

KAPITEL 2

Döden – en del av livet



*”Döden får inte vara farlig.
Jag måste ju möta den.
Du med.”*

Kristian Gidlund



Vi vet alla med säkerhet att vi en gång kommer att dö. Döden är en del av livet och kan inte undvikas. Oftast dör människor sent i livet, vanligen på grund av svåra och långvariga sjukdomstillstånd. Ibland drabbas också yngre personer av livshotande sjukdomstillstånd och död.

Då vi närmar oss livets slut kommer vi att utsättas för problem av fysisk, psykisk, social och existentiell karaktär. Problemen är ibland kopplade till en specifik sjukdomsdiagnos men särskilt under den allra sista tiden i livet är de symtom och svårigheter vi drabbas av ofta av likartad natur. Kunskapen om och förståelsen för den process som leder fram till döden är ganska ny och har förändrat vår syn på döden.

Synen på döden

Fram till senare delen av 1800-talet men även in på 1900-talet var döden en naturlig del i människors vardag. Medellivslängden var kort och möjligheterna att behandla olika sjukdomar var små. De sjuka och döende vårdades oftast i hemmet. Flera generationer levde tillsammans och även barnen var delaktiga vid ett dödsfall. Ritualer och symboler var viktiga för familjen men även för övriga släktingar, vänner och grannar. Döden gjordes synlig på olika sätt. Flaggan hissades på halv stång, de sörjande bar svarta kläder, sorgflor eller sorgband. Det var också vanligt att man placerade granris vid sorgehuset eller längs begravningsstågets väg. Särskilda regler gällde för de sörjandes umgänges- och sällskapsliv. Änkan eller änklungen fick till exempel inte gifta om sig innan sorgeåret var till ända.

Ritualerna i samband med dödsfallet och begravningen var ett sätt att visa sin aktning för den döde och att markera hans ställning som samhällsmedborgare. Endast människor som stod utanför samhällsgemenskapen begravdes i tysthet.

I takt med att samhällsstrukturen förändrades och sjukdom och död flyttade in på sjukhus och institutioner, minskade de gamla ritualernas och symbolernas betydelse. Döden blev alltmer en privat angelägenhet för de närmaste. Idag är det vanligt att begravningar sker i stillhet, i kretsen av familjen. På senare tid har man dock kunnat märka en tendens till att det utvecklas nya traditioner vid dödsfall. Det har till exempel blivit allt vanligare att man, i samband med dramatiska och oväntade dödsfall, placerar blommor eller tänder ljus på platsen där dödsfallet ägt rum. I samband med Allhelgonahelgen är det vanligt att tända ljus på och smycka gravplatserna till minne av de döda.



I och med att döendet och döden blev en angelägenhet för sjukvården upphörde den att vara en naturlig del i människors liv. Ansvaret för den döendes vård flyttades över från familjen till läkare och annan sjukvårdspersonal. Döden gömdes undan och man slutade prata om den. Det har bland annat medfört att många yngre människor aldrig har varit med vid något dödsfall. Den bild de har av döendet och döden kanske bara är den som förmedlas via teves dagliga nyhetssändningar eller filmer som skildrar krig och våld. Det är en bild som knappast kan ge oss en uppfattning om hur döden ser ut när vi mister någon närstående.

Synen på döden kan ofta skilja sig i olika kulturer, i olika delar av landet, i olika familjer, men kan även variera mellan individer. För den som arbetar med döende människor är det viktigt att då och då reflektera över den egna synen på döendet och döden och i vilken utsträckning den påverkar bemötandet av de människor man ska vårda.

Hur definierar man begreppet död?

Vad händer när man dör och hur definieras begreppet död? Enkelt uttryckt kan man beskriva döden som det ögonblick då livsprocesserna definitivt upphör. Det innebär att döden inträffar när hjärnan inte längre förmår samordna kroppens alla delfunktioner. Exempel på sådana delfunktioner är näringsupptag, ämnesomsättning, utsöndring, spontan aktivitet, fortplantning och förmåga att reagera på yttre påverkan. Hos den döda människan finns inte heller någon psykisk aktivitet.

Den process som leder till döden startar redan i unga år med degeneration av celler och organ och nedsättning av olika kroppsliga funktioner. Det är en process som går i allt snabbare takt med stigande ålder och till sist leder till att människan dör. Det är en naturlig och förutbestämd utveckling som bestäms av vår arvs massa. Sjukdom eller yttre påverkan påskyndar ofta processen.

