sjukhus eller på andra inrättningar, många är uppkopplade till respirator eller bundna till slangar av olika slag, vilket är skrämmande för utomstående. Det har blivit ett dilemma att möta döende. (Anders Piltz) Klarar vi döden sämre i Sverige än i andra länder och kulturer? Ja, kanske, eftersom vi lever i ett skyddat ofta välfungerande samhälle där obehagligheter som döden upplevs som skrämmande och överklig. Idag kämpar vi mot döden genom att sträva efter ett hälsosammare liv, vi får rapporter om vad vi ska undvika och hur vi ska leva. Vi jagar friskhet. ”Döden har blivit en fångvaktare istället för en bödel” (cit. Sanner 2005:30).

Intressant är att svenska folket generellt är positiva till dödshjälp (i en nyare SIFO-undersökning var 78 % för dödshjälp – Ann Herbelein). Döljer den siffran en allmän misstro hos folk över sjukvårdens omhändertagande av döende? Några krav borde man kunna ställa på sin död menar författaren PC Jersild som är en förespråkare för dödshjälp; den ska vara ”utan smärta, utan ångest och med värdighet”. Men vem, menar han, skulle erkänna att man inte gjort tillräckligt för en döende patient. (Jersild 1992:22-23) Men oavsett är det vår lott att kroppen bryts ner och vi dör (Ottosson 1992:59). Den döende blir sjukdomen personifierad. Och döden och sjukdomar skrämmer eftersom vi inte förstår dem som Ingrid Ågren-Bolmsjö pekar på. Medvetenhet om dödsångest och ångesten för döendet, dödsprocessen (se bilaga om Dödsprocessen), total pain (se bilaga om Total Pain) har blivit mer framträdande i samhället. Värst drabbade av dödsångest är de medelålders. (Sanner, ibid: 34) Men är döden dålig, eller är den en befrielse från ett dåligt liv? Finns det ett ”bäst före datum” hos alla människor?

”Döden är övergången till en annan dimension, se på fjärilen. Individerna har nått sin bestämmelse.” (Anders Piltz)

2.6 En Bra död

”Någon dör fridfullt”, ”man somnar in”, ”döden upplevs som en befrielse”, begreppen är många för det som de flesta människor önskar sig. Bör människan kunna kräva en bra död och hur viktigt är det för den sjuka och för de anhöriga? En bra och värdig död innebär att få ha en *hel och ren skjorta på sig, att inte vara naken, att få ligga i en hel och ren säng, att inte ha ont och att känna medmänsklighet* menar Ingrid Ågren-Bolmsjö och framhåller hur viktigt det är med aktiv vård. Men hur många är det förunnat? Vården för äldre bör vara *övergripande* i det att man ser till hela den gamla människans behov, såväl som *tidsorienterad* det vill säga att vården startar i tid och att den planeras som långvarig för varje individ säger hon.

Är det möjligt att livet, i alla fall senare hälften, skulle bli bättre för människor generellt om *möjligheten* fanns att få aktiv dödshjälp? De flesta av oss kanske inte tänker på döden så ofta, men många känner stor ångest inför döendet (se bilaga). Skulle vetskapen om aktiv dödshjälp vara tryggt och därmed bidra till ett godare liv, det vill säga ett mer njutbart liv åtminstone för den gruppen? Aktiv dödshjälp kan inte misslyckas och döden kommer smärtfritt och värdigt. Många oroar sig för att läkarna kan missa att man faktiskt lever när man blir dödsförklarad. (se bilaga Att fastställa döden och Lagen i Sverige om döden) Givetvis ska inte dödshjälp vara en självklarhet, utan ska vara ett *frivilligt beslut* som *enbart kan bli aktuellt* om man är *ohjälpligt utsiktslöst smärtsamt dödssjuk* och bara har *dagar kvar* inget annat.

Bör döden fortsätta vara okontrollerbar som den är idag, är det bra för människor med svår ångest? Borde det inte vara bra med valfriheten, även med de stränga villkoren nämnda tidigare? Borde inte en död under lugna former rent av att trösta alla berörda? Många människor pendlar i döendet mellan hopp och förtvivlan. Ibland accepteras döden, man vänjer sig vid tanken, utnyttjar den tid man har kvar om möjligt och när döden kommer välkomnas den som en befriare. Det som väcker oron hos många är tanken på att bli ensam. Vad händer sen när orken börjar tryta, hemmet måste avvecklas, kära ägodelar måste av platsutrymme säljas eller slängas och livet avslutas på ett sjukhem eller äldreboende. Vännerna och man själv blir allt skröpligare och till slut finns det inget mer att säga. Dagarna tillbringas sittande eller liggandes med tom blick. Barnen hälsar på så ofta de kan, men de har mycket i sina liv och det blir oftast inte besök mer än varannan helg eller rent av bara en gång i månaden. Däremellan är man ensam med sina tankar och man är trött. Synen och hörseln försämras och det är kanske inte längre möjligt att läsa, skriva, titta på TV eller måla. Enformigheten och ensamheten är påtaglig. För vem eller vad lever man? Man kanske inte vill dö, men vill inte leva så här iheller. Om man dessutom blir allvarligt sjuk med svåra smärtor och lidande som följd är tillvaron än värre. Nära och kära lider av att besöka en och själv lider man varenda vaken timme. Dagen kommer som man inte kan kontrollera sina grundbehov och man drar sig mer och mer undan. Man orkar inte prata längre. Det finns inget att prata om, inget är roligt. Man ligger kanske på en sal med andra patienter, alla hör vad man säger, alla lider, allas plågor är påtagliga. Man vaknar på natten och måste få bytt blöja och mer smärtstillande. Detta ovan är exempel på en ”god död, en långsam och ensam död samt en svår död” (läs mer i Att få hjälp att dö 2005:75-85).

”Man måste också tala om livskvalité” (Ternstedt 2005:78)

”Kanske är det bättre att tala om döds-kvalitet” (Beskow 2005:104)

2.7 Dödshjälp – ett rationellt självmord?

Finns det självmord (av tyskans *selbstmord* källa Ann Heberlein) som kan kallas rationella? Att inte vilja fortsätta leva, är inte det väldigt konstigt, nästan skrämmande för alla andra som vill. Självmord är således ingen bra död, många berörs av konsekvenserna. Människan är autonom, det vill säga hon är en självständig varelse som borde ha rätten att själv få välja. Men vad säger ordet *självmord*? Man begår ett *mord på sig själv* och man ska inte döda. Livet är en gåva och genom att mörda någon så berövas den personen den gåvan. Jag kränker någon genom att ett antal år stjäls. Vi har en plikt att rädda liv, men är det en autonom människas plikt att rädda också sitt eget liv? Om jag begår självmord, vem stjal jag från då? Mig själv, Gud eller varför inte staten som investerat en hel del pengar i mig så långt? Självmordsbegreppets snarlika namn;

Freitod är filosofiskt och kan översättas ”den fria döden av människans fria vilja”. Det är en rättighet som står till buds för alla människor som kan resonera, förstå och är kompetenta. En radikal frihet är att kunna tacka nej till livet. Vi väljer vårt liv genom våra handlingar, att vi befinner oss där vi gör just nu är olika val under flera år som lett oss hit. Livet är ändligt, men man får inte ta livet av sig av hjältemodiga skäl.

Suicid Människan är en biologisk varelse och livet börjar vid noll. Abort är barnamord.

Selbsttötung den självvalda döden. Här kan man också hitta flera filosofiska tankar; människan är fri, rationell, andlig i den meningen att hon har idéer om själen och fria tankegångar.

Vem kan säga till mig att mitt liv är värdefullt? Dödshjälp kan sägas vara ett assisterat självmord. Om människan som ber om hjälp att dö hade möjligheten, kunskapen och tillgången till medel att själv ta sitt liv, så behövde hon inte hjälp med det. Skillnaden mellan självmord och dödshjälp är läkaren som utför handlingen. (Jersild 1992: 27) När blir en människa autonom och när kan hon förlora sin självständighet? Barn är inte autonoma och inte heller så svårt sjuka att de inte längre är fria utan starkt påverkade av sin sjukdom. Kan självmordsbenägna människor räknas som autonoma? Begår friska människor självmord? Hör motståndet till dödshjälp ihop med bilder? Vi tänker på dödssjuka och ser äldre ensamma som lider svårt och vi vet att de inte har så lång tid kvar. Men om vi byter ut bilderna mot yngre människor i samma situation, de lider och slutet är ohjälpligt nära. Hur förändras åsikterna då? Här uppstår en klar konflikt med sjukvården som ska rädda liv. Läkare kan bli kränkta att gå emot sin uppfattning. Instinktivt tycker de flesta att det är fel att begå självmord. Medellivslängden i Sverige är 79 år, allt över det kan då ses som en bonus. Om en 94 åring dör av cancer så är det rättvist, i alla fall mer rättvist än om en ung människa på 32 dör. Men om den yngre är svårt deprimerad och allvarligt sjuk, är

hon då mindre autonom och mindre värd så att det är mer rättvist att hon dör än en 54 åring? Är det inte ett förakt för människans autonomi att neka henne att bestämma själv över sitt liv och sin död? Patienten är den som verkligen berörs av beslutet att vilja ha dödshjälp, det är den sista önskan. Varför ska han eller hon behöva lida dagar, veckor, månader till för att läkekonsten kan förlänga lidandet och lagen förbjuder henne eller honom att dö. Om livet är en gåva, varför ska vi inte själv få bestämma över det undrar Jersild (Jersild 1992: 28)(läs gärna i bilagan om Beslutet) När det gäller självmordsbenägna så finns alltid för och emot argument för dem; jag är en förälder (pro), men jag är en *urusel* förälder (con). Självmordet kan vara en sista chans att ta kontroll över sitt liv. Många gånger finns det oerhört banala orsaker bakom självmord som man kan läsa i självmordsbrev; man tar kommandot, har makten, hämnd ”- om du ändå varit mer kärleksfull så hade jag aldrig tagit mitt liv”. (från föreläsningen av Ann Heberlein och Åsa Westrin)

Sammanfattning: I detta avsnitt har jag belyst svårigheter och problematik kring döden. Det är tänkvärda och viktiga sidor som måste funderas över i frågan om dödshjälp. Vare sig meningen eller lidandet har givna svar. Det finns heller inte en åsikt som är generell. Lidandet kan vara utdraget, hjälpmedlen för livshjälp är många. Men vad är meningen med ett utdraget lidande? Att människor ska få chans att ta farväl av livet respektive av den sjuke? Att man ska få tid och tänka. Att inte läkaren ska känna någon skuld eller på något annat sätt må dåligt? Men kan man säga att dödshjälp är dödande i den meningen? Kan dödande vara humant? Eller är det faktiskt så att människan ska lära sig av lidande, att det är en del av livet och att döden är början på något annat.

Nästa avsnitt belyser olika synsätt på Dödshjälp.

3 Olika synsätt på Dödshjälp

I detta avsnitt resoneras kring utvalda tänkvärda synvinklar som överlag har en viktig betydelse för diskussionen.

