

*Det Etiske Råds udtalelse om
eventuel lovliggørelse af aktiv
dødshjælp*



*Det Etiske Råds udtalelse om
eventuel lovliggørelse af
aktiv dødshjælp*

**Det Etske Råds udtalelse om
eventuel lovliggørelse af aktiv dødshjælp**

© Det Etske Råd 2012

ISBN: 978-87-91112-36-2

Udgivet af Det Etske Råd 2012

Grafisk tilrettelæggelse: Peter Waldorph

Foto: iStockphoto

Publikationen kan downloades

på Det Etske Råds webside

www.etiskraad.dk

Indhold



Indledning / 7

Holdninger til lovliggørelse af aktiv dødshjælp / 8

Modstandere af en lovændring / 8

Mulige tilhængere af en lovændring/ 8

Mulige tilhængere af en lovliggørelse af assisteret selvmord/ 8

Aktiv dødshjælp og patienter, der ikke er uafvendeligt døende/ 9

De væsentligste temaer i debatten /10

A. Rammerne for diskussionen/ 11

B. Den palliative indsats i Danmark og mulighederne for smertelindring/ 16

C. Civil ulydighed i forbindelse med aktiv dødshjælp/ 19

D. Lægerollen og omsorgens væsen/ 21

E. Argumenter om følgevirkninger/ 22



Indledning



I et brev dateret den 12. juli 2012 har ministeren for sundhed og forebyggelse, Astrid Krag, bedt om Rådets stillingtagen til spørgsmålet om en eventuel lovliggørelse af aktiv dødshjælp i Danmark. Rådet takker hermed for henvendelsen og præsenterer i det følgende sine synspunkter angående aktiv dødshjælp, hvor livet tages af svært lidende patienter, der anmoder om det.

Indledningsvist vil Rådet gøre opmærksom på, at spørgsmålet om eventuel lovliggørelse af aktiv dødshjælp omkranses af en række andre temaer vedrørende afslutningen på livet, som ikke er uden betydning for debatten om aktiv dødshjælp.

En særdeles væsentlig pointe for Det Ethiske Råd er, at det i meget høj grad er muligt at skabe anstændige rammer for en værdig død for alvorligt syge mennesker alene ved at have tilstrækkeligt fokus på den palliative omsorg. Hvis den palliative indsats er fuldt udviklet og fungerer tilfredsstillende, vil der efter Rådets vurdering være tale om uhyre få tilfælde, hvor uafvendeligt døende patienter oplever aktiv dødshjælp som den bedste løsning. Noget tyder imidlertid på, at den palliative indsats endnu ikke er tilstrækkeligt udviklet og udbygget i Danmark, selv om der er sket væsentlige fremskridt gennem de seneste år.¹ Det Ethiske Råd anbefaler i forlængelse heraf, at der fortsat skal være fokus på at udvikle den palliative indsats. Det bør ikke være på grund af en mangelfuld indsats på dette område, at aktiv dødshjælp for nogle patienter kan tage sig ud som en attraktiv mulighed.

Der er herudover stor enighed i Rådet, og formodentlig også i befolkningen som helhed, om, at patienter ikke for enhver pris skal holdes i live ved at give livsforlængende behandling i situationer, hvor patienten er uafvendeligt døende. Der skal altså fortsat være fokus på at håndtere disse tilfælde på en hensigtsmæssig og etisk acceptabel måde. De avancerede behandlingsmuligheder skal ikke benyttes til at holde patienten kunstigt i live langt ud over rimelighedens grænse, hvilket den nuværende lovgivning heller ikke lægger op til.² For nogle patienter vil en sådan forlængelse af livet blot føre til en oplevelse af meningsløshed og udvide den periode, hvor aktiv dødshjælp kan udgøre et alternativ til livet.

De enkelte medlemmers helt overordnede holdning til en lovliggørelse af aktiv dødshjælp kan opsummeres som følger. Dele af synspunkterne uddybes efterfølgende.

1. Se afsnittet *Den palliative indsats i Danmark og mulighederne for smertelindring*.

2. Jf. § 25 i Sundhedsloven: En uafvendeligt døende patient kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden. *Stk. 2.* Såfremt en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan en sundhedsperson undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling.

Holdninger til lovliggørelse af aktiv dødshjælp



Modstandere af en lovændring:

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd (Jacob Birkler, Lillian Bondo, Niels Jørgen Cappelørn, Gunna Christiansen, Mickey Gjerris, Søren Peter Hansen, Lotte Hvas, Lene Kattrup, Ester Larsen, Edith Mark, Anne-Marie Mai, Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug, Christian Borrisholt Steen og Christina Wilson) er imod at ændre den nuværende lovgivning. Efter medlemmernes opfattelse bør fokus være på en styrkelse af hjælpen i livet indtil døden med udgangspunkt i patientens situation.

Nogle af de anførte medlemmer (Mickey Gjerris, Edith Mark, Jørgen E. Olesen, Thomas Ploug og Christina Wilson) registrerer, at det i undtagelsestilfælde kan være menneskeligt påkrævet at udføre aktiv dødshjælp, men efter medlemmernes opfattelse retfærdiggør disse sjældne tilfælde ikke en ændring af loven. Efter de nævnte medlemmers opfattelse må en sådan lovændring forventes at få negative følger, blandt andet for læge-patientforholdet, for patienternes mulighed for at træffe selvstændige og utvungne beslutninger og for forståelsen af og forpligtelsen til at yde omsorg, som bør være rettet mod at hjælpe den døende med livet i livet, som levende indtil døden.

Nogle medlemmer (Edith Mark, Thomas Ploug og Christian Borrisholt Steen) mener, at en lovændring ville udgøre en krænkelse af menneskelivets særlige værdi. Disse medlemmer kan af den grund heller ikke tilslutte sig en sådan lovændring.

Mulige tilhængere af en lovændring:

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd (Rikke Bagger Jørgensen og Jørgen Carlsen) mener, at det i nogle ganske få tilfælde kan være etisk acceptabelt at udføre aktiv dødshjælp, hvis patienten selv ønsker dette og er udsat for ubærlige lidelser, som en optimal palliativ indsats hverken på kort eller langt sigt kan reducere til et acceptabelt niveau. De nævnte medlemmer lægger imidlertid stor vægt på, at en eventuel lovændring ikke må få væsentlige, negative følger for fx læge-patientforholdet eller omfanget og karakteren af den palliative indsats på hospitaler og hospicer. De nævnte medlemmer anbefaler derfor, at der forud for en eventuel lovændring foretages et gennemgribende udredningsarbejde, hvor der opstilles forskellige modeller for en lovændring, som sammenholdes med erfaringerne fra andre lande. Hvis det vurderes, at en lovliggørelse af aktiv dødshjælp har væsentlige, negative følger, er dette for de nævnte medlemmer en afgørende begrundelse for ikke at foretage en lovændring.

Mulige tilhængere af en lovliggørelse af assisteret selvmord:

Endelig finder nogle medlemmer (Rikke Bagger Jørgensen og Jørgen Carlsen), at det som supplement eller alternativ til en lovliggørelse af aktiv dødshjælp bør overvejes at tillade assisteret selvmord.

Et af de nævnte medlemmer (Jørgen Carlsen) finder assisteret selvmord mindre problematisk end aktiv dødshjælp, fordi patienten selv er årsag til sin død. Hvis det kommer på tale at give nogle patientgrupper mulighed for at få forkortet deres liv gennem en aktiv handling, anbefaler dette medlem derfor en lovliggørelse af assisteret selvmord i stedet for en lovliggørelse af aktiv dødshjælp.