Dödens inträde är, i juridisk mening, enligt Lag (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död, den tidpunkt då hjärnans aktivitet upphör. Det visar sig genom att den döde slutar andas, hjärtat slutar slå och inga reflexer kan registreras.

Synliga tecken på att en människa är död är likblekhet, dödsfyla, grumlad hornhinna, likfläckar (blåsvart missfärgning av huden) och likstelhet.

Döendet – en process

Innan man inom medicinen hade tillgång till de moderna läkemedel och behandlingsmetoder som finns idag, hade sjukdomar i regel ett hastigt förlopp. Det innebar att vårdtiden var kort och att vården inte krävde särskilt stora resurser.

Idag är situationen den motsatta. Vi lever allt längre. Då vi blir sjuka och vårdas den sista tiden i livet är förloppet oftast långdraget. Man räknar med att majoriteten, cirka 80–90 procent av dem som dör idag, dör den så kallade ”långsamma döden”. Många gånger är vården komplicerad och kräver omfattande resurser och hög kompetens hos vårdpersonalen.

Då vårdens inriktning övergår från att ha varit botande till att bli lindrande och stödjande, inleds den process som slutligen leder till döden. Döendet ska alltså inte ses som en händelse utan ett skeende över längre tid, där den som vårdas i livets slut och hans närstående har behov och problem av varierande slag. Behovet av insatser är beroende av i vilket skede av sjukdomen den sjuke befinner sig. I den palliativa vården kan man, genom att sträva efter en gemensam uppfattning om vårdprocessen, skapa goda förutsättningar för en god samverkan i vårdteamet. För personalen i den palliativa vården innebär det att man, i enlighet med WHO:s definition av palliativ vård, ska ha ett palliativt förhållningssätt, det vill säga en helhets-syn på människan och de problem som uppstår i livets slut. Döendet och döden ska ses som en normal process och det naturliga slutet på livet. Vårdteamets uppgift är att hjälpa den sjuke att uppnå bästa möjliga livskvalitet och att få leva ett värdigt liv den tid som återstår. Den palliativa vårdens uppgift är varken att påskynda eller uppskjuta döden.

När inleds den palliativa vården?

Då man bedömer att vård och behandling inte längre kan leda till att sjukdomen eller det livshotande tillståndet kan botas, eller om den sjukes tillstånd försämras allvarligt, bör inriktningen på vården ändras till att vara palliativ, lindrande och stödjande. Likaså ska palliativ vård inledas vid akut livshotande sjukdomstillstånd eller skada. Exakt när detta ska ske är många gånger svårt att bedöma.

Grunden för beslut om att palliativ vård ska inledas är dock alltid densamma:

Den sjuke ska ha en obotlig sjukdom eller ha drabbats av ett livshotande tillstånd och hans hälsotillstånd ska vara sådant att man bedömer att hen endast har kort tid kvar att leva. En tid som sträcker sig några veckor eller månader, ibland också, vid vissa sjukdomstillstånd, är framåt.

Tidig och sen palliativ fas

Det är numera vanligt att dela in den palliativa vården i två faser, en tidig fas, *palliativ vård*, och en sen fas, *palliativ vård i livets slutskede*. Den inledande fasen kan sträcka sig över lång tid, ibland flera år. Ofta inleds den palliativa vårdens tidiga fas då man konstaterar att den sjuke har en obotlig fortskridande sjukdom. Särskilt gäller detta äldre människor med olika kroniska sjukdomstillstånd.



Målet för vården i den tidiga fasen är ofta att ge livsförlängande behandling och utföra insatser som åstadkommer bästa möjliga livskvalitet för den sjuke och närstående. Med tiden kan det visa sig att den livsförlängande behandlingen inte har någon effekt eller att biverkningar av behandlingen är så besvärande att den är till mer skada än nytta för den sjuke. Då denna situation uppstår görs nya överväganden för att ta ställning till om den livsförlängande behandlingen ska avbrytas. Beslutet kan tas av ansvarig läkare i dialog med den sjuke och närstående men också av den sjuke själv.

I den sena fasen, som ofta är kort, ändras vårdens inriktning till att lindra den sjukas lidande så att hans livskvalitet blir så bra som möjligt.