3.1.1 Ekonomiskt synsätt

Individen föds till viss tillgång och väger denna mot viss konsumtion. Människan planerar för en viss konsumering under livets gång och kan sägas följa ett visst "standardleverne". Hos många över en viss ålder finns tankarna inför ålderdomen då den egna vården ska besörjas och pengar ändå måste finnas till andra nödvändiga utgifter. Kan döden ses som en nödvändig nytta i människans cykel för att förhindra att tillgångarna tar slut. Men vad är nyttan med att egna tillgångar inte tar slut? Påverkar tillgångarna livet och påverkar de döden? Detta funderar Thad W Mirer på, professor i ekonomisk statistik. (Mirer 1998:1-27) Vad är nettovärdet mellan döden och värdet av det liv man levde, vägs ett dåligt liv upp av dödens dålighet. Skulle det vara ett värde i en valmöjlighet att få avsluta det liv man hade nu? Vilket värde har de förlorade åren? Hade man ett "bra" liv när man dog? Framtidens relativa värde måste vägas mot tidens värde då döden inträffade. Men är det möjligt att veta vad en människa som går bort ung, hade gjort i sitt liv mer än bara presumtivt, hade den döda unga människan blivit en god eller dålig samhällsmedborgare? Det är lättare att *beräkna möjligheter* i livet som man missar genom döden. Den döde hade, om han fått leva, kunnat bli förälder, hög chef, statsminister (i originalet 'president') skriver Mirer. Men å andra sidan fanns det ingen möjlighet för den nu döde att bli statsminister så har ju inte döden fråntagit honom det ändå. Men om patienten var i början på en strålande karriär, hade samhället då vunnit på att hålla honom nedsövd och vid liv till dess att eventuella botemedel kunde hjälpa honom tillbaka till sitt framgångsrika liv. Men om inget botemedel visar sig hjälpa, så har patienten som levande död bara kostat resurser. Mirers resonemang kan låta väldigt krasst, men är ändå intressant för sammanhanget i och med att vi som sjuka de facto kostar vården som jagas av besparingar. Jeff McMahan, som är professor i filosofi och specialiserad på hälsa, sjukvård och åldrande, skriver att *människovärdet* också är intressant i sammanhanget; vem är "mest värd" för samhället? Är människovärdet olika om man jämför en gammal människa med en ung, är den äldre människan mindre värd för att den inte bidrar till samhället längre eller är det bara för att framtiden är mer begränsad för den äldre människan? Eller två äldre lika gamla människor dör där den ena är välbärgad och den andra är fattig, är då den rike av dem mer värd för han efterlämnar mer att konsumera. De förlorade båda livet och det är tragiskt. (McMahan 2000:98-120, 127-145) Vad är nyttan med livet och vad är nyttan med

döendet? En döende människa bidrar inte till konsumtionen i samhället, men kan bidra i sin sjukdom till att forskningen går framåt och att sjukvården får nya kunskaper. Är sjuka människor *patienter eller siffror* i den krassa verkligheten, i den värld som är utanför själva vården funderar Susanne Lundin, professor i Etnologi. Kan den krassa pragmatiska verkligheten vara så att sjuka människor ses som siffror i ett stort kostsamt maskineri? Krav finns på rationalitet och ekonomi i vården, kan de kraven bidra till genomförande av dödshjälp (Ottosson 1992:54). En materialistisk och mycket skarp tanke är att om människan planerade självmord i en viss konsumerande ålder med samma tillgång som ovan diskuterats så hade det möjligen lett till större konsumtion på kortare tid (Mirer, 1998:12-18). Äldre och sjuka människor får aldrig ses som en ekonomisk belastning med förklaring att de inte längre tillför samhället något och det kan aldrig vare sig vara eller bli en människas skyldighet att önska dödshjälp som en del förespråkare kan anse. (Moody 1992) Om man antar och accepterar att brist på egna tillgångar kan leda till självmord, varför kan inte påskyndande av hopplöst smärtsamt obotligt döende accepteras? En (dödssjuk) människa som behöver vård är lika med utgifter i form av kostnader för medikamenter och undersökningar, annan tid till samtal, återbesök, uppföljning, behandling och mycket sjukvårdspersonal. Om det hade funnits obegränsade resurser så hade man i vården kunnat rädda fler sjuka än idag, alternativt kunnat erbjuda fler bättre och snabbare insatser, medicinering och stöd. Men sådana obegränsade resurser finns inte, det är ju uppenbart med alla nedskärningar och besparingar. Vad är då konsekvenserna av bristande resurser när det väl kommer till kritan?

3.1.2 Filosofiskt synsätt

Man måste argumentera för skäl att slippa lida på det yttersta. En del dödssjuka väljer sväldöden för att inga andra alternativ finns. Det är inte värdigt och måste vara en fruktansvärd död. Det borde verkligen vara tryggare att slippa lida. Att se plågan hos sjuka människor borde vara värre än dödshjälp, plågan är ett misslyckande. Men dödshjälp kräver en *tydlig avvägning och bedömning* över vem som ska vara berättigade och vilka metoder som ska få användas. Att aktiv dödshjälp skulle missbrukas är ingen större risk, vilka belägg finns det för det. Menar motståndarna att läkarna skulle vara lustmördare? De eventuella riskerna med missbruk måste vägas mot fördelarna med dödshjälp. Folk har olika värden om smärta. Med en svår obotlig dödlig sjukdom ställs man inför kalla fakta. Det finns olika argument för att leva ett smärtsamt liv. Det beror på vilken syn man har på livet. Den biologiska meningen med lidandet är att man ska lära sig av det, det finns vissa omständigheter som människan ska gå igenom. Är man mogen att dö, så ska man få göra det *under den absoluta förutsättningen* att man är ohjälpligt svårt sjuk och att lidandet är uttalat. *Respekt* för andras åsikt om sitt eget liv är grundläggande. Man måste själv få avgöra om det här är ett liv för mig. Läkarna ska serva samhället. Man aborterar ju massor med barn varje år, de flesta av dem utan svåra sjukdomar, vad är meningen med det? Man bör börja försiktigt med att tillåta pilotfall med dödshjälp och utvärdera dessa. Man ska *tydligt*

specificera vilka bestämda situationer som ska kunna ge dödshjälp; man ska befinna sig i en medicinsk plågsam situation. Man ska inte tala om ekonomi när det gäller dödshjälp, ingen får känna att man ligger till last. Dödshjälp bör tillåtas, men godkända skäl ska *tydligt specificeras* för att inte hamna i *the slippery slope*, det vill säga en situation då gränserna kan tänjas. Det får inte vara genom påtryckning och ingen ska få föreslå dödshjälp som ett alternativ. I Sverige tillåts passiv dödshjälp, hur vet man att det inte är något annat skäl som ligger bakom det av typ arv eller schism. I sådana här frågor befinner man sig alltid i en ”hal slänt”. Vad för dödshjälp med sig? Man måste skilja mellan osäkerhet och skäl. Ska riskerna väga tyngre? Det är förmätet att pracka på livets värde på andra. Ett liv med smärta kan vara värdefullt men var och en ska avgöra det. Det borde vara en demokratisk rättighet liksom att det är en rättighet i teorin i alla fall i vårt samhälle att få komma till en läkare inom tre månader. Vi lever i en neutral stat. John Rawls uttalade sig om att var och en ska avgöra och man ska inte få statliga direktiv i valet om sin egen död. (Dan Egonsson)

3.1.3 Medicinskt synsätt

Även om dödshjälp bara efterfrågas av några få patienter så blir det i och med det ett kliniskt intresse att diskutera frågan om dödshjälp. Men behövs dödshjälp? Ja, eftersom lidandet för många är svårt och ingen vet i förväg om döendet blir i koma eller man hamnar i det förfärliga ”inläsningssystemet” då medvetandet är helt intakt, men förmågan att kommunicera är borta (Jersild 2005:234-236, se också Bauby avsnitt 2.1) Intressant är att de flesta självmord som begås inte beror på dödlig sjukdom (Werner 2005:45). Det kan bero på exempelvis att den sjuke är för dålig för att kunna ta sitt eget liv, eller att den medicinska utvecklingen gör att fler kan botas från exempelvis cancer (Gill 2004:8). Tänkvärt är att vissa sjukdomar tycks öka självmordsbenägenheten; HIV/Aids, vissa cancersjukdomar såsom hjärntumör, nervsjukdomar och MS för att nämna några. Men å andra sidan tycktes inte patienter med andra lika svåra sjukdomar såsom exempelvis ALS vara mer benägna att begå självmord. (Kleespies, Hughes & Gallacher 2000:2-13) Intressant och tänkvärt är frågan om en fullt frisk människa tar livet av sig säger Åsa Westrin.

Depression är en vanlig anledning att patienter begår självmord såväl som missbruk (Beskow 2005:103). Ett problem med depression är att den kan ”försvinna” i annan sjukdom och det är svårt för läkarna att se signalerna (Gill 2004:8) (Kleespies et al 2000:2-13) (Ringström 1998:75)(se också bilaga ”Ledsenhet och Depression”). Depression bidrar till att en människa av sjukvården inte anses vara fullt kapabel att fatta ett rationellt och svårt beslut såsom om dödshjälp. De har kontakt med verkligheten, men eftersom de är så fulla av hopplöshet är de inte rationella nog att ta beslut om framtiden. (Gill 2004:12) (Abeles et al 1999:232) En viktig fråga i sammanhanget är vad ”dödligt sjuk” innebär. Det som är dödligt idag kanske inte är det om ett år och diagnosen om förväntad livslängd efter ställd diagnos lätt kan vara felaktig. Fyra viktiga aspekter i frågan om dödshjälp bör övervägas;

Patienten bör ha vetandet att kunna göra ett val
Bör förstå relevant information om behandling
Bör kunna förstå den egna sjukdomen
Bör kunna fundera över och jämföra alternativa behandlingar.

Problemet är om alla fyra ska och kan övervägas. Är de lika mycket värda för beslutet att ge dödshjälp, vilken av dem är mindre värd om någon alls och vad har det då för betydelse för beslutet. (Kleespies et al 2000:2-13) Kan släktingar eller vänner till en hjärndöd eller svårt sjuk människa som inte längre kan kommunicera, fatta beslutet och kan neutral sjukhuspersonal träda in när inga vänner eller familj finns till hands. Finns *neutral* i sammanhanget. Vederbörande kan ha förekommit i någon offentlig eller publicerad diskussion och ställt sig för dödshjälp och är därför enkel att fråga. Han eller hon kanske inte ser andra vettiga alternativ än dödshjälp och tänker inte alls på berörda familjemedlemmar (Abeles et al 1999:232). (Kleespies et al 2000:2-13) (Annika) (se också bilaga livsuppehållande åtgärder). Om patienten inte vill eller inte tycker livet är meningsfullt längre är det då att vara självmordsbenägen, om patienten har övervägt ”omständigheter, valmöjligheter och konsekvenser” av sin sjukdom (Gill 2004:7). Är att neka att få livsuppehållande behandling lika med självmord? Förvandlas läkaren till en mördare genom att skriva ut smärtstillande medicin i syfte att det är som sådant det ska användas, men att sedan patienten använder den för att begå självmord. Kan baktankar ha funnits hos läkaren för att slippa en döende patient. Och viktigt är vad läkarna känner då dödshjälp helt är emot de etiska riktlinjerna som finns (se bilaga Åtta etiska riktlinjer för svenska läkare). Kartläggningar försökt göras i Sverige bland läkare, men det är oerhört svårt för många läkare att ta ställning. I studier som genomfördes med tio års mellanrum antydde vid båda tillfällena att *blivande* läkare var mer positiva till tanken att ge dödshjälp. 48 % ansåg att dödshjälp kan vara etiskt försvarbart (Nilstun & Löfmark 2005:114-115). Vad kan läkaren och annan vårdpersonal förväntas erbjuda i form av stöd för anhöriga och vänner, stöd för den sjuke? Får den sjuke en bra död eller är den fylld av ångest? Får den sjuke möjligheten att sörja tillräckligt? Har den sjuke fattat sitt beslut för att han vill eller för att han av någon anledning måste? Dessa och fler frågor diskuterar Tore Nilstun själv professor i etik och motståndare till dödshjälp.