Principielt set har alle borgere i Danmark den mulighed at tage deres eget liv, hvis de ikke ønsker at leve længere. I praksis har meget syge patienter imidlertid sjældent denne mulighed, fordi de er bundet til deres sengeleje. En lovliggørelse af assisteret selvmord kan derfor siges at bibringe dem de muligheder for at tage sig selv af dage, som de fleste andre borgere har. De medlemmer, der peger på assisteret selvmord som supplement eller alternativ til aktiv dødshjælp, mener imidlertid, at en eventuel lovliggørelse af assisteret selvmord - ligesom en eventuel lovliggørelse af aktiv dødshjælp - ville udgøre en radikal ændring af den danske lovgivning, som kunne tænkes at have uønskede følgevirkninger. Disse medlemmer mener derfor, at der forud for en eventuel lovændring skal foretages et gennemgribende udredningsarbejde, hvor der opstilles forskellige modeller for en lovændring, som sammenholdes med erfaringerne fra andre lande. Efter medlemmernes opfattelse kan en lovliggørelse af assisteret selvmord ikke komme på tale, hvis en sådan ændring vurderes at have væsentlige, negative følgevirkninger.

Aktiv dødshjælp og patienter, der ikke er uafvendeligt døende:

Det Ethiske Råd har diskuteret, om der er relevante forskelle på at lovliggøre aktiv dødshjælp alt afhængig af, om patienten er uafvendeligt døende, eller ikke er det. Den sidste gruppe af patienter kunne fx være personer med lammelser eller neurologiske lidelser, der fremadskridende fører til væsentligt tab af de motoriske funktioner, hvilket gør både bevægelse og tale vanskelig eller umulig.

En væsentlig forskel på de to situationer er naturligvis, at den sidstnævnte gruppe af patienter må forventes at leve i væsentligt længere tid med sygdommen end den førstnævnte gruppe, givet at aktiv dødshjælp ikke er en mulighed. Det betyder på den ene side, at de patienter, der ikke er døende, i princippet kan have en betydeligt større interesse i at få udført aktiv dødshjælp end de personer, der i forvejen er døende. Udsigten til at leve i årevis med helt ubærlige lidelser må således umiddelbart antages at være langt mere nedslående end at leve i en sådan tilstand i dage eller uger. Men på den anden side giver den længere tidshorisont også patienten bedre muligheder for, at behandlere og plejepersonale tilbyder behandling, lindring, kommunikationsformer og samværsformer, så tilværelsen ikke opleves så lidelsesfuld. Og samtidig forekommer det væsentligt mere indgribende at afkorte et livsforløb, hvor der måske er adskillige år tilbage, end et livsforløb hvor der under alle omstændigheder kun er få dage eller uger tilbage. Det sidste er alt andet lige lettere at opfatte som en afkortelse af lidelsen end det første.

Som det fremgår af anbefalingerne ovenfor, finder ingen medlemmer af Det Ethiske Råd, at de to situationer rummer forskelle af så principiel karakter, at aktiv dødshjælp skal lovliggøres i den ene situation og ikke i den anden.

De væsentligste temaer i debatten



Medlemmerne af Det Ethiske Råd anser spørgsmålet om en eventuel lovgivning om aktiv dødshjælp for at være så komplekst, at det er umuligt at give en bare nogenlunde udtømmende fremstilling af alle nuancerne i debatten inden for den relativt korte svarfrist, ministeren anfører i sin henvendelse. Indledningsvist skal det derfor bemærkes, at Rådet tidligere har behandlet spørgsmålet grundigt i to redegørelser, som blev offentliggjort i henholdsvis 1996 og 2003. I redegørelserne præsenteres hovedargumenterne såvel for som mod lovgivning. Disse argumenter vil derfor ikke blive oplistet igen, der henvises i stedet til de nævnte redegørelser, som er tilgængelige på Rådets hjemmeside.³ På hjemmesiden vil Rådet også i løbet af efteråret som supplement til denne udtalelse etablere et temaområde med baggrundstekster om aktiv dødshjælp.

I udtalelsen her vil Rådet beskrive den udvikling i mulighederne for at yde palliativ omsorg, der har fundet sted i Danmark gennem de seneste år. Som det fremgår tidligere, er disse muligheder ikke uden betydning for, hvordan man skal forholde sig til spørgsmålet om eventuel lovgivning om aktiv dødshjælp. Desuden præsenteres de problemstillinger og argumenter, der har været centrale i forbindelse med de nuværende rådsmedlemmers stillingtagen. Det er således ikke alle de synsvinkler og argumenter, der er blevet fremført på Rådets møder og indgår i de enkelte medlemmers stillingtagen, som er medtaget her. Blandt andet er nogle emner udeladt, fordi de er behandlet fuldt tilstrækkeligt i andre af Rådets publikationer.

Efter Rådets opfattelse er spørgsmålet om lovgivning om aktiv dødshjælp ikke et problem, der kan findes en enkel løsning på. Det er derimod et dilemma, som der ikke er nogen uproblematisk vej ud af, fordi der eksisterer en konflikt mellem forskellige værdier. Dette hænger sammen med, at spørgsmålet – som det vil fremgå – involverer en lang række etiske værdier og principper, som de fleste personer tillægger en vis betydning, men som ikke desto mindre peger i forskellig retning. Uanset hvilken løsning man vælger – om man lovgiver om aktiv dødshjælp eller ej – tilsidesætter man derfor værdier eller principper, der ikke kan betragtes som fuldstændig betydningsløse. En stillingtagen til spørgsmålet forudsætter således en afvejning af de involverede værdier og principper. For nogle er denne afvejning relativt enkel, mens den for andre er nærmest umulig at foretage, fordi begrundelserne for at være henholdsvis for og imod forekommer nogenlunde lige tungtvejende.

Fremstillingen i det følgende vil koncentrere sig om følgende temaer:

- A. Rammerne for diskussionen
- B. Den palliative indsats i Danmark og mulighederne for smertelindring
- C. Civil ulydighed i forbindelse med aktiv dødshjælp
- D. Lægerollen og omsorgens væsen
- E. Argumenter om følgevirkninger

³ Se: <http://etiskraad.dk/da-DK/Udgivelser/CategorySearchPage.aspx?categoryID={43EBA4BE-339B-4CE4-A832AD4952598630}>, hvor også andre publikationer - blandt andet et resumé af redegørelsen fra 1996 - samt en film med relevans for emnet er tilgængelige.

A. Rammerne for diskussionen

Diskussionen om lovgivning af aktiv dødshjælp er efter Det Etiske Råds opfattelse særdeles kompleks. Efter Rådets opfattelse er det frugtbart at holde sig for øje, at kompleksiteten skyldes flere forhold, hvoraf nogle af de vigtigste beskrives nedenfor.

I debatten om aktiv dødshjælp henvises der til en lang række værdier, idet *værdier* her og i det følgende anvendes som en samlebetegnelse for etiske normer, principper og rettigheder af vidt forskellig karakter. Nogle af de værdier, der oftest bringes på banen, er: princippet om menneskelivets ukrænkelighed, individets autonomi, retten til selvbestemmelse, retten til en værdig død, lægerollen og læge-patient-forholdet, omsorg og forståelsen af omsorg, bekæmpelse af smerte og lidelse, menneskeværd og accept af menneskelig afhængighed. Mængden af involverede værdier er i sig selv med til at gøre diskussionen kompleks, fordi de fleste personer anerkender gyldigheden af flere eller måske endda alle de involverede værdier. Hvis værdierne peger i forskellig retning i forhold til spørgsmålet om lovgivning af aktiv dødshjælp, er det som nævnt nødvendigt at afveje dem i forhold til hinanden. Men ofte er en sådan afvejning af subjektiv karakter og derfor vanskelig at begrunde, så diskussionerne ender i manglende konsensus med konstateringer som fx ”jeg vægter nu en gang retten til at få hjælp i livet og ikke til at dø højere end det enkelte menneskes ret til selvbestemmelse”.