Det är inte alltid tydligt när vården bör övergå från en fas till en annan. Ofta sker övergångarna successivt under en tid.

Inför övergångarna i den palliativa vårdens faser görs en bedömning av den sjukas tillstånd, behov och önskemål. Först därefter kan man ta ställning till om vårdens inriktning ska ändras. I ett läge då den sjuke blivit allt tröttare, inte äter eller orkar med någon fysisk aktivitet, bör vårdteamet överväga en övergång till den sena fasen, palliativ vård i livets slutskede. SKL har i "Nationellt vårdprogram för palliativ vård" angett ett antal situationer och kriterier då ett sådant övervägande kan vara aktuellt:

- då beslut finns att ej inleda hjärt- lungräddning
- det råder olika uppfattning om man ska inleda eller avsluta livsförlängande behandling
- det råder oklarheter angående målet med vården
- symtomkontrollen är otillfredsställande
- man överväger nutritionsstöd
- den sjuke har en ADL-mässig funktionsnedsättning
- den sjuke kommer akut till sjukhus från särskilt boende
- den sjuke har en kognitiv funktionsnedsättning
- då närstående inte önskar livsförlängande behandling
- då närstående önskar palliativ vård i livets slutskede.

Övergången från kurativ, botande vård till palliativ vård, liksom övergången från den tidiga fasen till palliativ vård i livets slutskede utgör så kallade *brytpunkter*.



Brytpunktssamtal

Beslutet om palliativ vård fattas av läkaren på ovanstående grunder i samråd med den sjuke och närstående. De ska informeras om skälen till att vården bör övergå till att vara palliativ, om vad den palliativa vården innebär och vilka möjligheter den sjuke och närstående har att få hjälp med sina problem.

Den palliativa vården är en aktiv vård där den sjuke och närstående kan komma att ställas inför en rad olika val. Vid övergångarna mellan den palliativa vårdens faser är det den ansvarige läkarens och vårdteamets uppgift att ha en dialog med den sjuke och närstående i ett så kallat *brytpunktssamtal*. Syftet med brytpunktssamtalet är att alla berörda ska vara införstådda med den sjukas prognos och vårdens inriktning och att målet är att främja livskvalitet och lindra symtom. Forskning visar att den sjukas livskvalitet ofta blir bättre den sista tiden om patienten och de närstående är välinformerade och delaktiga. Informationen ska vara individuellt anpassad och ges på ett sådant sätt att den sjuke eller hans ställföreträdare kan ta ställning till olika behandlingsalternativ och andra insatser.

Ofta finns behov av att läkaren och vårdteamet upprepar informationen vid återkommande samtal.

Grunderna för beslutet om palliativ vård och brytpunktssamtalet ska dokumenteras i den medicinska journalen.

Den goda döden

Målet med den palliativa vården är att den som är döende ska leva ett så bra liv som möjligt fram till sin död och få ett respektfullt omhändertagande efter döden. För att kunna hjälpa den som vårdas i livets slut på bästa sätt är det därför nödvändigt att söka svaret på frågan om vad som är en god död. Om vi har möjlighet kan vi ställa frågan direkt till den det gäller, den enskilde individen. Hur vill du ha det din sista tid i livet? Hen kanske kan ge en del av svaret. Men vi har inte alltid möjlighet att få ett svar. Den sjuke kanske inte har förmåga att ta ställning till hur hen vill ha det eller saknar förmåga att uttrycka sina önskemål. I det fallet har vårdteamet ansvar för att, i samråd med närstående, på bästa sätt försöka bilda sig en uppfattning om vad som är den sjukes vilja.