Viktigt är dock att betänka om patienten vågar dra sig ur om beslutet trots allt känns felaktigt. (Kleespies et al 2000:2-13) Den valda dödshjälpen måste vara “saklig, välbetänkt, regelmässig och opartisk (Gove 1969:1885 i Maltsberger 1998:1). Maltsberger sammanfattar att en person som ber om dödshjälp måste

- Lida av obotlig sjukdom oavsett om det är psykiskt eller fysiskt,
- Ska uppleva outhärdlig psykisk eller fysisk smärta,
- Ha ett fysiskt eller psykiskt sjukdomsförlopp som konstaterats bli allt sämre,
- Patientens egna tankar om livskvalitet ska övervägas.
- Dödshjälpen ska väljas frivilligt utan övertalning från någon i omgivningen.
- Patientens ska delta i samtal om sitt beslut,

- Den psykiska hälsan ska undersökas för att undvika eventuell risk för att
- Depression inverkar som enkelt kan medicineras, alternativ eller brist på sådana ska diskuteras,
- Påverkan på familj eller vänner måste övervägas och
- Slutligen bör någon utomstående såsom en präst eller annan oberoende läkare konsulteras

(Werth, 1996 i Maltsberger 1998:2-5).

Maltsberger menar att om inte övervägande delen av dessa viktiga punkter uppfyllda bör inte dödshjälpen anses vara förnuftig. Han menar att allt måste övervägas och vändas och vridas på för att alla, läkare som patient, ska vara absolut säkra utan några som helst tvivel på att beslutet om dödshjälp är rätt. Moody resonerar i sin bok om kvantitet verkligen ska vara viktigare än kvalitet, man ska inte bara leva utan leva väl menar han (Moody 1992:50ff). Shneidman gör ett viktigt inlägg då han säger att självmord nästan alltid är ett rop på hjälp och poängterar betydelsen av att illvilja kan få människor att förmå andra att begå självmord trots att de samtidigt ger intryck av att ge all hjälp (Shneidman 1985 i Maltsberger ibid). (Falska?) förhoppningar i den religiösa tron är också något som kan desorientera sjuka människor i sitt beslut. (Maltsberger 1998:5)

3.1.4 Etiskt synsätt

”Om det är tillåtet att utsläcka ett liv med abort, där barnet kanske skulle ha haft möjligheter till en lång och glädjeric tillvaro, varför skulle det då vara otillåtet att hjälpa en gammal människa, som har hela sitt liv bakom sig och som sannolikt aldrig mera kommer att uppleva ett medvetet ögonblick, över gränsen” (ur Internet 16)

Om man jämför två unga människor, den ena dör i cancer och den andra av en olyckshändelse, är då döden genom olyckshändelse tragisk och onödig, medan den andra döden var oundviklig och därför inte så tragisk utan mer naturlig? Är värdet av de två personernas död olika? Om det visar sig att den som dör genom olyckshändelse led av en sjukdom och han inte hade levt mer än max ett halvår till, förändras då synen på hans död. Var det en lättnad rent av att han slapp det sista lidandet? (McMahan 2000:98-120, 127-145) Den etiska kärnkonflikten handlar om att var och en ska få bestämma över sitt eget liv (Jersild 1992:31-32). Intensivvårdens framsteg har gjort att livet kan förlängas och med det också lidandet konstaterar Hermerén. Individens autonomi är viktig, men det är också den vårdande personalens. Att det inte finns etiska hinder mot vissa former av dödshjälp innebär inte att man samtidigt talar för en legalisering. Men man måste kunna föra en rationell diskussion. Många aspekter ska betänkas inte minst juridiska, praktiska, religiösa, politiska med flera. Värt att betänka i sammanhanget; ”om avsikten med läkarens insats är att förkorta patientens liv, bör denna inte tillåtas. Däremot kan/bör insatsen tillåtas, om avsikten är att lindra patientens lidande”. Detta kallar Hermerén för Avsiktsdoktrinen. Han

menar att det är viktigt att hålla isär etiska problem/bedömningar och juridiska problem/bedömningar. Det går inte att alltid att skapa harmoni dem emellan, men lagar är i bästa fall etik under täckmantel. Dödshjälp som begrepp är negativt och hotfullt, med ordet eutanasi betyder dö väl. Dödshjälp handlar inte om att låta någon dö utan att någon ska få dö på ett ”bra och värdigt sätt”. Att tala om aktiv eller passiv eutanasi är också oklart eftersom skillnaden dem emellan inte är så tydlig. Att dö på egen hand eller avsiktligt av en läkares hand innebär en skillnad, men ur etisk synpunkt finns det många väsentliga likheter. ”Resultatet är oavsett detsamma; dödligheten är 100 % konstaterar han. Det hade dock varit enklare att resonera om dödshjälp om statistik kunde föras kring *frivillig* eutanasi, *icke-frivillig*, där patientens vilja inte är känd och *ofrivillig* eutanasi där patienten inte ville dö med hjälp. (Hermerén 1992:94-120, citat sid. 98, 107) Med individens självbestämmande berörs också många andra i det här fallet; läkarna, anhöriga och andra. Det innebär att individens bestämmer också över andra. Men om en patient önskar dödshjälp och en läkare är beredd att ge den, finns inget ”etiskt motargument” skriver Hermerén. Men när det gäller godhetsprincipen, också kallad barmhärtighetsprincipen, ska en svårt lidande patient få dödshjälp då? Diskussionen handlar inte om ett obligatoriskt döende för alla, men är nog så svårt ändå (Nilstun, Lundqvist & Löfmark 2006:60) Bra smärtlindring och andra hjälpmedel underlättar för patienten som kan få ökad insikt och därmed ”hinna ikapp sig själv” den sista tiden både andligt och känslomässigt. Allvarligt är om dödshjälp skulle börja utnyttjas godtyckligt. Reglerna kan misstolkas eller tolkas på helt eget bevåg och den frivilliga dödshjälp kan då förvandlas till ofrivillig, tecken på detta har visats i Holland (Ringström 1998:73, Jersild 1992:30, Hermerén 1992:108). Lika allvarligt är det om människor kan se det som sin plikt att begära dödshjälp. Att legalisera dödshjälp öppnar för ett nytt slags dödande vilket saknar etisk legitimitet. Socialstyrelsen säger att *alla människor har rätt att dö under värdiga former*. Alla patienter ska ha tillgång till god vård som tar hänsyn till både andliga, psykiska och fysiska behov hos patienten (Bischofberger 1992:37-45 Läs i bilaga om godhetsprincipen) Att få några sista veckor till av livet, kan betyda försoning med familjen och tid för avsked. Men å andra sidan ger medlen som används vid smärtlindring också medvetandebortfall. (Ottosson 1992:52) För mycket teknik kan försumma det viktigaste, nämligen *vården av människan* (Holmdahl 1992:62). Man bör först tala om de dödshjälpens etik innan man talar om de sakliga svårigheterna. Intressant är att samma människor berörs oavsett om eutanasi är möjligt eller inte för den sjuke. Tre ”etiska grundregler” bör gälla i frågan om dödshjälp (av Jersild 1992:31-32):

- Varje människa är autonom. Beslut som gäller vårt eget liv som inte går ut över andra borde accepteras.
- Varje handling och behandling ska vara i gott syfte.
- Rättvisa; om jag vill ha dödshjälp, kan jag inte neka andra. Vi är alla lika inför lagen, så borde vi vara också inom sjukvården.

Viktiga frågetecken kvarstår ändå. Det som man talar om är the slippery slope, en gränsuttänjande diskussion, vilket innebär i det här sammanhanget att dödandet

skulle bli utan kontroll och att Sverige skulle förvandlas till en mördarstat. Skulle det hända, vilket inte förefaller troligt, så hade man ändå inte, under sådana omständigheter, tagit hänsyn till vad lag och ordning säger. En annan tanke är om liv skulle komma att avslutas utan patientens tillstånd, det vill säga olaglig dödshjälp. Tänkvärt är i sammanhanget, att då aborter blev legaliserade minskade samtidigt de olagliga aborterna. (Jersild 1992:29-30)

I detta avsnitt har jag visat några tankar i frågan om dödshjälp. Som synes är det många viktiga, intressanta och nödvändiga aspekter som belyses. Människan är en självbestämmande varelse. Men det gäller inte bara patienten utan också sjukvårdspersonalen som inte ska kunna tvingas till att gå emot den egna etiska uppfattningen. Inte överraskande så kostar människan i vården. Vi läser om nedskärningar, vårdköer, brist på läkare och sjuksköterskor och så vidare vilket sammantaget bidrar till en ökad oro för alla som någon gång kan tänkas behöva sjukvården. Viktigt är dock att man inte hamnar i the slippery slope, så att alltfler fall kan dras inom gränsen för vad som ska tillåtas.

Nästa kapitel berättar om hur våra riksdagspartier ställer sig till dödshjälp.

4 Vad säger våra riksdagspartier?

Då vården vid livets slut senast analyserades i en statlig utredning fanns det i den ett tydligt direktiv att inte ens ta upp frågan om dödshjälp. Istället diskuteras frågor såsom hur livskvalitén för den sjuke kan förbättras, utbildningsbehov i vården och samarbete mellan kommun och sjukvård (SOU 2000:6, sid 1).

I riksdagens partier möter min fråga om dödshjälp motstånd när det gäller *aktiv* dödshjälp. Frågan som ställdes per mail löd:

Hur ställer ni er i ert parti till dödshjälp?

Miljöpartiet (Mp) svarar kort och koncist att man inte tagit ställning i frågan så jag lämnar dem därhän med det. Övriga partier uttrycker vikten av kvalitet i livets slutskede. Socialdemokraterna (S) svarar, också kort, att ”vård inom vården i livets slutskede ska prioriteras högt och alla ska ha rätt till en värdig död, vilket innebär god omvårdnad och smärtlindring. Moderaterna (M) skriver att passiv dödshjälp är acceptabel, det vill säga att man inte sätter in livsuppehållande åtgärder, för att hjälpa en människa som så önskar att avlida så smärtfritt som möjligt. Deras svar kan snedvridas, men jag tror att M menar att en patient som lider inte ska behöva utsättas för förlångt lidande och livsuppehållande åtgärder om så inte önskas. M menar inte att passiv dödshjälp i sig innebär ett smärtfritt slut. Kristdemokraternas (Kd) svar har jag tvingats förkorta mycket och helt klart är att dödshjälp går helt emot partiets syn. De skriver bland annat att ”Vården i livets slutskede måste få mycket hög prioritet. Personalen ska få tillfälle att ge livshjälp istället för dödshjälp”. Folkpartiet (Fp) vill utveckla de grenar av medicinen som arbetar med människor som lider av dödliga sjukdomar och bedriver vård i livets slutskede. Det finns mycket som måste göras för att förbättra livskvaliteten under denna tid, särskilt för patienter som lider av svår smärta. Det krävs mycket kunskap och empati för att kunna bemöta en människas dödsångest. Både Centerpartiet (C) och Vänsterpartiet (V) skickade också långa mail. C:s åsikt är att ett humanistiskt samhälle inte kan tillåta aktiv dödshjälp. Hälsa upplevs olika, i olika skeden i livet och i olika hälsotillstånd. Frihet är en del av humanismen men när den inskränker på andra människors frihet är det egoism, en enskild individs val får inte leda till att man lastar över ett ofrivilligt ansvar och sorg på andra människor skriver man i C. V skriver: I samband med den medicinska utvecklingen ställs också frågor om livets gräns. Det är ytterst frågor som är individuella och personliga. Frågor om aktiv respektive passiv dödshjälp ställs ofta i det sammanhanget. V har inte tagit politiskt ställning i denna fråga. Det är tveksamt om det egentligen är möjligt att göra det. V anser dock