Det er imidlertid ikke blot *mængden* af involverede værdier, der gør problemstillingen kompleks. Det har også betydning, at de involverede værdier ofte kan bruges som argumenter både for og imod lovgivning af aktiv dødshjælp. Et godt eksempel er retten til selvbestemmelse, der for nogle udgør den væsentligste begrundelse for en lovgivning ud fra den betragtning, at det enkelte individ skal kunne vælge at dø på den måde, som han eller hun selv synes er en god måde at dø på. Det skal andre ikke være dommere over. Men modstanderne af lovgivning henviser også ofte til selvbestemmelse og pointerer, at et ønske om at få udført aktiv dødshjælp ofte vil være en konsekvens af den pressede og uoverskuelige situation, patienten befinder sig i. Hvis aktiv dødshjælp lovgivnes, vil en del patienter derfor anmode om aktiv dødshjælp på et forkert grundlag, fordi der reelt ikke er tale om et frit valg.

Retten til selvbestemmelse kan også bruges til at illustrere en anden komplicerende faktor i diskussionen om aktiv dødshjælp, nemlig at de relevante værdier ofte kan udlægges på meget forskellige måder. Og hvilken udlægning, man henholder sig til, kan være af betydning for, om værdien taler for eller imod en lovgivning af aktiv dødshjælp. Hvis retten til selvbestemmelse fx udlægges ”snævert”, som en ret til at disponere over sin egen krop og bestemme over sit eget liv, udgør selvbestemmelse naturligvis et argument for lovgivning. Hvis retten til selvbestemmelse derimod knyttes sammen med og udledes af et mere grundlæggende ideal om at leve et liv i overensstemmelse med værdier, man selv har valgt og kan stå inde for, er det sværere at svare entydigt på, om retten til selvbestemmelse udgør et godt argument for at lovgivne aktiv dødshjælp. Det afhænger nemlig blandt andet af, om man mener, at patienter i den terminale fase er i stand til at træffe selvstændige og velovervejede beslutninger.

Også i forbindelse med mange af de andre værdier i diskussionen om aktiv dødshjælp er der et vist definitorisk spillerum. Og også i disse tilfælde kan forståelsen af værdierne være afgørende for, om de taler for eller imod en lovgivning af aktiv dødshjælp. Fx er det ikke indlysende, hvad det vil sige at *anerkende det enkelte individs menneskeværd*, ligesom det ikke er klart, hvad en værdig død er – og om en værdig død overhovedet er et

realistisk og efterstræbelsesværdigt mål.⁴ I én forståelse er en værdig død fx en død, hvor den døende har mulighed for at bevare en vis grad af selvkontrol. I andre sammenhænge forbindes værdighed derimod med den iboende værdi, der knytter sig til ethvert menneskeliv. Ifølge den sidste udlægning har den døende altså en værdighed alene i kraft af at være menneske, men dermed kan det være svært at se, hvorfor værdigheden skulle kunne sættes over styr på grund af tab af selvkontrol. Noget helt andet er så, om en værdig død overhovedet er et realistisk og efterstræbelsesværdigt mål i alle tilfælde. Det er ikke givet, at dette er tilfældet, hvilket måske peger på, at man skal være varsom med at stille i udsigt, at alle hændelser i menneskelivet kan og skal foregå på en værdig måde.

I forbindelse med udarbejdelsen af denne udtalelse har en diskussion i Rådet været, om det giver mening at sige, at *princippet om menneskelivets ukrænkelighed*⁵ faktisk er en så grundlæggende og ufravigelig værdi i den danske kultur, at det er problematisk at tilsidesætte den ved at lovliggøre aktiv dødshjælp. I den hidtidige diskussion om aktiv dødshjælp har et gennemgående argument fra modstanderne af at lovliggøre aktiv dødshjælp været, at dette er tilfældet. Problemet i at tilsidesætte princippet kan ifølge modstanderne ligge to steder. For det første er det naturligvis helt forfejlet at lovliggøre aktiv dødshjælp, hvis det faktisk er etisk forkert at udføre dødshjælp, fordi det strider mod et af vores væsentligste og mest grundlæggende etiske principper. Og for det andet kan det have radikale, negative følgevirkninger at undlade at basere lovgivningen på princippet om menneskelivets ukrænkelighed, fordi princippet markerer en absolut og ultimativ grænse for, hvad vi ikke kan gøre ved hinanden uden at blive retsforfulgt: Nemlig slå hinanden ihjel. Hvis denne grænse overskrides i enkelte tilfælde, undermineres princippet's absolutte og ultimative karakter. Derfor kan det på ingen måde udelukkes og må måske snarere forventes, at der hen ad vejen vil finde et mere generelt skred i vores holdning til menneskelivets ukrænkelighed sted, hvilket ikke er acceptabelt.

Modstanderne af at lovliggøre aktiv dødshjælp vil fx pege på, at dette netop er, hvad der er sket i Holland. En undersøgelse fra 1990 forsøger fx således at dokumentere, at accepten af at udføre aktiv dødshjælp på begæring af patienten førte til misbrug i form af aktiv dødshjælp uden begæring.⁶ Denne tendens til fortløbende at udvide grænserne for, hvornår der udføres aktiv dødshjælp, bekræftes imidlertid ikke af en undersøgelse af udviklingen i Holland fra 1990 til 2010, hvor hovedkonklusionen er den følgende:

In conclusion, 8 years after the enactment of the Dutch euthanasia law, the incidence of euthanasia and physician-assisted suicide is comparable with that in the period before the law. The reporting rate seems to have stabilised at about eight out of ten cases. Euthanasia and physician-assisted suicide did not shift to different patient groups and the frequency of ending of life without explicit request continued to fall.⁷

4 Se diskussionen af begrebet *en værdig død* i Det Etiske Råd (2003): *Eutanasi – lovliggørelse af drab på begæring?*, side 11-14, og af begrebet *menneskeværd* i Det Etiske Råd 1996: *Dødshjælp*, side 108-112, 129-130 og 205-210.

5 Se Det Etiske Råd (1996): *Dødshjælp? – en redegørelse* s. 34-39, 118-119 og 202-204 samt Det Etiske Råd (2003) *Eutanasi – lovliggørelse af drab på begæring* s. 16-18 for beskrivelse og diskussion af princippet.

6 Se Det Etiske Råd 2003: *Eutanasi*, afsnit 2.7, hvor der henvises til en undersøgelse, som dokumenterer, at lovliggørelsen af aktiv dødshjælp på efter begæring i Holland førte til misbrug i form af aktiv dødshjælp uden begæring fra patienten.

7 Se Onwuteaka-Philipsen et al: "Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey"; *The Lancet*, Early Online Publication, 11 July 2012, doi:10.1016/S0140-6736(12)61034-4; s. 7-8.

Korrektheden af denne konklusion er imidlertid omdiskuteret. I en artikel på LifeSiteNews.com fra den 24. oktober 2011⁸ citeres den bioetiske kommentator, Wesley J. Smith, fx således for at undre sig over, hvordan nogen kan sige, at der ikke er tale om en "slippery slope" [en etisk glidebane] efter lovgivningen af aktiv dødshjælp i Holland, når "ensomhed" nu juridisk set anerkendes som en af de faktorer, der kan indgå i beslutningen om at afslutte sit liv.

Udtalelsen henviser til en holdningstilkendegivelse fra den hollandske lægeforening, KNMG, hvor foreningen lægger op til en udvidet forståelse af, hvilke former for lidelse der skal tages i betragtning i forbindelse med anmodninger om aktiv dødshjælp:

The current statutory framework and the concept of suffering are broader than their interpretation and application by many physicians to date. Vulnerability – extending to such dimensions as loss of function, loneliness and loss of autonomy – should be part of the equation physicians use to assess requests for euthanasia. The result of this non-linear sum of medical and non-medical problems, which are usually not in themselves life-threatening or fatal, can lead to lasting and unbearable suffering within the meaning of the Euthanasia Law.⁹

Det skal tilføjes, at disse former for lidelse ifølge KNMG ikke i sig selv kan retfærdiggøre, at en anmodning om aktiv dødshjælp imødekommes. Lidelsen skal også have en medicinsk baggrund, det vil sige patienten skal have en sygdom med en medicinsk anerkendt diagnose.¹⁰ Pointen er imidlertid, at lægen ikke kan konkludere noget om patientens lidelser alene ud fra patientens sygdom:

...the source of the suffering does not determine the extent of the experience of the suffering. Suffering can both arise from myriad causes and have various dimensions, and is personal in nature.¹¹

Derfor må lægen nødvendigvis et langt stykke af vejen basere sine vurderinger på patientens egen vurdering af sin situation.