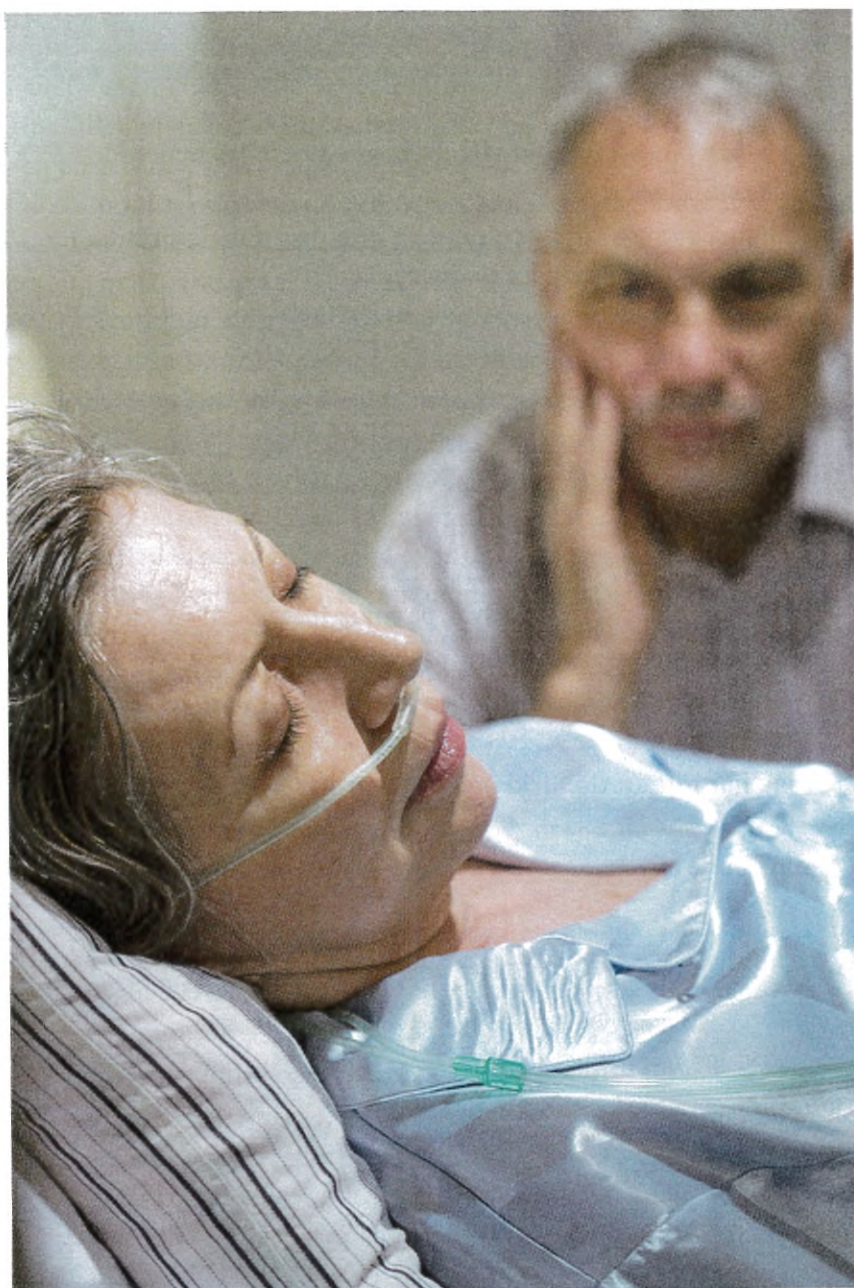
Vad är en god död?

Flera faktorer är viktiga för att den sjuke och närstående ska uppleva att den sista tiden i livet blir så bra som möjligt. De allra flesta har en önskan om frihet från lidande i alla dess former; fysiskt, psykiskt, socialt och existentiellt. Vårdteamets uppgift blir då att, genom lindrande och stödjande insatser, hjälpa den sjuke att få en så bra sista tid i livet som möjligt och att få en god död.

Begreppet ”god död” myntades av den amerikanske psykiatern Avery Weisman. Han har bland annat formulerat ett antal frågor i syfte att utvärdera vården i livets slut:

- Fick den sjuke adekvat vård och god *smärtlindring*?
- Hur *självständigt* kunde hen leva fram till sin död?
- Kunde hen upprätthålla sina *sociala relationer* den sista tiden i livet?
- Hade hen en positiv *självbild*, en känsla av ett eget värde?
- Tycktes den sjuke ha funnit ett *sammanhang*, en mening med sitt liv?
- Hade hen slutligen nått fram till ett *samtycke*, ett accepterande av att livet närmade sig slutet?

Dessa frågeställningar, de så kallade sex S:n, har sedan bearbetats av svenska omvårdnadsforskare för att kunna användas även vid den palliativa vårdens planering. De kommer att beröras ytterligare i kapitel 5.