principiellt att den lag som idag finns och som ger möjlighet till passiv dödshjälp och förbjuder aktiv dödshjälp är bra. M skriver om dödshjälp: att det är viktigt att skilja på aktiv och passiv dödshjälp. Aktiv dödshjälp innebär att man tar livet av en människa, även om detta sker med dennes eget medgivande. M vill inte medverka till att den typen av dödshjälp legaliseras. Kd håller helhjärtat med; Vi anser att kraven på eutanasi med skärpa måste motarbetas. De uttrycker en cynism inför människovärdet och uttrycker ofta ett starkt nyttotänkande. Ibland kan man ana resonemang om att bristen på resurser inom vården bör göra det naturligt att införa eutanasi som ett medel att förkorta den tid som används för att förlänga ett som man säger ”ovärdigt, meningslöst liv”. Man är inne på en mycket farlig väg, om utomståendes subjektiva bedömning av vad som gör våra liv värda att leva, får styra utvecklingen skriver Kd. Fp instämmer; Fp:s inställning är att vi är negativa till att införa aktiv dödshjälp. Fp vänder sig mot att skapa ett system där läkare och annan sjukvårdspersonal som har som yrke att bota och rädda liv, ska åläggas att göra det motsatta. Många anser att aktiv dödshjälp riskerar att leda till att människovärdet reduceras. Ingen med ett funktionshinder eller en svår sjukdom ska känna oro för att hennes rättigheter till liv och värdighet inte respekteras. Detta argument mot eutanasi måste tas på största allvar av såväl förespråkare som motståndare. C fortsätter; Aktiv dödshjälp innebär många gränsdragningsproblem och ställer personal, anhöriga i orimliga beslutssituationer och riskerar att tänja på begreppet om människans värde. Anhöriga ska inte ges rätt till ställföreträdarskap för den sjuke. Andra värderingar än dennes blir lätt avgörande. V skriver att patienten och dess anhörig alltid ska vara förvissad om att vården gör allt som är möjligt tills dess den enskilde själv säger ifrån. C är det enda parti som diskuterar livstestamente: Centerpartiet avvisar livstestamente (se bilaga Livstestamente), det är omöjligt att i förväg föreställa sig sin situation vid en svår sjukdom. Med livstestamente finns risk för värderingsförskjutningar så att den sjuke känner sig icke önskvärd och upplever att sig ligga till last för anhöriga och samhället. Kd avslutar med Kristdemokraterna anser att resurs- och kunskapsbrister inom vården i livets slutskede under inga omständigheter får lösas genom en legalisering av aktiv dödshjälp. Att befria en döende människa från lidande genom eutanasi är att förneka hennes djupare mänskliga behov av psykisk, social och andlig natur.

I detta kapitel har jag lärt att förutom Miljöpartiet, och möjligen med viss tvekan, Vänsterpartiet, så är våra politiska partier tydliga i sin inställning till frågan om dödshjälp, samtliga säger ett bestämt nej till aktiv dödshjälp och betonar istället vikten av god omvårdnad med obegränsad smärtlindring för den sjuke. V skriver att man finner lagen som tillåter passiv dödshjälp bra. Både, Kd, fp och C pekar explicit på att det finns en risk att människovärdet blir hotat med godtyckliga antaganden från utomstående vad som är livsvärdigt och de menar att det är en farlig väg. M menar att dödshjälp är att ta livet av en annan människa, underförstått mord. Fp anser inte att det är rätt att utsätta vårdpersonal för dödshjälp. C beskriver dödshjälp som en egoistisk handling som utsätter många andra i en ofrivillig situation.

I nästa kapitel redovisas hur våra största trosförare resonerar om dödshjälp.

5 Vad säger de största religionerna?

Till de största troslärorna; Svenska kyrkan, Katolska kyrkan, Islam och Judendomen ställde jag frågan om *hur ställer ni er generellt till dödshjälp?* Det är oerhört viktigt i ett mångreligiöst samhälle att också respektera andras åsikter i denna svåra fråga.

Den främsta likheten i de svar jag fått är att Gud har skapat oss, det är Han som ger livet. Svenska Kyrkan urskiljer sig därefter som mer liberal uppfattar jag, än övriga trosläror. I svaret jag fått från Anna Malmqvist står ”vi delar tro i Svenska Kyrkan, men kan tro och tänka på flera sätt i olika etiska frågor” och vi har inte i sina” ledande organ tagit ställning till vare sig för eller emot aktiv eller passiv dödshjälp”. Svenska kyrkan menar att individen själv får ta ställning. Viktigt i sammanhanget är att Svenska kyrkan är en demokratiskt organiserad kyrka vilket betyder att efter varje val så kan åsikterna förändras. Katolska kyrkan ställer sig emot dödshjälp och menar att kristna inte kan medverka till det. Endast Gud är livets herre och endast Gud kan ta liv. Anders Piltz som jag träffat menar dock att det finns dimmiga regioner; man får lindra smärtan men inte påskynda döden. Anders Piltz talade också om den så kallade dubbla effekten från katolska moralfilosofin; om man räddar barnet så dör mamman. Om man dödar vettvillingen så räddar man andra människor. Den dubbla effekten nämnde även Ingrid Ågren-Bolmsjö och åsyftade att lindring av lidandet kan ge ett utdraget lidande som en bieffekt. Det finns ytterligare en komplikation som Anders Piltz pekar på; hjärndöden. Det kan då finnas moraliska förpliktelser, man ska vidta ordinarie åtgärder för att rädda liv, men inte extraordinarie alltså inte till vilket pris som helst säger Anders Piltz. Lilian på judiska föreningen säger att inget kan rättfärdiga dödshjälp, det är inte tillåtet. Islamisk etik förelägger att om en individ saknar medel för nödvändig vård blir det ett kollektivt ansvar för samhället. Vården av de hopplöst sjuka måste innebära livskvalitet och värdighet i livets slutskede. Den andliga dimensionen bör utnyttjas för att hjälpa patienterna. Psykologisk och känslomässig vård är viktig. Musikterapi har använts på islamiska sjukhus sedan äldsta tid skriver Abd al Haqq Kielan. Anders Piltz fortsätter; människan behöver livshjälp, människan längtar inte efter döden utan det är antingen för att hon anser sig ligga till last eller för att hon längtar efter något. Det finns inte legitima skäl att påskynda döden av humanitära skäl. Dödshjälp kränker läkaren och människan. Med en dödshjälpsklausul kan ingen vara säker längre och osäkerheten ska inte få finnas i lagstiftningen. Det kan inte vara läkekonstens sak att döda säger han. Muslimska läkare uppmuntras inte att förlänga lidandet för en patient i ett vegetativt tillstånd, men de föreskrivs att lindra lidande. Koranen säger: @ Om någon räddar ett människoliv skall det anses som om han hade räddat hela människosläktet. @ 5:32 MKB. Adekvat smärtlindring bör finnas

tillgänglig för den sjuke. Det finns inget egenvärde i att plågas, och allt som kan underlätta för den svårt sjuka patienten bör utnyttjas i vården skriver Abd al Haqq Kielan. Intressant alltså att i både katolska kyrkan, judendomen och islam kan jag ana att *passiv* dödshjälp inte är helt oacceptabel när det gäller svårt sjuka människor och människor i vegetativt tillstånd, det vill säga lidandet ska lindras men inte förlängas. Svenska Kyrkostyrelsen har tillkännagivit att det är ett ämne som är viktigt och brännande och att det är angeläget att Svenska kyrkan deltar i debatten kring dessa frågor skriver Anna Malmqvist. Det är också *passiv* dödshjälp när man till exempel ger morfin för att lindra smärtor med följderna att döden påskyndas. *Passiv* dödshjälp kan ses som en mänsklig grundrättighet till sin egen naturliga död skriver den katolske prästen Peter Fresman till mig i sitt mail, och fortsätter att i samtal med teologisk och medicinsk expertis måste detaljer och gränsdragningar klaras ut. Anders Piltz påminner mig om att den hippokratiska tanken från antiken är *bota, lindra, trösta* (se också Sundström 1996:25-38). Vi måste leva med svåra fall, men det är heller inte rätt att alltid genomtrumfa lagen säger han, vi kan inte leva oss in i andra situation och vi kan inte moralisera över andra fortsätter han. Ibland är lagstiftningen för grovmaskig. Ingen begår självmord för nöjes skull, men man får inte uppmuntra till död. Man måste istället försöka trösta och uppmuntra. Alla människor har ett livskonto menar Anders Piltz. Abd al Haqq Kielan berättar för mig i sitt mail att den internationella muslimska läkarorganisationen IMA stödjer ståndpunkten att det **inte** finns någon plats för eutanasi inom medicinsk vårdutövning, vare sig det kallas dödshjälp barmhärtighetsmord, assisterat självmord, rätten att dö, plikten att dö eller något annat. IMA tror heller inte på konceptet med medvetet och fritt val på detta område. Han betonar att det inte är bara prästers och imams ansvar utan vårdpersonalen bör också ha vissa grundkunskaper att ta hand om patienter och vägleda familjer från olika kulturer och religioner. Lilian säger att liv och död är Guds vilja. Det är inte en kamp mellan ont och gott om vi blir sjuka. Vi vet inte vad Guds mening är. Men man ska självklart lindra lidandet, men inte förlänga en dödssjuk människas kamp utan låta den sjuke somna in lär jag mig. I judendomen är även självmord förbjudet eftersom det anses vara ett brott mot det femte budet. Svenska kyrkan följer och bevakar noggrant de medicinsk-etiska frågorna och tar dem på stort allvar. I frågan om dödshjälp har Svenska kyrkans arbete i stor utsträckning bedrivits inom ramen för ett mellankyrkligt samarbete skriver Anna Malmqvist och berättar också att Kyrkostyrelsen får möjlighet att som remissorgan yttra sig över förslag till ändringar i lagstiftningen, och att det även i detta sammanhang föreligger ett mellankyrkligt samarbete. Beträffande självmord är Koranen mycket tydlig lär jag mig:

Där fanns bland dem som kom före er en man som hade ett sår. Han led sådana plågor att han tog en kniv och skar sin hand med den, och blodet slutade inte rinna förrän han dog. Allah den allsmåktige sade: Min tjänare har förekommit mig, så Jag har förbjudit honom paradiset. Hadith - Qudsi 28.

Det är sant att det finns smärta och **lidande i slutskedet** av en dödlig sjukdom, men vi tror att det finns en belöning från Gud för den som tålmodigt **uthärdar**

lidandet. @”Och bär med jämnmod det [onda] som drabbar dig”@ 31:17 MKB skriver Abd al Haqq Kielan till mig. Anders Piltz avslutar med att säga att Kristus har befriat oss, Jesu livsöde visar vad det är för mening med det hela. Man gör dödsberedelser, en uppmuntran till förening med Jesus. Man kan förena glädje och lidande i Kristus efterfölje. Lidandet är en mystisk förening med Gud. Man kan bära fram sitt lidande som en gåva och finna tröst i det.

I detta avsnitt har jag redovisat för hur våra största trosläror ställer sig till dödshjälp. I nästa avsnitt analyseras vad jag tycker mig ha lärt i detta arbete.