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd mener ikke, at princippet om menneskelivets ukrænkelighed i realiteten udgør en grundlæggende og ufravigelig værdi i den danske kultur. Disse medlemmer henviser blandt andet til, at de fleste anser det for at være acceptabelt at udføre passiv dødshjælp,¹² at foretage abort eller at slå ihjel i forbindelse med krigshandlinger. I den forstand er princippet om menneskelivets ukrænkelighed ikke absolut, det overtrumfes derimod, hvis der er væsentlige grunde til at gøre det. Og dette sker vel at mærke – vil nogle

8 Se: <http://www.lifesitenews.com/news/slippy-slope-loneliness-fatigue-now-criteria-for-euthanasia-in-netherlands>.

9 KNMG, position paper june 2011: *The role of the physician in the voluntary termination of life*, p. 40. Se: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Position-paper-The-role-of-the-physician-in-the-voluntary-termination-of-life-2011.htm>

10 Ibid. fx s. 15 og 41.

11 Ibid. s. 15.

12 Fx ved at give smertestillende midler i dødelig dosis for at fjerne en uafvendeligt døende patients smerter. En almindelig opfattelse er, at denne behandling ikke har noget med dødshjælp at gøre, fordi intentionen med behandlingen er at lindre smerter. Af samme grund må de smertestillende midler ifølge lovgivningen kun gives i de doser, der er passende set i forhold til formålet med behandlingen.

fortalere for at lovliggøre aktiv dødshjælp hævde – uden at der er klare indikationer for at antage, at dette i al almindelighed fører til en udskridning af vores etiske værdier. Fx kan man hævde, at lovliggørelsen af at indføre passiv dødshjælp i Danmark ikke har ført til en ændret holdning til værdien af at bevare menneskeligt liv.

Diskussionen ovenfor demonstrerer blandt andet, at nogle af de begreber og distinktioner, vi benytter i forbindelse med spørgsmål om liv og død, har et indbygget normativt eller etisk indhold, som har stor betydning for, hvordan vi vurderer bestemte typer af handlinger. Et komplicerende element i diskussionen om lovliggørelse af aktiv dødshjælp er således, at man udmærket kan problematisere rimeligheden af de relevante begreber og distinktioners normative indhold. Er det fx på sin plads at sige, at passiv dødshjælp ikke tilsidesætter princippet om menneskelivets ukrænkelighed, fordi lægen ikke har til hensigt at slå patienten ihjel? I mange tilfælde giver lægen jo patienten den smertestillende medicin vel vidende, at den sandsynligvis vil føre til patientens død. Og så er det måske en strid om ord, om lægen faktisk respekterer princippet om menneskelivets ukrænkelighed. Men striden er ikke uden betydning for den etiske vurdering. Ligeledes kan man diskutere, om fx et 22 uger gammelt foster er et menneske, som burde være omfattet af princippet om menneskelivets ukrænkelighed. Eller om det tværtimod ikke skal betragtes som et fuldgældigt menneske, så der ikke er tale om at tilsidesætte princippet om menneskelivets ukrænkelighed, hvis der udføres abort. Igen er den etiske vurdering afhængig af forståelsen af de enkelte begrebers betydning.

Det er heller ikke ligegyldigt, hvilket begreb man bruger om det, der i denne tekst kaldes *aktiv dødshjælp*.¹³ Eftersom ordet hjælp indgår i den valgte betegnelse, signalerer den umiddelbart noget positivt, som man ikke kan være imod. Anderledes forholder det sig med vendingen *drab på begæring*, der benyttes i lovgivningen. På grund af ordet *drab* er denne betegnelse primært negativ, men det er vanskeligt at finde en helt neutral betegnelse. Også alternative vendinger som *medlidenhedsdrab* eller *eutanasi* signalerer nemlig en holdning til handlingen. På oldgræsk betyder eutanasi den gode død, men mange associerer formodentlig eutanasi med aflivningspolitikkerne i Nazi-Tyskland og opfatter derfor betegnelsen negativt.

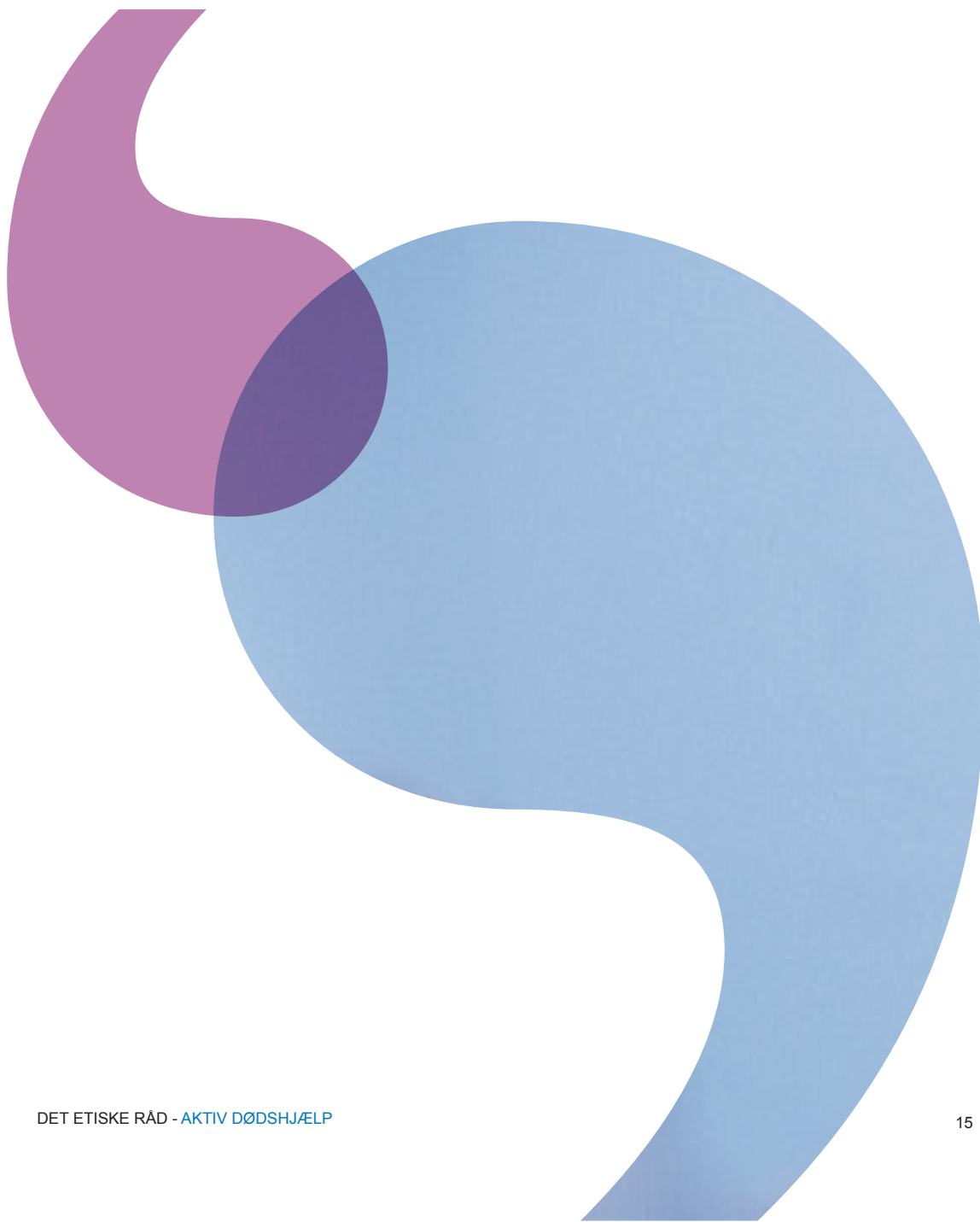
Diskussionerne i Det Ethiske Råd har demonstreret, at man kan have en modvilje mod at acceptere lovliggørelse af aktiv dødshjælp, uden at man er i stand til at begrunde denne modvilje på en måde, man selv finder tilfredsstillende. Et væsentligt spørgsmål – som her blot skal nævnes, men ikke diskuteres nærmere – er, hvilken betydning man skal tillægge denne form for modvilje? På den ene side ville det selvfølgelig være ideelt, hvis alle etiske vurderinger kunne gives en overbevisende begrundelse. Men på den anden side må man formodentlig vedkende sig, at det er principielt umuligt at give en udtømmende begrundelse for etiske vurderinger, fordi man altid kan spørge efter en begrundelse for begrundelsen, osv.