Förenta Nationernas deklARATION om den döendes rättigheter

Följande deklARATION om den döendes rättigheter har utarbetats i Förenta Nationernas regi och publicerades 1975. I vårdteamet kan vi diskutera hur vi ska handla för att tillgodose dessa rättigheter så att den vi vårdar den sista tiden i livet får en god död.

- Jag har rätt att bli behandlad som en levande människa fram till min död.
- Jag har rätt att upprätthålla hoppet oavsett om målet för detta förändrar sig.
- Jag har rätt till vård och omsorg från dem som upprätthåller mitt hopp även om det förändrar sig.
- Jag har rätt att ge uttryck för mina känslor om min förestående död på mitt eget sätt.
- Jag har rätt att delta i avgöranden som gäller min egen vård.
- Jag har rätt att förvänta fortsatt medicinsk behandling och vård även om målet inte längre är bot utan välbefinnande.
- Jag har rätt att inte dö ensam.
- Jag har rätt att vara fri från smärta.
- Jag har rätt att få ärliga svar på mina frågor.
- Jag har rätt att inte bli förd bakom ljuset.
- Jag har rätt att få hjälp av och för min familj att acceptera min död.
- Jag har rätt att dö i frid och med värdighet.
- Jag har rätt att behålla min individualitet och inte fördömas för mina avgöranden även om de går emot andras uppfattningar.
- Jag har rätt att samtala om och ge uttryck åt mina religiösa och/eller andliga upplevelser oavsett vad de betyder för andra.
- Jag har rätt att förvänta att den mänskliga kroppens okränkbarhet respekteras efter döden.
- Jag har rätt att bli vårdad av omsorgsfulla, medkännande, kunniga människor som försöker förstå mina behov och som upplever det givande att hjälpa mig att möta min död.

Livsuppehållande behandling

Den palliativa vården ska, som tidigare nämnts, varken påskynda döden eller förkorta livet. Ibland uppstår dock frågeställningar kring detta. När och var går gränsen för att avstå från behandling? Ska den enskilde ha rätt att bestämma när livet ska avslutas?

Grunden för den palliativa vården i livets slutskede är, enligt Hälso- och sjukvårdslagen, att den vård och behandling som ges är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt att vården planeras så att patientens behov av trygghet, kontinuitet och en god och säker vård tillgodoses. Planeringen ska fortlöpande följas upp och omprövas. Vård och behandling ska beslutas i samråd med den sjuke och närstående. Detta ska uppnås bland annat genom att en fast läkarkontakt som ansvarar för vårdens planering utses. Hälso- och sjukvårdslagen stadgar också att, i de fall den sjuke har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, en samordnad individuell plan upprättas.

En del av de behandlingar som ges i den palliativa vården eller vid akut livshotande tillstånd har till syfte att stödja patientens vitala funktioner, såsom andning, cirkulation, njurfunktion och näringsintag. Målet är att upprätthålla eller förlänga den sjukas liv och att hen får en så bra livskvalitet som möjligt. Exempel på livsuppehållande behandling är hjärt- lungräddning, syrgasbehandling, pacemakerbehandling, respiratorbehandling, dialys, blodtransfusion och infusion av vätska och näring.



Avslutande av livsuppehållande behandling

Då en livshotande sjukdom fortskrider eller ett akut livshotande tillstånd har gett svåra skador, kan man behöva överväga om det är förenligt med vetenskapliga rön och erfarenhetsmässig kunskap att ge livsuppehållande behandling. Kommer den behandling som ges att leda till avsedd effekt? Vid vissa tillfällen kan den livsuppehållande behandlingen rentav orsaka ett ökat lidande. I det läget uppstår frågan om sådan behandling ska inledas eller, om den redan inletts, ska avslutas. Man får då väga nyttan av behandlingen mot den eventuella skada den orsakar.

Då en person drabbas av ett livshotande tillstånd, på grund av akut sjukdom eller skada eller då den sjuke har en kronisk sjukdom och vårdas i livets slut, har läkare möjlighet att besluta om att livsuppehållande behandling ej ska inledas eller att behandlingen ska avslutas. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Livsuppehållande behandling (SOSFS 2011:7) samt i Socialstyrelsens skrift "Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling – Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal" anges på vilka grunder och hur ett sådant beslut kan fattas.