6 Analys

Denna uppsats har diskuterat problemet om dödshjälp bör vara en mänsklig rättighet när det handlar om att som dödssjuk få slippa de sista dagarna av lidande om man så önskar.

Några argument som talar **för** dödshjälp är: att en människa som har outhärdliga plågor och bara dagar kvar kan få **slippa den sista tidens lidande** förutsatt att det är en mentalt frisk person som har ett fattat ett lämpligt, förståeligt och övervägt beslut och som inte finner något värde i tillvaron. Det är också en död som är **trygg** eftersom man **garanterat dör**, det är **smärtfritt** och **värdigt**. Dödshjälp – **livshjälp till någon annan?**

... och några punkter som talar **emot** dödshjälp är: Oro för **godtyckligt dödande** och för **manipulering**. **Hot** mot sjuka och funktionshindrade. Dödshjälp kan bli behändigt för sjukvården som en **kostnadsbesparing**. Svårt för **läkarna** och **vårdpersonalen**. Det finns **religiösa** skäl. Vår tids friskhetsideal kan sätta **mer press** på sjuka och döende och att det blir en plikt. Människan **behöver sista tiden** för att hinna ikapp andligt, fysiskt och psykiskt. **Förtroendet** för sjukvården kan ifrågasättas. Man **ger upp** utan att försöka.

Intressant att likheterna i tankegångarna emot dödshjälp är fler än olikheterna; jag syftar då på att de flesta talar om oro för missbruk, hot mot de sjuka, kränkande för läkarna och så vidare. Få kommer med helt egna unika tankar emot dödshjälp. Det är svårt att hitta svar som är riktigt tillfredsställande. Människan kanske ingår i en evig cykel av återvinning; vi kanske har lärt oss något från det tidigare livet som vi ska göra annorlunda i nästa. Åsikterna om dödandet går ofta vitt isär. Jag kan bara titta på hur mina känslor vandrat under arbetets gång, vilket givetvis ger fog för kritikerna av normativa teorier. Om en människa som begått självmord, dödat sig själv, sägs sällan att han (eller hon) var modig och klok i sitt beslut förmodligen beroende på att många självmord inte beror på dödlig sjukdom utan på andra saker där hjälp ofta finns att få. Men vi kan acceptera *förklaringen* att en människa tagit livet av sig på grund av stora ekonomiska skulder eller efter en svår skilsmässa. Men de gamla tankarna om självspilling tycks leva kvar, självmord är inte bra. Att någon vill dö på grund av svår sjukdom uppfattas inte riktigt vettigt. Inom troslärorna är självmord förbjudet vilket ytterligare problematiserar frågeställningen.

Men jag tycker inte att det är acceptabelt att människor måste välja att svälta ihjäl sig för att de inte får hjälp att dö på något annat sätt. Jag tror att människor på sitt yttersta som ber om att få dö, verkligen är så sjuka att de lider av svåra

smärtor, fysiska såväl som psykiska. Dödsprocessen kan vara i dagar, kanske flera veckor. För patienten är upplevelsen av total pain ovärdig och naturligtvis obeskrivlig. Att patienten innan sjukdomen haft ett bra liv glöms bort, kvar blir bilden av den sjuke på näthinnan hos de anhöriga.

Dödshjälp kan upplevas som starkt nervärderande för läkarna vars absolut första uppgift är att rädda liv. De som är emot ska inte tvingas. Men de som är för får inte nervärderas. Kan man vara krass och se en win-win situation i dödshjälp; patienten får frivilligt avsluta sitt liv på ett värdigt, smärtfritt och snabbt sätt och läkaren kan, efter att *under lång tid* ha *gjort allt* för att hjälpa patienten, leva med tanken att patienten nu har det bra och får därmed förnyad kraft att ägna sig åt andra sjuka människor. Är tanken helt fel och iså fall varför det? Skulle läkare till en kollega som ger dödshjälp må dåligt bara av vetskapen? Utan tvivel skulle en klinik som specialiserar sig på dödshjälp väcka starkt obehag. Men är det irrationella känslor eftersom det handlar om döden, eller skulle det hela vara rent avskryvärt? Ligger svårigheten med dödshjälp i att döden kommer direkt? *Avsikten* med dödshjälp måste betänkas, den är att avsluta en svårt sjuk människas lidande som vill dö, under enkla men värdiga former. Kristdemokraterna talar om att dödshjälp absolut inte får användas som en följd av brist på kunskap och resurser. Men kan inte dödshjälp, genom organdonation och just resursbesparingar, ge fler patienter livshjälp, utan att på något vis föringa eller nedvärdera den döende människan. Vi kan omöjligt veta hur den döende känner smärtan. Jag tänker här på vad Ingrid Ågren-Bolmsjö berättade i sin egenskap av sjukhuspräst, att hon i några enstaka fall sett outhärdliga fall då människor haft *för* svårt och *för* ont. Hur ont gör ”för ont”?

Vad jag lärt och läst är det antal som ber om dödshjälp trots allt ganska få. Men jag tror att en bra död är viktig och att *vetskapen* om att möjligheten finns att få en bra död kan leda till att människan kan njuta mer av livet. Döden är skrämmande liksom lidandet, dödsprocessen, döendet, döden och fastställandet av döden. Hur många är inte rädda för att ett misstag begås och att man faktiskt har så svaga livstecken att de inte noteras av läkarna? Vid aktivt eller läkarassisterat självmord behöver inte människan känna någon sådan oro för det kan inte misslyckas. Man dör, man somnar in. Döden blir lugn och trygg under värdiga former. Alla som upplevt en svårt sjuk människas sista dagar vet hur svårt det är; smärtan och slitningen mellan hopp och förtvivlan. Tänk om diagnosen är fel, tänk om allt det här är en mardröm som man snart vaknar ur? Tänk om läkarna blandat ihop journalerna? Tänk om det dyker upp en mirakelmedicin?

Naturligt i vår instinkt kan man börja få dödsångest i mitten av livet. Vi måste plötsligt göra idag vad vi vill, imorgon kan det vara för sent. Någon häri arbetet uttryckte det att ”döden blir en fångvaktare”, vi blir fångna av dödsångest mer eller mindre medvetet och mer eller mindre tidigt. ”Är det lönt att spara till ålderdomen, man kanske inte lever så länge”. Kristdemokraterna menar att aktiv dödshjälp är att frånta människan hennes ”djupare mänskliga behov”. Döendet är en ofrånkomlig del av livet, men frågan är vilka behov som är viktiga med smärtan och lidandet. Anhöriga hinner ställa om sig, den sjuke hinner ta farväl. Moderaterna, Centern, Socialdemokraterna, Folkpartiet, Kristdemokraterna och Vänsterpartiet uttrycker alla vikten i sina svar av bra vård i livets slutskede med

bra smärtlindring. Jag tror en död utan smärta och ångest är viktig. Det senare säger troslärorna naturligtvis också; smärta ska lindras och man ska trösta. Lika viktigt är att vårdpersonalen har tid för den sjuke och att den sjuke känner det. Här känner jag mig tveksam eftersom det är ett faktum i vår tid att vården ska spara. Vi läser om vårdköer, brist på läkare, äldre som glöms bort, avdelningar som måste stänga över semestrar. Det har stått rapporter om att kvalitén på cancervården beror på var i landet man bor; i vissa kommuner finns inte pengarna att ge bra och tillräcklig vård i rätt tid. Här faller riksdagspolitikernas resonemang. Jag tvivlar inte på att samtliga partier verkligen *vill* att bra vård ska vara en självklarhet för svårt sjuka och döende människor. Men hur är verkligheten egentligen? För vårdpersonalen kan det inte heller vara lätt att vårda en lidande människa. Men hur medveten är patienten när döden kommer, oavsett om man dör nedsövd eller får en dödande injektion? Vi har ju i politiken konstruerat döden i och med begreppet hjärndöd, kan man inte då politisera dödandet? Jag förstår att det är svårt och kanske vid en första anblick inte hör hemma i politiken ens, men bör inte medborgaren få ha en sådan önskan och är inte min egen död mitt ansvar. Ger inte min autonomi som människa mig den rättigheten? Hur skulle läkarassisterat självmord uppfattas av läkare och övrig vårdpersonal, av patienter och anhöriga? Då är döden trots allt upp till patienten. Naturligtvis får inte dödshjälp släpps fritt, utan jag håller med i det jag läst att ett beslut om dödshjälp och genomförandet, måste ske efter nogsam eftertanke och noga övervägande av alternativ. Man kunde i lag tydligt avgränsa den kategori av patienter som skulle kunna få dödshjälp och sedan börja försiktigt, som Dan Egonsson föreslog, och utvärdera hur anhöriga och vårdpersonal upplevde situationen. Det hade förmodligen varit aktuellt för ytterst få patienter, då de allra flesta tycks välja att dö naturligt.

Vissa önskar att få avsluta livet, men kanske inte kan göra det själv utan är beroende av hjälp. Anhöriga skall inte vara ställföreträdande för de sjuka säger Centerpartiet, då andra värderingar kan ligga bakom. Det är självklart och viktigt, men de som *av kärlek* önskar att de nära och kära ska få slippa de sista dagarna av lidande blir också själva lidande av förbudet.

Människor kan ses som kalla siffror i vården, som sjuka kostar vi. Är verkligheten så illa i besparingarnas tid att man måste dra ner på behandlingen för varannan exempelvis cancersjuk människa för att ha råd att förlänga livet på en annan dödssjuk? En människa är naturligtvis inte substitut för en annan. Men min fokus är på de patienter som verkligen vill dö, de som tigger om att få somna in och skriker av totalpain-smärta. Ska deras dödslängtan fortsätta ignoreras? Blir inte samhället i sådana fall som de tre aporna som inte vill se, höra eller tala. Kan en klapp på handen och smärtstillande upphjälpa dödslängtan eller lidandet?

Många viktiga frågor måste dock ställas om och om igen. Men varför är passiv dödshjälp bättre än aktiv eller läkarassisterad dödshjälp *för läkaren*, vari ligger skillnaden mellan att någon dör långsamt eller snabbt? Det handlar ju om en människa som *ber om* att få dö. Varför är passiv dödshjälp bättre än aktiv eller läkarassisterad dödshjälp *för patienten*? Är ett lik med ett hjärta som bultar en levande människa? Hur länge ska en människa hållas vid liv? Många äldre människor blir inte behandlade värdigt, det finns inte resurser och ändå har de

arbetat ett helt liv och betalt skatt för att inte få den vård de behöver. Carola berättade för mig att vårdpersonalen inte har tid att sitta ner hos de gamla längre. Jag har läst om äldre som glömts bort, känner äldre som måste läggas klockan 18 för att för lite personal har för mycket att göra, och om äldre som inte längre kan få två ägghalvor för att pengarna inte räcker till. Hur mår människan innerst inne med sådan behandling, det är ju fel och inte människovärdigt och det är knappast personalens fel utan politikens. Om vi talar om människovärde och värdigt slut med den vård många äldre inte får då blir moralfrågan lidande tycker jag. Det är inte konstigt att människor har ångest för döendet. Man kan förlänga livet till nästan vilket pris som helst med vilka medel som helst.