Et argument for at acceptere lovliggørelse af aktiv dødshjælp er fx, at det fremmer patientens selvbestemmelse, men hvordan kan det begrundes, at selvbestemmelsen bør respekteres? Et svar kunne være, at det gør det muligt for patienten at afslutte livet på den måde, der er bedst for patienten givet de ønsker og værdier, han eller hun har. Men hvorfor bør man gøre

13 Se Det Ethiske Råds debatmateriale fra 2012 *Etik og Sprogbrug – Fra vugge til grav* (<http://ipaper.ipapercms.dk/etikraad/EtikOgSprogbrug/>) for en grundigere fremstilling af denne problematik. At betegnelsen "aktiv dødshjælp" benyttes i herværende tekst skyldes blandt andet, at det er den mest anvendte betegnelse – se opgørelsen i Rådets debatmateriale om etik og sprogbrug s. 65.

det muligt for patienten at dø på en måde, der er i overensstemmelse med hans eller hendes værdier og ønsker? Et svar kunne være, at det forøger patientens livskvalitet og afrunder livet på en måde, der skaber kontinuitet med patientens hidtidige livsforløb. Men hvorfor bør man forøge patientens livskvalitet og skabe kontinuitet med det hidtidige livsforløb? Her vil mange måske sige, at det da er selvindlysende – især måske at man skal fremme patientens livskvalitet. Men hvis dette er svaret, har man opgivet yderligere begrundelser.

Ethvert forsøg på at begrunde en etisk vurdering er altså enten cirkulært, eller også ender det i en uendelig regres, hvor man kan blive ved med at spørge efter begrundelser for begrundelserne. Alt i alt er det derfor et åbent spørgsmål, hvad det overhovedet vil sige at give en tilfredsstillende begrundelse for en etisk vurdering. Og af samme grund kan det være svært helt at afvise, at også holdninger, der ikke kan gives en udtømmende begrundelse, kan have en berettiget plads i forbindelse med etiske vurderinger.



B. Den palliative indsats i Danmark og mulighederne for smertelindring

WHO definerer palliativ indsats som en indsats, der har til "formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art". WHO opfatter med andre ord den palliative indsats som en bred indsats, der ikke blot retter sig mod fysisk smerte og ubehag, men også har fokus på de psykologiske, eksistentielle og åndelige aspekter af lidelse.

Det første danske hospice, Sct. Lukas Stiftelsens Hospice i Hellerup, åbnede i 1992. Siden da er der sket en markant udbygning af den palliative indsats i Danmark, hvilket er beskrevet i de kortlægninger, Palliativt Videncenter har gennemført eller er ved at gennemføre.¹⁴ Det fremgår blandt andet af disse kortlægninger, at der var fem hospicer i Danmark i 2003, 14 i 2008 og 17 i august 2012. Hospicer udgør en del af de specialiserede, palliative enheder, der også omfatter palliative afdelinger og palliative teams. Den samlede palliative indsats omfatter også indsatsen i kommunerne (hjemmepleje og plejecentre) og på hospitalerne. De specialiserede enheder har imidlertid en særlig funktion, fordi de samarbejder med kommuner og hospitaler og er med til at udvikle rammerne for den palliative indsats dér.

Ifølge Helle Timm, der er centerchef ved Palliativt Videncenter, blev udviklingen af det palliative fagfelt "skubbet i gang og frem af individuelle fagpersoner (ildsjæle), græsrodsbevægelser og private foreninger/organisationer", mens der i de senere år har fundet en professionalisering af den palliative indsats sted. Et "udtryk herfor er bestræbelserne på national koordinering og kvalitetssikring".¹⁵

Også fra 2008 og til i dag er der ifølge kortlægningerne fra Palliativt Videncenter sket en udbygning af den palliative indsats i Danmark, fx er antallet af palliative afdelinger steget fra to til fire, mens antallet af palliative teams er steget fra 16 til 26. I samme periode har Sundhedsstyrelsen udgivet *Anbefalinger For Den Palliative Indsats (2011)*,¹⁶ ligesom området er blevet tilført midler fra centralt hold, blandt andet via aftalen om Kræftplan III, der blev indgået i 2010.¹⁷

Selv om der således har været mange bestræbelser på at udbygge og koordinere den palliative indsats i Danmark gennem de senere år, er det naturligvis stadig berettiget at spørge, om den palliative indsats i Danmark for nærværende befinder sig på et acceptabelt niveau. Noget tyder på, at dette endnu ikke er tilfældet. I en artikel fra 2010, hvor udgifterne til den palliative indsats i en række europæiske lande sammenlignes, konkluderes det fx således, at "despite its well earned reputation as a generally progressive welfare state, Denmark tends to trail well behind its European neighbors when it comes to end-of-life-care".¹⁸ Denne antagelse bliver

14 Se <http://www.pavi.dk/ForskningOgUdvikling/kortlaegning.aspx> for beskrivelser af igangværende kortlægningsprojekter og resultater fra gennemførte kortlægninger.

15 Se Helle Timm: "Kortlægning af den palliative indsats i Danmark." s. 277 i *Humanistisk palliation: Teori, metode, etik og praksis*, red.: Karen Marie Dalgaard og Michael Hviid Jacobsen, 1. udgave. - Kbh., Hans Reitzel, 2011.

16 Se: http://www.sst.dk/publ/Publ2011/SYB/Palliation/PalliativeIndsats_anbef.pdf

17 Se fx: <http://www.pavi.dk/OmOs/palliationogpavifinanslov.aspx>

18 Hoefler JM, Vejgaard TB: Something's ironic in Denmark: An otherwise progressive welfare state lags well behind in care of patients at the end of life. *Health Policy* (2010), doi: 10.1016/j.healthpol.2010.11.012; s. 1

bekræftet, hvis man fx sammenligner den specialiserede palliative indsats i Danmark med de anbefalinger, *European Association for Palliative Care* (EAPC) er fremkommet med.¹⁹ Eksempelvis anbefaler EAPC, at der skal være mellem 80 og 100 hospicesenge pr. million indbyggere, hvor der i Danmark kun er 208 i alt svarende til cirka 38 pr. million indbyggere. Ligeledes anbefaler EAPC, at der skal være et palliativt team pr. 100.000 indbyggere, hvor der i Danmark kun er cirka et team pr. 210.000 indbyggere. Et andet problem er, at udbredelsen af de specialiserede palliative enheder er meget ulige fordelt mellem de forskellige regioner,²⁰ hvilket også må formodes at have betydning for den palliative indsats på hospitalerne og på kommunalt niveau.

Det Ethiske Råd ser det ikke som sin opgave at give en nærmere beskrivelse af de problemer, der knytter sig til den palliative indsats i Danmark, og vil nøjes med at anbefale, at indsatsen på området fortsat vurderes med henblik på eventuelt at udbygge, udvikle og koordinere indsatsen.