Beslut om att inte inleda eller att avsluta livsuppehållande behandling

Beslutet fattas efter en medicinsk bedömning i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den ansvariga läkare som är patientens fasta vårdkontakt ska, då patienten är döende, bedöma om det finns möjligheter för den sjuke att överleva annat än en kort tid trots medicinsk och livsuppehållande behandling. Inför beslutet ska ansvarig läkare samråda såväl med annan legitimerad utövare i vårdteamet som, om det är möjligt, med den sjuke. I den dialogen ska individuellt anpassad information ges om grunderna för beslutet. Patientens och närståendes uppfattning om beslutet ska inhämtas. Lagstiftningen betonar särskilt att den sjukes självbestämmande ska respekteras. En läkare får inte ge en behandling om inte patienten själv vill ha den.

Det händer att den som är svårt sjuk eller närstående uppfattar att en behandling som bedöms som verkningslös ändå är meningsfull för patienten. Vårdteamet bör då överväga om det ändå kan vara motiverat att fortsätta behandlingen en tid.



Ibland är det den sjuke själv som ger uttryck för att hen önskar att livsuppehållande behandling ej ska inledas eller att den ska avslutas. Läkaren som fattar beslutet utifrån patientens önskemål ska då bedöma den sjukets psykiska status och försäkra sig om att den sjuke och närstående förstått informationen och fått tillräcklig kunskap om konsekvenserna av ett sådant beslut samt bedöma att beslutet står fast över tid.

Beslut om att inte inleda eller att avsluta livsuppehållande behandling och grunderna för detta ska dokumenteras i patientjournalen.

Då beslut tagits om att livsuppehållande behandling ej ska inledas eller att påbörjad behandling ska avslutas, framhåller Socialstyrelsen vikten av att den fortsatta vårdens mål tydliggörs och att den planeras i samråd med den sjuke och hens närstående. De insatser som görs ska tillgodose såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov. Särskilt framhålls i detta skede vikten av smärtlindrande och ångestdämpande behandling.

Beslut om att ej inleda hjärt- lungräddning (HLR)

Idag rapporteras allt oftare i media om ökade möjligheter till hjärt- lungräddning. Hjärtstartare placeras ut i offentliga miljöer så att även allmänheten ska kunna hjälpa till att rädda liv vid ett hjärtstopp.

I samband med sjukhusvård inleds hjärt- lungräddning som regel alltid vid hjärtstopp. Under vissa omständigheter är hjärt- lung- räddning dock ej motiverad. Läkare kan, efter en medicinsk bedömning, fatta beslut om att avstå från att ge hjärt- lungräddning, ”Ej HLR”. Beslutet ska grunda sig på att patientens hälsotillstånd är av sådan karaktär att insatsen inte bedöms kunna rädda den sjukes liv. Bedömningen som beslutet baserar sig på ska vara individuell för varje patient. Då beslutet har fattats ska det dokumenteras i patientens journal och all berörd personal ska informeras om att ”Ej HLR” gäller.

Beslutet om att ej inleda hjärt- lungräddning kan också fattas då den sjuke själv har önskemål om detta.

Vid palliativ vård i livets slutskede är livsuppehållande åtgärder ofta ej aktuella. Det innefattar även hjärt- lungräddning.

Då beslut om att avstå från hjärt- lungräddning ska fattas, ska en dialog föras med den sjuke och, om hen så önskar, närstående. De ska informeras om orsaken till beslutet och målet för den fortsatta vården ska tydliggöras.

Palliativ sedering

I ett skede då man fattat beslut om att avstå från livsuppehållande behandling och den sjukes vitala funktioner avtar kan patienten drabbas av mycket svåra symtom. Exempel på sådana symtom är svår smärta och ångest. Då symtomen är så plågsamma att de är outhärdliga kan läkaren ordinera *palliativ sedering*. Svenska Läkaresällskapet definierar palliativ sedering på följande sätt:

” Med palliativ sedering menas i detta sammanhang en medveten påverkan av vakenhetsgraden hos en patient i livets slutskede i syfte att uppnå lindring vid outhärdliga symtom. Behandlingen förutsätter att patientens förväntade överlevnad är mycket kort, vanligen högst en till två veckor. Avsikten med palliativ sedering är varken att förkorta eller förlänga dödsprocessen. ”



Palliativ sedering innebär alltså att patienten kontinuerligt tillförs lugnande och ångstdämpande läkemedel. Denna sedering kan leda till att medvetandegraden sänks. Ibland kan de medvetandesänkande läkemedlen ge en ytterligare försvagning av de livsuppehållande, vitala funktionerna. Detta kan dock accepteras så länge avsikten är att lindra besvärande symtom.