Frågan om dödshjälpens eventuella samband med ett bättre liv blir en svårare diskussion när det berör religionerna. För människor som har sin religion, sin tro och sin övertygelse så ställs förmodligen frågan i en annan dager, döden är ett naturligt avslut på livet. Jag tycker det är viktigt att intressera sig för människolivets innersta tankar när det gäller sin egen död. Helt klart är att det är ett moraliskt problem. Människan ska få dö värdigt enligt Socialstyrelsen, men får inte dö när hon vill som dödssjuk. Är det en förolämpning mot andra religioner att legalisera dödshjälp? Är det en förolämpning mot den sjuke att ofrivilligt tvingas lida? Skulle dödshjälp kunna omvärderas till barmhärtighet istället för mord, därför att *konsekvenserna* är annorlunda, det är handlar om ett *frivilligt* val.

I detta arbete har jag belyst frågan om dödshjälp ur några viktiga samhällsinfluenser. En del åsikter kan tyckas mer främmande, men å andra sidan är det genom att det finns olika sidor som det blir en diskussion. Jag kunde ha resonerat också kring handikappade och dödshjälp. En handikappad människa som önskar dödshjälp kanske inte vill dö för sitt handikapp i sig, utan för att hon eller han lider av svår smärta och inte upplever livskvalitet längre. Man måste tro att de flesta människor inte vill sina nära och kära något ont. Som någon i texten påtalade; ”samhället kan aldrig gå i garant för att medborgarna alltid fattar rätt beslut. Och medborgarna har ingen garanti att staten alltid beslutar rätt”. Det enda som är säkert är att ingen kan veta helt säkert.

7 Slutord

Då jag påbörjade arbetet kände jag mig ytterst osäker. Jag kan hitta trovärdiga argument hos både för- och emotsidan. Jag är också rädd för döendet och döden, inte bara min egen utan också i högsta grad min familjs. Ingen i min familj ska bli sjuk och ingen ska lida. Men jag måste också vara realistisk. Många människor insjuknar, varav en del inte går att bota. Hur mycket har jag inte själv sett, läst och lärt av vad exempelvis cancersmärta innebär. Så länge det finns liv så finns det hopp och jag skulle vilja att läkarna gjorde allt i sin makt för min familj, men jag önskar ingen av dem ett långt, smärtsamt och förfärligt lidande. Min fråga var alltså *Kan dödshjälp i något fall sägas vara så rationellt, förståligt och genomtänkt att det bör tillåtas enligt lag som en naturlig mänsklig rättighet och att vetenskapen att det finns, indirekt kan leda till ett bättre liv?* Jag tror att jag nu kan svara ja på den frågan... eller?

8 Referenser

Litteratur

Ambjörnsson, Ronny, 2004. *Fantasin till makten! : utopiska idéer i västerlandet under femhundra år*. Stockholm: Ordfront Förlag.

Austad, Torleiv, *Dödshjälp ur ett samhällsetiskt perspektiv. sid 115-123 i Landgren, Magnus, Månsson, Ingmar, Dotevall, Leif, 1998. Dödshjälp eller livshjälp – om människosyn, ansvar och integritet i livets slutskede. Ett samarbete mellan Kristina läkare och Medicinare i Sverige*. Göteborg: Trots Allt böcker

Bauby, Jean-Dominique, 1997. *Fjärilen i glaskupan*, Stockholm: bokförlaget DN.

Beck-Friis, Barbro, *Vård i livets slutskede. sid 21-33 i Landgren, Magnus, Månsson, Ingmar, Dotevall, Leif, 1998. Dödshjälp eller livshjälp – om människosyn, ansvar och integritet i livets slutskede. Ett samarbete mellan Kristina läkare och Medicinare i Sverige*. Göteborg: Trots Allt böcker

Bergström, Göran, Boréus, Kristina, 2000. *Textens mening och makt – metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Lund: Studentlitteratur

Beskow, Jan, *Hjälp att leva och hjälp att dö – ett suicidologiskt perspektiv. sid. 89-107 i Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore, 2005. Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur.

Bischofberger, Erwin, *Rätten till en värdig död. sid. 35-48 i Etiska vägmarken 5. Eutanasi – en debattskrift, 1992*. Stockholm: Statens Medicinsk-Etiska Råd.

Bjereld, Ulf, Demker, Marie & Hinnfors, Marie, 2002. *Varför vetenskap?* Lund: Studentlitteratur.

Bråkenhielm, Carl-Reinholm, *Lidandet som livsfråga. sid. 201-215 i Kallenberg, Kjell, 1992. Lidandets mening*. Stockholm: Natur och kultur.

Carlberg, Axel, *Om livets helgd. sid. 133-149 i Landgren, Magnus, Månsson, Ingmar, Dotevall, Leif, 1998. Dödshjälp eller livshjälp – om människosyn, ansvar och integritet i livets slutskede. Ett samarbete mellan Kristina läkare och Medicinare i Sverige*. Göteborg: Trots Allt böcker

- Esaiasson, Peter, Gilljam, Mikael, Oscarsson, Henrik & Wängnerud, Lena, 2004. *Metodpraktikan – konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Frankl, Viktor E, 1996. *Livet måste ha en mening*. Stockholm: bokförlaget Natur och Kultur.
- Hermerén, Göran, *Den svåra gränsen. Om eutanasi, dubbla avsikter och effekter. sid. 93-131 i Etiska vägmarken 5. Eutanasi – en debattskrift, 1992*. Stockholm: Statens Medicinsk-Etiska Råd.
- Holmberg, Johan, Eutanasi. En verklighetsflykt? sid. 57-66 i *Etiska vägmarken 5. Eutanasi – en debattskrift, 1992*. Stockholm: Statens Medicinsk-Etiska Råd.
- Jersild, P C, *Argument för hjälp att dö. Sid. 233-241 i Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore, 2005. Att få hjälp att dö- synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur.
- Jersild, P C, *Är det en plikt att leva? sid. 21-34 i Etiska vägmarken 5. Eutanasi – en debattskrift, 1992*. Stockholm: Statens Medicinsk-Etiska Råd.
- Johannisson, Karin, *Att lida och fördraga. sid. 112-123 i Kallenberg, Kjell, 1992. Lidandets mening*. Stockholm: Natur och kultur
- Kallenberg, Kjell, Den mognade sorgen. sid. 138-152 i *Kallenberg, Kjell, 1992. Lidandets mening*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kuhlmann, Andreas, 2001. *Livets och dödens politik*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- McMahan, Jeff, 2002. *The Ethics of Killing – Problems at the margins of life*. Oxford: Oxford University Press.
- Nilson, Peter, *Trollkarlens flykt. sid. 14-33 i Kallenberg, Kjell, 1992. Lidandets mening*. Stockholm: Natur och kultur.
- Nilstun, Tore, Lundqvist, Anita, Löfmark, Rurik, 2006. *Etik och ansvar i sjukvården - från sinnelag till situation*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilstun, Tore, Löfmark, Rurik, *Dödshjälpsdebatten i Sverige – förekomst, attityder och argument. sid. 109-122 i Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore, 2005. Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordin, Svante, 1999. *Det politiska tänkandets historia*. Lund: Studentlitteratur.

- Odén, Birgitta, Persson, Bodil E B, Werner, Yvonne Maria, 1998. *Den frivilliga döden*. Stockholm: bokförlaget Cura.
- Ottosson, Jan-Otto, Eutanasi. En veterinär – eller humanmedicinsk angelägenhet? sid. 49-56 i *Etiska vägmarken 5. Eutanasi – en debattskrift*, 1992. Stockholm: Statens Medicinsk-Etiska Råd.
- Ringskog, Susanne, *En psykiaters syn på läkarassisterat självmord och dödshjälp. sid 67-81 i Landgren, Magnus, Månsson, Ingmar, Dotevall, Leif, 1998. Dödshjälp eller livshjälp – om människosyn, ansvar och integritet i livets slutskede. Ett samarbete mellan Kristina läkare och Medicinare i Sverige*. Göteborg: Trots Allt böcker
- Sachs, Lisbeth, *Lidande som kommunikation – ett mänskligt fenomen sett i sitt kulturella sammanhang. sid. 124-137 i Kallenberg, Kjell, 1992. Lidandets mening*. Stockholm: Natur och kultur.
- Sanner, Margareta, *Döden – vårt gemensamma livsvillkor. sid. 21-32 i Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore, 2005. Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur.
- Sundström, Per, 1996. *Sjukvårdens Etiska Grunder*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- Ternestedt, Britt-Marie, *Hjälp att leva livet ut. sid. 73-88 i Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore, 2005. Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur.
- Topor, Alain, *Lidandets meningar. sid. 80-94 i Kallenberg, Kjell, 1992. Lidandets mening*. Stockholm: Natur och kultur.
- Tännsjö, Torbjörn, 1998. *Vårdetik*. Stockholm: Thales.
- Tännsjö, Torbjörn, 2001, *Du skall understundom dräpa*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.
- Werner, Mads, *Att undanröja svåra smärtor. sid.37-54 i Westrin, Claes-Göran, Nilstun, Tore, 2005. Att få hjälp att dö – synsätt, erfarenheter, kritiska frågor*. Lund: Studentlitteratur.

Artiklar

Beauchamp, Tom L, 2004. "A merciful End – The Euthanasia Movement in Modern America", *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 78 Nr 1, s. 259-260

Gill, Carol J, 2004. "Depression in the context of disability and the "right to die", *Theoretical Medicine and Bioethics*. Vol. 25 Nr. 3, s. 171-198.

Kleespies, Phillip M.; Hughes, Douglas H.; Gallacher, Fiona P, 2000. "Suicide in the Medically and Terminally Ill: Psychological and Ethical Considerations", *Journal of Clinical Psychology*. Vol 56 Nr. 9, s. 1153-1171.

Maltsberger, John T, 1998. "AN EXPLICATION OF RATIONAL SUICIDE: ITS DEFINITIONS, IMPLICATIONS, AND COMPLICATIONS", *Journal of Personal & Interpersonal Loss*. Vol 3 Nr. 2, s. 177-193.

James R. Rogers; Christine M. Gueulette; Jodi Abbey-Hines; Jolynn V. Carney and James L. Werth Jr, 2001. "RATIONAL SUICIDE: AN EMPIRICAL INVESTIGATION OF COUNSELOR ATTITUDES", *Journal of Counseling & Development*. Vol 79 Nr 3, s. 365-373

Mirer, Thad W, 1998, Rational Suicide and the Optimal Length of Life, *Department of Economics, State University of New York at Albany*. **Ingen övrig hänvisning.**

Rachels, James, 1975. Active and Passive Euthanasia. *The New England Journal of Medicine*, vol 292, no 2. sid. 78-80

Singer, Peter, 1979. *Justifying Voluntary Euthanasia* ur Singers bok *Practical Ethics*, Cambridge: Cambridge University Press.