Et særligt element i den palliative indsats er lindringen af smerter og andre former for fysisk ubehag. Det Ethiske Råd har bedt speciallæge Mogens Skadborg²¹ om at vurdere, i hvilke typer af situationer smertelindring, beroligende medicin og anden palliativ behandling ikke er tilstrækkelig til at fjerne stærke smerter eller væsentligt fysisk ubehag. Efter Skadborgs vurdering er det kun yderst sjældent, og måske i realiteten aldrig, umuligt at bringe uafvendelig døende patienters fysiske smerter og anden form for fysisk ubehag ned på et for patienten acceptabelt niveau. Det betyder ikke, at patienten kan blive fuldstændigt fri for fysisk ubehag, men der er ikke tale om et ubehag, der i sig selv kan betegnes som ubærlig lidelse. I de tilfælde, hvor det fysiske ubehag ikke kan bringes ned på et for patienten tåleligt niveau, skyldes det ifølge Mogens Skadborg derfor enten, at patienten ikke indvilliger i at modtage den optimale behandling, eller at det sundhedsfaglige personale ikke er i stand til at give den optimale behandling. Det skal nævnes, at Mogens Skadborg har fået denne vurdering bekræftet af flere kolleger med mangeårig erfaring med palliativ behandling.

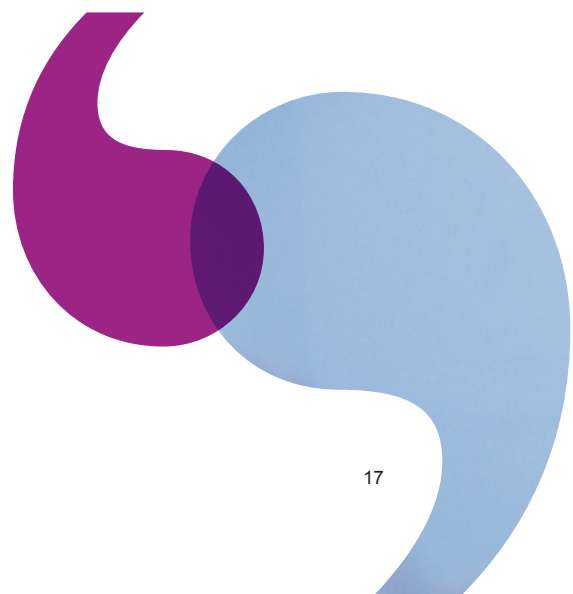
Mogens Skadborgs opfattelser deles af overlæge Stephen Wørlich Pedersen,²² der også har fået sine vurderinger bekræftet af sit bagland. Ifølge Pedersen er de palliative muligheder så veludviklede, at behovet for at udføre aktiv dødshjælp skønnes at være forsvindende lille. Efter Pedersens opfattelse hænger dette også sammen med, at de relevante patienter ændrer opfattelse af livet og dets indhold i løbet af sygdomsforløbet. Hvad der forud for sygdomsforløbet forekom personen at være en helt utålelig livssituation, kan derfor være acceptabelt og tåleligt, når patienten faktisk står i situationen, fordi han eller hun har ændret sin forståelse af og forventninger til tilværelsen undervejs i forløbet. Ikke desto mindre er det dog ifølge Pedersen vigtigt for patienterne at få afklaret deres situation, så de får en fornemmelse af, hvordan livet med sygdommen kommer til at være.

¹⁹ Se EAPC's hjemmeside: <http://www.eapcnet.eu/>

²⁰ Se Palliativ Videncenter: *Kortlægning af den specialiserede palliative indsats i Danmark, 2009-Medio 2012* og Helle Timm (2011) op. cit.

²¹ Mogens Skadborg er speciallæge i anæstesiologi og intensiv medicinsk terapi, formand for Dansk Selskab for Klinisk Etik og medlem af bestyrelsen for Arresødal Hospice.

²² Stephen Wørlich Pedersen er overlæge, dr. med., speciallæge i neurologi og neurofysiologi samt specialist i bevægelses sygdomme. Pedersen holdt oplæg på Rådets møde i august.



Mogens Skadborg og Stephen Wørlich Pedersens vurderinger bekræftes af en udenlandsk oversigtsartikel fra 2012, hvor forfatterne gennemgår den eksisterende litteratur om emnet for at finde ud af, hvilke begrundelser patienter giver for at ønske deres død fremskyndet.²³ Ifølge forfatterne er en af de hovedkonklusioner, der kan drages ud fra de eksisterende undersøgelser, at ønsket om at forkorte livet stort set aldrig skyldes enkelte faktorer. Ønsket opstår snarere som resultatet af et samspil af faktorer, som tilsammen fører til ubærlig lidelse:

... the factors that lead to the emergence of a wish to hasten death are total suffering, loss of self, and fear, which together produce an overwhelming emotional distress in relation to which the WTHD [wish to hasten death] is seen as a way out, i.e. the individual wishes to cease living in this way and to put an end to suffering while maintaining some control over the situation. the wish to hasten death (WTHD) is a multifactorial construct with multiple meanings that do not necessarily imply a genuine desire to hasten one's death or actually taking steps toward this. Rather, it is a phenomenon that appears, among patients in the advanced stages of illness, as a response to the extreme suffering that affects all aspects of their human existence.²⁴

På baggrund af citatet siger det sig selv, at den palliative indsats ikke kun bør have den rent medicinske indsats for øje, men også bør være rettet mod patientens eksistentielle og psykologiske behov. Dette følger som nævnt også af WHO's definition af palliativ indsats. Denne side af palliation har Det Ethiske Råd beskrevet i sin udtalelse *Åndelig omsorg for døende*, som blev udgivet i 2002.²⁵

Det skal nævnes, at langt hovedparten af de patienter, der får udført aktiv dødshjælp, er kræftpatienter. I årsrapporten fra 2010 for de fem regionale komiteer, der fører tilsyn med aktiv dødshjælp i Holland, nævnes det således, at af 3136 anmeldte tilfælde udgjorde kræftpatienter 2548, hjerte- og karsygdomme 158, neurologiske forstyrrelser 75, andre sygdomme 237 og kombinerede sygdomme 118.²⁶

23 Se Monforte-Royo et al. (2012) : "What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients", PLoS ONE, May 2012, Vol. 7, Issue 5, e37117.

24 Monforte-Royo et al. (2012), p. 12-13.

25 Se: <http://etiskraad.dk/Udgivelser/BookPage.aspx?bookID={E51A7E68-1C49-45B3-96F3-8E734BBAA1FE}> 26
Se fx: <http://www.pavi.dk/OmOs/palliationogpavifinanslov.aspx>

26 Regional euthanasia review committees, Annual report 2010, s.34; se: <http://www.rtde.eu/node/19>



C. Civil ulydighed i forbindelse med aktiv dødshjælp

Et tema i begge Rådets tidligere publikationer om aktiv dødshjælp har været, om det er på sin plads at lovliggøre aktiv dødshjælp i betragtning af, at denne form for dødshjælp kun er relevant i ganske få tilfælde. I redegørelsen fra 2003 s. 25 hedder det fx:

Disse få og ekstraordinære tilfælde bør overlades til nærtstående personlige afgørelse og samvittighed under lovens vilkår og ikke danne baggrund for et generelt normbrud i landets lov og dermed i samfundets institutioner.

I redegørelsen fra 1996 s. 150-151 er denne tankegang suppleret med følgende overvejelser:

... det strafferetlige ansvar kan graderes og i lempeligste fald være forbundet med ubetydelig eller tålelig personlig ulempe, således som der vil være tale om ved påtaleundladelse eller strafbortfald.

Udøvelse af aktiv dødshjælp under ekstraordinære tilfælde bør være en afgørelse under ansvar for det øvrige samfund og retsmyndighederne. En sådan retstilstand giver ikke sikkerhed for retfærdighed i alle enkelttilfælde, men den oprettholder den størst mulige sikkerhed mod fejl og misbrug i et større perspektiv.