Eutanasi

Den långsamma döden innebär ofta en problematisk sista tid i livet med besvärande symtom, bristande förmåga att leva självständigt och svårigheter att bevara sitt självbestämmande. Svår sjukdom och hotande död leder många gånger till att livet förlorar sin mening. Upplever den sjuke dessutom att den vård som ges inte leder till ett värdigt liv kan frågan om att aktivt avsluta sitt liv bli aktuell. Om man själv är oförmögen att ta sitt liv kan eutanasi eller dödshjälp kännas som en utväg.

Begreppet "hjälp att dö" kan definieras på olika sätt och hjälpen kan ges under olika former. Det saknas idag en entydig definition av begreppet.

På senare tid har eutanasi beskrivits som "åtgärder för att bereda en så lätt och smärtfri död som möjligt".

Undersökningar visar att det finns ett ökat intresse bland allmänheten men också bland vårdpersonal för att legalisera dödshjälp. Vi kan också via media ta del av berättelser om personer som sökt sig till länder där dödshjälp är tillåten, för att få hjälp att avsluta det som de upplever som ett ovärdigt liv. I dödshjälpsdebatten vägs argumenten mot dels en grundläggande folkrättslig strävan att skydda och bevara människoliv och dels mot respekten för den enskildes självbestämmande över sin kropp och sitt liv. Hur livet värderas kan också bero på kulturella, religiösa och historiska faktorer.

Båda rättigheterna har starkt stöd i Europarådets konvention om skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna. Grundläggande etiska principer i vården säger att vår uppgift är att bota, lindra och trösta. Samtidigt betonas den sjukes rätt till självbestämmande i lagstiftningen.

Etiska aspekter och lagstiftningens syn på aktiv dödshjälp

Ett tungt vägande skäl mot aktiv dödshjälp är att man riskerar att minska allmänhetens förtroende för vården.

Den palliativa vårdfilosofin ger inte stöd för aktiv dödshjälp. Tvärtom understryker man att livet ska bejakas och att målet för den palliativa vården alltid är att, genom god symtomlindring och andra åtgärder, åstadkomma bästa möjliga livskvalitet för den sjuke och närstående.

Aktiv dödshjälp är förbjudet i alla länder utom Belgien och Holland.

Assisterat självmord tillåts i några länder, Estland, Schweiz och den amerikanska delstaten Oregon. Livstestamenten anses i några länder vara juridiskt bindande då det gäller att avstå från behandling. I Sverige är aktiv dödshjälp inte tillåten. Ej heller att hjälpa någon att begå självmord.

Så kallade livstestamenten är ej juridiskt bindande. De kan dock betraktas som en viljeyttring från patienten som kan ge vägledning då man avser att fatta beslut om att avsluta livsuppehållande behandling.

STUDIEUPPGIFTER

1. Redogör översiktligt för hur man sett på döden ur ett historiskt perspektiv.
2. Hur definieras begreppet död? När är man död i juridisk mening?
3. Vilka är de synliga tecknen på att en människa är död?
4. Vad innebär begreppet den långsamma döden?
5. Vad är ett brytpunktssamtal och varför är ett sådant viktigt?
6. Vad kännetecknar en god död enligt den amerikanske psykiatern Avery Weisman?
7. Vad står de 6 S:n för?
8. Läs de olika punkterna i FN:s deklaration om den döendes rättigheter och fundera på hur du själv skulle vilja vårdas i livets slut.
9. Vad är livsuppehållande behandling? När och varför ges sådan behandling?
10. När och på vilka grunder kan livsuppehållande behandling avslutas? Hur går det till när ett sådant beslut fattas?
11. Vad innebär palliativ sedering?
12. Hur definieras begreppet eutanasi?
13. Redogör för vanliga argument för och emot dödshjälp. Vad säger lagen om dödshjälp?
14. Vilken är din egen inställning till dödshjälp och vad grundar den sig på?