Internet

Internet 1: http://www3.ur.se/Veteran/templates/ArticlePage___3700.aspx - tillgänglig 12 april

Internet 2: <http://www.sos.se/sos/laginfor/hjarndod.htm#10> – tillgänglig 27 april

Internet 3: http://www3.ur.se/Veteran/templates/ArticlePage___3699.aspx - 12april

Internet 4: <http://www.deathwithdignity.org/historyfacts/> - 16 april

Internet 5: Struken

Internet 6: <http://www.worldrtd.net/> - 12 maj

Internet 7: Struken

Internet 8: <http://dictionary.cambridge.org/define.asp?key=79686&dict=CALD> – 18 april

Internet 9: http://www.sos.se/sosfs/2005_10/2005_10.htm - tillgänglig 27 april

Internet 10: http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1582 – tillgänglig 27 april

Internet 11: http://www.svls.se/pa_gang/3366.cs?cs_dirid= - tillgängligt 3 maj

Internet 12: www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=2219&a=514833&previousRenderType=3 – tillgänglig 3 maj

Internet 13: http://www.svd.se/dynamiskt/inrikes/did_6712668.asp - tillgänglig 3 maj

Internet 14: <http://www.aftonbladet.se/vss/nyheter/story/0,2789,767193,00.html> – tillgänglig 3 maj

Internet 15: <http://www.respektivet.nu/Templates/Article1.aspx?PageID=4e122272-cc9d-443d-8ad8-523bdce18942> – tillgänglig 7 maj

Internet 16: http://www.lakartidningen.se/old/content_0443/3349.html - tillgänglig 8 maj

Internet 17: <http://www.lakartidningen.se/engine.php?articleId=6544> – tillgänglig 8 maj

Internet 18: <http://www.rtv.dn.se/livstestamente.asp> - tillgänglig 9 maj

Internet 19: <http://www.dignitas.ch/> - tillgänglig 9 maj

Internet 20: <http://www.rtv.dn.se/default.asp?action=aktuellt&id=119> – tillgänglig 9 maj

Internet 21: <http://www.filosofi.gotland.se/humeslag.htm> - tillgänglig 9 maj

Annat

SOU 2000:6 Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut

Kristdemokraternas svar är ordagrant men komprimerat från i ett mail bifogad debattartikel: ”Livshjälp istället för dödshjälp”, debattör: Chatrine Pålsson Ahlgren (kd)

SOSFS 2005:10 Kriterier för bestämmande av människans död

SOSFS 2005:10-11 Socialstyrelsens föreskrifter om fortsatta medicinska insatser efter en människas död samt om donationsansvarig läkare och kontaktansvarig sjuksköterska

Nationalencyklopedin, 1994. Höganäs: Bra Böcker AB

Dödshjälp och Hospice, Motion till riksdagen 1999/2000:So310 av von Essen, Gustaf (m)

SOS 1992:2, Livsuppehållande åtgärder i livets slutskede, Socialstyrelsen.

Sveriges Lagar, 2005. Stockholm: Thomson Fakta AB

Som bilaga finns mitt varma tack till alla de som hjälpt mig samt en ordlista med begreppsförklaringar

Varmt Tack!

Till alla er som tog er tid att diskutera frågan, för ert vänliga bemötande, för hjälpen, boklån, boktips, informativ föreläsning och vägledning;

Susanne Lundin, professor, Etnologiska Institutionen, Lund
Nils Blom, chefsjurist, rättssekreteriatet, Socialstyrelsen, Stockholm
Dan Egonsson, universitetslektor, Filosofiska Institutionen, Lund
Eva Norström, universitetslektor, Etnologiska Institutionen, Lund
Åsa Westrin, överläkare, psykiatri, Universitetssjukhuset (föreläsare)
Ann Heberlein, tf universitetslektor, Centrum för teologi och religionsvetenskap, Lund och Stockholm (föreläsare)
Ingrid Ågren-Bolmsjö, präst och forskare vid Vårdalinstitutet, Medicinsk Etik, Lund samt Malmö Högskola.
Maud Klerby, Centerpartiet
Anna Prucha, Folkpartiet liberalernas riksdagskansli
Erik Slottner, Kristdemokraterna
Karin Berg, Socialdemokraterna (S)var Direkt
Maya Ek, Vänsterpartiets riksdagskansli
Sandra L, Nya Moderaterna
Johan Schiff, Miljöpartiet de Gröna

Annika ... Universitetssjukhuset
Tommy ... Universitetssjukhuset
Carola ... Äldrevården
Lilian, Judiska föreningen
Anna Malmqvist, Svenska kyrkans informationsservice
Abd al Haqq Kielan, ordförande och imam, Svenska Islamiska samfundet
Peter Fresman, präst, Katolska Kyrkan
Anders Piltz, professor i latin, präst och dominikan, Språk- och Litteraturcentrum, Lunds Universitet

Jag fick av en läkare tips om en undersökning som nyligen genomförts av Svenska Läkarförbundet i frågan, men det visade sig då jag kontaktade dem att undersökningen var så nyligen avslutad att resultatet ännu inte var möjligt att presentera.

ORDLISTA eller BEGREPPSFÖRKLARINGAR

Här nedan förklaras viktiga och nära relaterade begrepp utan inbördes rangordning, som en hjälp för att förstå och kunna sätta sig in i den komplicerade diskussionen.

Att fastställa döden

”Det finns olika vedertagna undersökningsmetoder när det gäller att fastställa en total hjärninfarkt och det går med hjälp av dessa att med absolut säkerhet säga att hjärnan är död. Läkaren följer ett kontrollprogram två gånger med minst två timmars mellanrum. En människa dödsförklaras när undersökningen visat att hjärnan är död. Det är inte tillåtet att titta i Donationsregistret före en patient är förklarad död. (Internet 2)

Beslutet om dödshjälp

Tre intellektuella definitioner på *beslutet* om dödshjälp är exempelvis

”att avsluta livet före den maximalt möjliga högsta åldern” (Miser 1998:18) och

”a sane, well thought-out decision by an individual who is *mentally competent*, and who is capable of reasoning and choosing the best alternative among the many available” (Gallagher, Thomson & Osgood i Gill 2004:7) och

“The merciful end” (Beauchamp 2004).

Intressant för uppsatsens diskussion kan den engelska benämningen för eutanasi vara: *rational suicide*; där *rational* syftar på ”showing clear thought or reason” och *suicide* ”the act of killing yourself intentionally” (Internet 8).

Poängen är; kan dödshjälp i något fall sägas vara rationellt, förståligt och genomtänkt?

Dödsorsaker

Förr trodde man att hjärtat var viktigast, numera vet man att andningen styrs från hjärnan. I samma stund som hjärtat slutar slå, upphör också andningen. Hjärnan får då inget syresatt blod utan dör efter bara ett fåtal minuter. En människa är således inte död för att hjärtat slutar slå, det är dock den *vanligaste* dödsorsaken. Därför är det viktigt att försöka hålla igång hjärtat.

Den *andra vanligaste* dödsorsaken gäller endast för människor med respiratorvård som konstaterats ha en så svår skada på hjärnan ”att alla dess funktioner helt och hållet försvunnit”. Detta kallas *total hjärnfarkt*.
(Internet 2, se också t ex Internet 10)

Dödssjuk

Dödligt sjuk kan man anses vara när inga kända botemedel finns och när patienten inte förväntas leva mer än sex månader från att diagnosen är ställd (Kleespies et al 2000:7) (Abeles & Barlev 1999:229).

”Det finns människor som svälter ihjäl och det är grymt” (Annika)

Dödsångest och ångest för döendet

Ofta är det dödsångesten som ger outhärlig smärta för svårt sjuka människor, ångesten är många gånger värre än själva sjukdomen och upplevs som fysisk (Annika). Den fysiska smärtan är svår att urskilja i ångesten och rädslan för döden (Etiska vägmarken 5 1992:17). Döden är negativt laddad och det är en naturlig nästan instinktiv reaktion att känna ångest inför den. Många känner rädsla och avsky inför döden (Beskow 2005:91). Som död saknar man existens, man finns inte. I alla tider har man genom olika dödsrelaterade bilder av allt från helvetet till liemannen, hållit dödsångesten hos människor vid liv. På det yttersta skulle människan stå för sina handlingar. Människan undviker döden, rädslan för den driver på vår överlevnadsinstinkt, dödsångesten hjälper oss således att se faror. Ångest för döendet är en jämförelsevis nyuppkommen ångest, eftersom många har upplevt någon döende kanske i en utdragen dödsprocess med stort lidande. Att exempelvis hamna på långvården som ett kolli skrämmer. Att dö ensam skrämmer också. De flesta önskar dö ”knall och fall, i hög ålder och fullt frisk, helst i sömnen” (Sanner 2005:23-27, citat sid. 25)

Dödsprocessen

Dödsprocessen är ett naturligt förlopp i döendet. Den döende börjar avskärma sig allt mer och omvärlden krymper, man går in i sig själv. Man slutar äta och till slut slutar man också dricka. (Carola) Timmarna före döden drabbas så många ”som upp till 90 % av patienterna på hospice av desorientering” (Werner 2005:39). Som vårdpersonal så vet man när någon kommer att dö och allt görs för att underlätta den sista tiden. Man har aktiva åtgärder för att skänka symptomlindring vilket görs i samråd med patienten. Det är alltid patienten som bestämmer.

”En del sjuka önskar att få sova sista tiden. Vi ger då ett avslappningsmedel i dosinställning via dropp. Medlet ger minnesluckor men känns inte obehagligt, det

är samma medel som man ofta ger till barn inför en väntande operation (se också Etiska vägmarken 5, 1992:18). En del sjuka vill prova att få sova lugnt på nätterna, andra vill sova i dagar i sträck. Vi väcker dem som önskat så, det kan vara för att de väntar besök någon dag eller bara vill vara vakna en förutbestämd förmiddag exempelvis. Vetskapen om att få möjlighet att sova sista tiden är en befrielse för många döende patienter, dels för att slippa smärtan och dels för att slippa rädslan inför döden”. (Annika) (läs också Ternstedt 2005:85)

De sista dagarna av livet kan innehålla också andra symptom än själva smärtan; ”långsam kvävning, förlamningstillstånd, stopp i tarmarna, svår ångest och skräck” (Etiska vägmarken 5 1992:19). Poängen är: finns det någon vettig mening med att behöva genomlida de sista dagarna av dödsprocessen?

Godhetsprincipen, Rättvis principen samt Principen att inte skada

Sjukvårdens fundamentala uppgift är naturligtvis att värna om människoliv! Alla människor har en skyldighet att hjälpa andra och det gäller inte minst sjukvårdpersonal. All sjukvård ska utövas med respekt för människors lika värde. Grundregeln inom vården är också att inte tillfoga patienter någon skada. Eventuella biverkningar räknas bort då sådana måste vägas mot fördelarna och behovet. (ur SOS 1992:2, sid. 11) Min poäng är, ska vården vars huvuduppgift är att rädda liv plötsligt bli ombedda att avsluta liv.

Lagen i Sverige om döden

År 1988 började lagen om Kriterier för bestämmande av människans död SFS 1987:269 gälla. Före denna lag var det osäkert om en hjärndöd människa skulle räknas som död. Lagen blev förnyad år 2005 (SOSFS 2005:10).