Overvejelserne er aktuelle i tilknytning til sagen om den 60-årige mand, der forsøgte at hjælpe sin syge 84-årige fader til at dø.²⁷ Sønnen fik af retten i Odense en straf på 60 dages betinget fængsel, hvilket kan opfattes som en meget mild dom.²⁸

Også Det Etiske Råd anno 2012 har overvejet, hvad der specifikt taler for og imod at lade det være et samvittighedsspørgsmål for de pårørende eller den behandlende læge, om de er villige til at udføre aktiv dødshjælp eller assistere patienten med at gøre selvmord og dermed udsætte sig for den risiko for retsforfølgelse, som handlingen vil medføre. Villigheden til at gøre dette afhænger naturligvis af, hvilken straf man kan forventes at få. Men hvis den netop afsagte dom i Odense kommer til at danne præcedens, vil selve straffen næppe udgøre en helt uoverstigelig barriere i forhold til at udføre aktiv dødshjælp eller assistere med selvmord. Det kan dog ikke tages for givet, at straffen ville have været lige så lav, hvis en læge, og ikke en pårørende, havde assisteret med selvmord eller havde udført aktiv dødshjælp. Noget andet er så, at det måske i nogle tilfælde kan have store sociale eller kollegiale omkostninger. Fx vil ledelsen eller kollegerne på en afdeling næppe støtte, at den enkelte læge tager sagen i egen hånd og udfører aktiv dødshjælp.

Nogle medlemmer af Det Etiske Råd mener, at det måske kan være etisk acceptabelt at udføre aktiv dødshjælp i nogle få tilfælde. Men efter disse medlemmers opfattelse er det den samlede vurdering af en række af meget specifikke omstændigheder knyttet til den enkelte situation, der er afgørende for, om det kan komme på tale eller ej. Fx er nogle af de spørgs-

27 Se fx: <http://politiken.dk/indland/ECE1649774/soen-faar-betinget-dom-for-at-hjaelpe-syg-far-med-selv mord/>

28 Det skal bemærkes, at strafferammerne for assisteret selvmord og aktiv dødshjælp ikke er fuldstændig identiske jf. § 239 og 240 i straffeloven: § 239. Den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes med fængsel indtil 3 år. § 240. Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes med bøde eller fængsel indtil 3 år.

mål, man må tage stilling til, om patienten virker habil og fuldstændig afklaret angående sin anmodning om dødshjælp; hvor længe patienten forventes at leve uden aktiv dødshjælp; hvilken karakter patientens lidelser har, om de er umulige at lindre inden for en periode, og om de er fuldstændig uudholdelige, mv.

Det er altså nødvendigt at forholde sig til den helt konkrete situation for at finde ud af, om aktiv dødshjælp er en acceptabel mulighed eller ej. Men netop derfor lader det sig ikke gøre at udforme en lov, der opstiller klare retningslinjer for, i hvilke tilfælde aktiv dødshjælp skal være tilladt. En sådan lov må nødvendigvis dække et bredt spektrum af situationer og angiver derfor ikke de specifikke omstændigheder, der vil være afgørende for vurderingen af den enkelte situation. Et alternativ til denne type af lovgivning kunne være at fastlægge en procedure, som med rimelig sikkerhed fører til, at der kun udføres aktiv dødshjælp under acceptable omstændigheder. Men også en sådan procedure er det vanskeligt at udforme, fordi det i sidste ende altid vil være udtryk for de involverede personers skøn, om aktiv dødshjælp er acceptabel. Om skønnet er korrekt kommer dermed uundgåeligt til at afhænge af faktorer som den enkeltes dømmekraft og etiske dannelse, kulturen på de involverede afdelinger, mv. I den givne sammenhæng er det ikke nødvendigvis acceptabelt, at den slags faktorer kommer til at have afgørende betydning, og problematikken demonstrerer, at en lovgivning af aktiv dødshjælp på ingen måde løser alle problemer. Der vil derimod opstå nye typer af problemer knyttet til vurderingen af, hvornår det kan være på sin plads at udføre aktiv dødshjælp.

På grund af de beskrevne problemer med at udforme en tilfredsstillende lovgivning, kan det være nærliggende at bibeholde den nuværende lovgivning. Hvis enkeltpersoner – det være sig pårørende eller læger – af samvittighedsgrunde vælger at udføre aktiv dødshjælp, må domstolene i hvert enkelt tilfælde tage stilling til hvor alvorlig en forseelse, der er tale om. Denne retshandling kan siges at have karakter af en fælles stillingtagen, hvor samfundet som helhed påtager sig et ansvar for at fastlægge kriterier for i hvilke tilfælde, det må anses for acceptabelt at udføre aktiv dødshjælp. Og den, der dømmes mildt eller med straffrihed, oplever, at samfundet tager det fælles ansvar på sig og siger, at det var en forkert, men nødvendig handling – som vi nu i fællesskab tager ansvar for.

At den enkelte risikerer at blive retsforfulgt kan måske også medvirke til, at den enkelte person faktisk er tilbageholdende med at udføre aktiv dødshjælp. Dette er i det mindste opfattet i Det Ethiske Råds redegørelse fra 1996:

Forbuddet bevirker utvivlsomt en udtalt og ønskelig tilbageholdenhed hos læger med at indlade sig på aktiv dødshjælp. Straffelovens signalværdi er tydelig. Lovens bestemmelser er et klart udtryk for den samfundsmæssige strenghed, hvormed sådanne handlinger bedømmes. Den læge, der vil sætte sig ud over forbuddet, udsætter sig for en stor personlig risiko, hvilket indebærer en høj grad af sikkerhed for, at sådanne handlinger kun foretages på grundlag af indgående etiske refleksioner.
s. 151.



Man kan udmærket sætte spørgsmålstegn ved, om denne opfattelse er holdbar. Hvis aktiv dødshjælp ikke er tilladt, har den enkelte læge eller pårørende et klart incitament til at udføre aktiv dødshjælp, uden at det bliver opdaget. Derfor kommer aktiv dødshjælp let til at foregå i det skjulte med de indlysende begrænsninger, dette fører med sig. Ikke mindst fravælger den enkelte læge måske den kollegiale udveksling, der kan udgøre en væsentlig ressource for den etiske refleksion og også kan have karakter af en intern selvjustits, der giver en vis sikkerhed for, at den enkelte læge ikke foretager en fejlurdering. En lignende problematik er involveret, hvis pårørende udfører aktiv dødshjælp eller assisterer med selvmord, men som sagen fra Odense demonstrerer, er der her også en anden problemstilling involveret. Det lykkedes nemlig ikke den 60-årige mand at slå sin far ihjel, hvilket må formodes enten at skyldes manglende adgang til eller manglende viden om medicin. Dette taler for, at det under alle omstændigheder er hensigtsmæssigt at involvere medicinske fagpersoner i forløb med aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord - også selv om det er en pårørende, der er den hovedansvarlige for forløbet. Dette er formodentlig svært at arrangere, hvis aktiv dødshjælp ikke er tilladt. Ligeledes ville det af rent praktiske grunde være svært for personen at udføre aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord, hvis den pårørende var indlagt på et sygehus eller lignende, medmindre handlingen var lovliggjort.