I SOSFS 2005:10, i det *andra kapitlet 1 §* står tydligt: ” Enligt 1 § lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död är en människa död när samtliga funktioner totalt och oåterkalleligt har fallit bort i hjärnans alla delar, dvs. total hjärninfarkt” (t ex Internet 9, Internet 2)

Lagliga undantag i världen

Nederländernas parlament beslutade år 2001 om ”straffbefrielse” för läkare som väljer att ge aktiv eller läkarassisterad dödshjälp till dödssjuka patienter. Dödshjälpen sker efter ett medgivande av läkaren och är inte en självklar rättighet (Tännsjö 2002:61) Processen har dock rigorösa regler; det måste bland annat vara ställt bortom alla tvivel att den obotligt sjuke patientens önskan om dödshjälp är noga genomtänkt och lidandet outhärdligt. Belgien följde efter Nederländerna och resonemanget är ungefär detsamma. I Schweiz är endast läkarassisterat självmord lagligt. Ideella organisationer i Schweiz

arbetar för och hjälper dödssjuka människor att begå självmord på lämpade kliniker. (Internet 3, Internet 19) Slutligen, i Oregon genomfördes en folkomröstning på invånarnas initiativ i frågan 1994. Resultatet av omröstningen blev 51 % för dödshjälp, vilket kan sägas visa hur svår frågan är. 1997 beslutades i högsta domstolen att läkarassisterat självmord är lagligt. Patienten måste bo i Oregon, vara ohjälpligt sjuk, myndig och kunna fatta sina egna beslut. Intressanta fakta i sammanhanget kan de amerikanska myndigheternas statistik som säger att 1998-2006 valde 292 delstatsbor att avsluta sina liv på medicinsk väg, medan drygt 85 000 valde att dö naturligt av motsvarande sjukdomar. (Internet 4) (Abeles et al 1999)

Ledsenhet eller depression

Att vara ledsen påverkar en, men det dagliga livet kan skötas ändå. Depression däremot är en oerhört arbetsam sjukdom, kroppen förlamas mer eller mindre. Allt är trögt, livet är en enda lång negativ tunnel utan minsta ljus och utan nödutgång. Man somnar med ångest och vaknar med ångest. Skuld känslor sliter i en. Hopplösheten eller värdelösheten är nästan total. Inget är roligt. Man sover oroligt och lite eller som en motpol jättemycket. Som deprimerad har man återkommande tankar på döden. Som läkare måste man göra en suicidriskbedömning i vilken man bland annat undersöker patientens livslust, självmordstankar, självmordsplaner. Cirka 1500 suicidfall fångas upp i Sverige per år, vilket är ett halverat antal sedan 1980-talet. (Åsa Westrin)

”Leva låta dö”

Diskussionen i Sverige har aktualiserats sedan det så kallade Jocke-fallet visades på TV år 2006. Jocke låg totalt förlamad efter en bilolycka och var livsberoende av en respirator, han och hans fru förde en lång och arbetsam kamp mot myndigheterna om Jockes vård. Han fann sitt liv meningslöst och ville dö. Då lagen i Sverige inte tillåter dödshjälp fick Jocke hjälp att resa till Schweiz där han avslutade sitt liv på en klinik (se t ex Internet 12, 13, 14). Diskussionen har efter Jockes död tagit ny fart och man pratar mer om att ta större hänsyn till patientens vilja och ge vård i samråd med patienten. Patienten måste dock vara ”kapabel”. Diskussionen om dödshjälp är mycket komplicerad. Gränsen mellan dödshjälp och exempelvis så kallad terminal sedering, det vill säga ge stora mängder morfin som i sig kan innebära en risk att dö tidigare, kan sägas vara hårfin. Lika svårt är det att diskutera vad som är tvångsvård. I Regeringsformens 2 kapitel 6§ står att ”varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp även i annat fall än vad som avses i 4§ (dödstraff) och 5§ kroppsstraff”. Det kan tolkas att människan inte får utsättas för tvångsvård och att man inte får utföra kroppsliga ingrepp utan patientens godkännande. Kan det uppfattas som tvångsvård när man tvingar en kapabel men döende patient som önskar att få somna in att leva? Det har varit förhållande vis få fall i Sverige och de politiska partierna har inte tyckt att frågan lämpat sig för lagstiftning. Det finns heller inga domstolsbeslut om dödshjälpsfall och det är svårt att förutspå om det skulle bli

åtal idag i ett fall som Jocke då han så uttryckligen önskade att få dö. Både läkarna och rättsväsendet vill ha tydligare riktlinjer (Nils Blom, Socialstyrelsen). (se också <http://www.rtv.dn/default.asp?action=aktuellt&id=140>)

Livstestamente

Ibland annat Holland och Nederländerna kan patienten direkt eller via ett skrivet "livstestamente" önska dödshjälp. Livstestamentet får vara max fem år gammalt, är till hjälp om patienten har blivit hjärndöd eller på annat vis förlorat medvetandet permanent (Internet 4). I Sverige har frågan om livstestamente på senare år diskuterats på riksdagsnivå. I den svenska versionen ska patientens vilja att inte hållas vid liv vid svår sjukdom tydligt framgå och handlingen ska upprättas med juridisk hjälp (se t ex Motion till riksdagen 1999/2000:So310, Internet 18). Livstestamente kan vara till hjälp för att planera den vård man önskar i slutet (Ternstedt 2005:85).

Livsuppehållande åtgärder

"Med livsuppehållande behandling avses exempelvis behandling med respirator, dialys, sondmatning och vätsketerapi men även behandling med antibiotika, insulin och vätskedrivande medel kan i vissa situationer uppfattas som livsuppehållande behandling". (Svenska Läkaresällskapet, Internet 11) Strålning och cellgift, dialys, insulin, blodtrycksmedicin och antidepressiva medel, allting är direkt eller indirekt livsnödvändiga behandlingsmetoder (Annika). Det är en vanlig felaktig uppfattning att döende människor dör av ökad morfindosering därför att människor som går på morfin och som behöver det för att kunna leva utan smärta, utvecklar en tolerans mot morfinet. Vid en ökad dosering av morfin, får ofta patienten ett något bättre liv. Däremot får man inte ge ökad dos om inte patienten reagerar på positivt på morfinet, då kan man däremot få andnöd, hjärtsvikt och död (Etiska vägmarken 5 1992:18)

Mellan liv och död

De medicinska framstegen gör att människor kan hållas vid liv allt längre, men då dyker frågor upp såsom vad är värdet i den förlängda tiden. Även ett förhållandevis enkelt hjälpmedel såsom näringsdropp kan förlänga livet för exempelvis människor med permanenta och svåra hjärnskador i årtal, årtionden till och med. (Kuhlmann 2001:149-150)

Människovärdet

Livet! Det viktigaste och mest speciella värdet av alla för människan ... människovärdet är baserat på själva livet och tar vare sig hänsyn till karaktärsdrag eller ställning (Sundström 1996:45). I Regeringsformen och i FN stadgan står det att alla människor är lika mycket värda, men min poäng är, är det sanningen, är alla människors *liv* lika mycket värda i alla situationer? Det får aldrig gå så långt att en människa ses som en vara bara kan slängas.

Osäkerhetsfaktorerna

Jag har valt att kalla dem osäkerhetsfaktorer, det oändliga antalet viktiga och angelägna frågor som dyker upp direkt sammankopplade med uppsatsens frågeställning. Frågorna kan vändas och vridas på, ingen kan sägas ha vare sig rätt eller fel, ialla fall inte helt fel eller helt rätt. Alla frågor kan kanske egentligen sägas mynna, utan minsta mening att förringa problemet, ut i åtminstone två enorma och svåra frågegrupper;

Varför bör man eller inte, godkänna aktiv eller läkarassisterad dödshjälp enligt lag? Varför önskar vissa patienter att få hjälp att dö?

Själv mord

Då självmord ligger nära diskussionens kärna känns det viktigt att definiera:

”Man önskar sin egen död, och man söker den” (Tännsjö 2001:63)

”Den frivilliga döden, en frihetshandling” (Odén, Persson & Werner 1998).

Att medvetet och avsiktligt avsluta sitt eget liv, den självmordsbenägne är styrd av känslor, hopplösheten är fullkomlig och andra tänkbara alternativ är uteslutna eller övervägs inte (Kleespies, Hughes & Gallacher 2000:10) (Maltsberger 1998:1).

”The person considering suicide has an unremitting *hopeless condition*. Hopeless conditions include, but are not necessarily limited to, terminal illnesses, severe physical pain, and/or psychological pain, physically or mentally debilitating and/or deteriorating conditions, or quality of life no longer acceptable to the individual” (Rogers, Gueulette, Abbey-Hines, Carney & Werth Jr. 2001:3).

Min poäng är således om en självmordsbenägen människa till fullo är kapabel att resonera, överväga och förstå att andra alternativ kan finnas.

Smärta

”Smärtan har tre olika beståndsdelar; Fysiska, psykiska och existentiella. Till det senare hör känslor av skuld, ensamhet, meningslöshet, orättvisa och dödsångest”. Till psykiska eller psykosociala hör ”ångest, oro, nedstämdhet, depression, minskad arbets- och socialförmåga”. (Werner 2005: 37)

The World Federation of Right to Die Societies

I allt fler länder börjar frågan om döendet diskuteras, organisationer har bildats som arbetar med frågan om att människan själv ska få välja en värdig död. Man menar att döendet kan vara långdraget och lidandet enormt. Att ligga svårt sjuk på sjukhem och få medikamenter för att förlänga livet med flera år utan möjlighet till ett privatliv är inte värdigt. (Internet 6) Svenska Rätt till vår Död är medlem i den världsomspännande organisationen (se t ex Internet 20).

Total Pain

Inom sjukvården talar man om total pain vilket innefattar outhärdlig existentiell smärta; patienten har gränslösa fysiska och psykiska smärtor (Annika). Den fysiska smärtan kanske är lättare för människan att identifiera sig med. Men permanent fysisk smärta nöter på kroppen både kroppsligt, men också i högsta grad psykiskt. Psykisk smärta är en djävulsk upplevelse som är lika påtaglig som den fysiska, och ”även om den smärtan kommer inifrån själen och man alltså inte har något synligt sår kan man ändå skrika av smärta” (Tommy). Min poäng är således; den outhärdliga smärta (den döende patienten) genomlider måste betänkas. Man vet idag att ”centra för psykisk och fysisk smärta ligger nära varandra i hjärnan” (Beskow 2005:91).

Åtta etiska riktlinjer för svenska läkare

Åtta etiska riktlinjer kring frågorna om att ”avstå från och att avbryta livsuppehållande behandling” formulerades vid en workshop för läkare i april 2006”. Här nedan återges några av punkterna relevanta för arbetet, i förkortad framställning:

1) Om en patient är beslutskapabel, välinformerad och införstådd med konsekvenserna av olika behandlingsalternativ ska läkaren respektera patientens önskan om att livsuppehållande behandling inte inleds och att redan inledd behandling avslutas.

2) Om en patient inte längre är beslutskapabel och fortsatt behandling inte gagnar patienten bör man respektera patientens tidigare uttryckta önskan om att avstå från att påbörja eller avbryta livsuppehållande behandling.

3) Om en patient inte är beslutskapabel och det inte finns muntliga eller skriftliga direktiv om patientens önskan, bör läkaren om möjligt samråda med de närstående och försöka ta reda på vad patienten skulle ha önskat om han eller hon varit beslutskapabel.

8) I samband med avslutande av en livsuppehållande behandling måste man se till att patienten erbjuds adekvat palliativ vård, oavsett om patienten befinner sig i livets slutskede eller önskar avsluta livsuppehållande behandling av en kronisk sjukdom.

De borttagna punkterna berör dilemmat med sjuka barn (4), självmordsbenägna patienter (5), ovisshet om behandling verkligen gagnar patienten och att den under sådana omständigheter kan avbrytas (6) och slutligen (7) belyser vikten av att alltid inleda behandling vid oviss prognos. Läkaren ska alltid erbjuda lämplig palliativ behandling och läkaren har det slutgiltiga ansvaret för beslutet att avstå från att inleda eller avbryta behandling”. Poängen här är vad är egentligen skillnaden mellan passiv och aktiv dödshjälp och i samtliga punkter framgår vikten av att samråda med patienten.

(för ursprunglig version, se Svenska Läkaresällskapet, Internet 11)

Överlevnadsinstinkten

Viktigt i allra högsta grad i sammanhanget! Människans överlevnadsinstinkt är oerhört stark och de flesta vill trots allt klamra sig fast vid livet.

”Intressant är att många svårt sjuka patienter har tillgång till så mycket medicin att de enkelt skulle kunna ta sitt eget liv om de så önskade, men de allra flesta väljer ett naturligt dödande” (Annika).