D. Lægerollen og omsorgens væsen

Et væsentligt argument i debatten om aktiv dødshjælp er, at det er uforeneligt med lægens rolle at slå patienten ihjel. Tilhængerne af argumentet peger på, at der er en tusindårig tradition for, at lægegerningen bør rette sig mod at kurere patientens sygdom og afhjælpe patientens lidelser, idet lægens særlige ekspertise er den medicinske ekspertise, som primært har blik for patienten som et biologisk væsen.²⁹ Denne forståelse af lægens rolle blev formuleret flere hundrede år før Kristi fødsel af den græske læge Hippokrates (cirka 460 f.Kr. - 370 f.Kr.) og indgår i Den Hippokratiske Ed, som har haft meget stor betydning for forståelsen af lægegerningen. I eden står der blandt andet:

Diætetiske Forskrifter vil jeg benytte til de syges Gavn efter Evne og bedste Skjøn og hindre dem, der kan volde Skade og Fortræd. Selv om jeg opfordres dertil, vil jeg ikke udlevere nogen dødelige Gifte eller give noget saadant Raad...³⁰

Hvis lægen udfører aktiv dødshjælp og altså anvender sin viden til at fjerne patientens lidelser ved at slå patienten ihjel, går lægen ud over sin normale rolle i mindst to henseender. For det første skal lægen drage omsorg for at lindre patientens lidelser, hvilket ikke er foreneligt med at slå patienten ihjel: Omsorgens fokus skal være patienten som et levende væsen og skal gives *indtil døden*, ikke for at opnå døden. Og for det andet bliver lægen uundgåeligt trukket ind i at træffe beslutninger og foretage vurderinger, som han eller hun ikke i kraft af sin ekspertise som læge har særlige forudsætninger for at foretage. For som tidligere beskrevet efterspørger patienterne ikke aktiv dødshjælp alene på grund af fysiske lidelser. Ønsket om at fremskynde døden skyldes altid flere forskellige faktorer og involverer også fx

29 For en uddybning af denne tankegang Se fx D. Callahan: "When self-determination runs amok"; *Hastings Center Report*, 1992 mar-april; 22(2). At den særlige medicinske ekspertise har at gøre med patienten som biologisk væsen udelukker naturligvis ikke, at lægen i sin omgang med patienten skal betragte og behandle denne som andet end en biologisk mekanisme.

30 Se: http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/L%C3%A6ger/Hippokrates

eksistentielle, filosofiske, psykologiske og religiøse spørgsmål, som klart ligger uden for den lægefaglige kompetence.

For nogle medlemmer af Det Ethiske Råd udgør uforeneligheden af lægerollen og dette at udføre aktiv dødshjælp et stærkt argument for, at det er urimeligt at pålægge læger som gruppe at udføre aktiv dødshjælp, også selv om patienten selv anmoder om det. Desuden må det forventes, at kun ganske få læger reelt vil være interesserede i at gøre det. Et andet problem er, at det kan skabe problemer i læge-patient-forholdet, hvis lægen bryder med sin normale rolle. For nogle patienter vil lægens rolle måske blive uklar, hvilket kan føre til en manglende tillid til, om lægen i alle tilfælde faktisk kan forventes at varetage patientens interesser.

Det skal nævnes, at ikke alle medlemmer af Det Ethiske Råd anser lægegerningen for at være uforenelig med at udføre aktiv dødshjælp. Disse medlemmer vil blandt andet pege på, at aktiv dødshjælp ikke i væsentlig grad adskiller sig fra anden lægelig praksis, som anses for at være forenelig med lægerollen, fx passiv dødshjælp og abort. De medlemmer, der har denne holdning, mener derfor ikke, at lovgivning af aktiv dødshjælp kan afvises med henvisning til lægerollen.

E. Argumenter om følgerne

I debatten om aktiv dødshjælp fremføres argumenter af to helt forskellige typer. Den ene type er af principiel karakter, som fx "aktiv dødshjælp bør lovliggøres, fordi det enkelte menneske har ret til at bestemme over sit eget liv og sin egen død". I én forståelse af argumentet udtaler det sig ikke om konsekvenserne af at tillade aktiv dødshjælp. Det ville det gøre, hvis påstanden fx samtidig var, at det enkelte menneske er bedst til at træffe de beslutninger, der skaber mest mulig livskvalitet for individet – netop derfor skal det bestemmes selv. Hvis det var det, der var påstanden, ville det være muligt at forsøge at undersøge, om det nu rent faktisk også forholder sig sådan. Hvis argumentet derimod er af principiel karakter, er det ikke så enkelt at sige noget om, hvordan man kan afvise eller begrunde det. For som tidligere nævnt ender begrundelserne med enten at være cirkulære eller udgøre en uendelig regres.

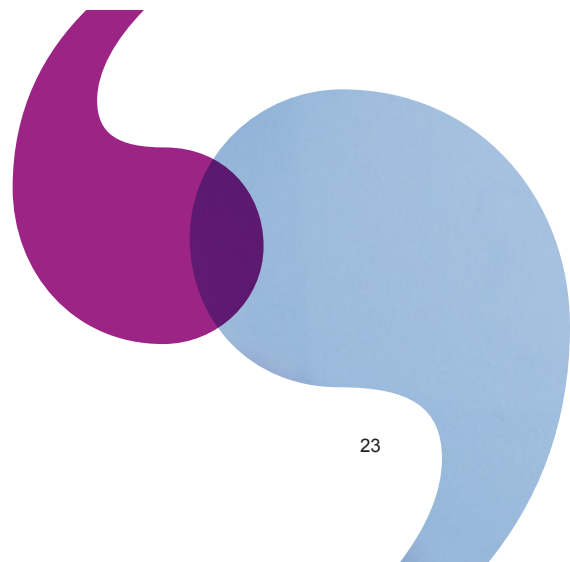
Som det fremgår, er en anden type af argumenter dem, der udtaler sig om *konsekvenserne* af at tillade aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord. Denne type af argumenter er der mange af i debatten. Blandt nogle af dem, der oftest fremføres, kan nævnes de følgende:

- Hvis aktiv dødshjælp lovliggøres og bliver en accepteret praksis, vil det ændre forståelsen af omsorg på en måde, som vil forringe den palliative indsats. Døden vil blive medtænkt som et alternativ til pleje og lindring, derfor vil omsorg ikke længere være ensbetydende med at være der for og give støtte til patienten, uanset hvad der sker.
- Lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil underminere princippet om menneskelivets ukrænkelighed og beslægtede principper om lighed og menneskeværd. Dette kan føre til en uønskværdig ændring af praksis også i andre sammenhænge.
- Lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil føre til, at nogle patienter presses til at anmode om aktiv dødshjælp af pårørende, fx fordi de føler sig til besvær og oplever at være en byrde for andre.

- Lovliggørelse af aktiv dødshjælp efter begæring fra patienten vil hen ad vejen føre til aktiv dødshjælp uden begæring. I det hele taget vil kravene til, hvornår der udføres aktiv dødshjælp, uundgåeligt slækkes efterhånden.
- Lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil føre til en stigmatisering af de patientgrupper, det ville kunne komme på tale at udføre aktiv dødshjælp på. Deres liv anses ikke for værd at leve.
- Lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil underminere patienternes tillid til lægen, fordi lægens opgave ikke længere kun er at kurere patientens sygdom.

Alle disse argumenter udtaler sig om, hvad der vil ske, hvis aktiv dødshjælp lovliggøres. I princippet kunne man derfor undersøge, om de er korrekte, selv om det selvfølgelig er særdeles vanskeligt i praksis, blandt andet fordi erfaringerne fra andre lande ikke uden videre kan overføres til dansk sammenhæng. Under alle omstændigheder er det dog uhyre vigtigt, at man i forbindelse med den danske diskussion om lovliggørelse af aktiv dødshjælp forsøger at tage ved lære af erfaringerne fra de lande, hvor aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord har været tilladt gennem en årrække, lande som fx Holland og Schweiz. I nogle tilfælde er det givetvis muligt at bruge disse erfaringer til at sandsynliggøre, om de anførte argumenter om konsekvenserne af at indføre en given lovgivning har noget på sig eller ej. Alt i alt vil Det Ethiske Råd derfor kraftigt anbefale, at erfaringerne fra udlandet undersøges meget grundigt forud for en eventuel lovændring i Danmark.

Det Ethiske Råd finder det samtidig væsentligt at gøre opmærksom på, at uanset om aktiv dødshjælp lovliggøres eller ej, er der andre faktorer end lovgivningen, som har afgørende indflydelse på, om der indfinder sig en hensigtsmæssig og etisk acceptabel praksis i forbindelse med behandlingen af og beslutningerne angående alvorligt syge eller døende patienter. Særligt vil Rådet her fremhæve væsentligheden af, at der udvikles en kultur på de enkelte behandlingssteder, som understøtter de enkelte sundhedspersoners blik for hver enkelt patients livssituation og behov og ruster sundhedspersonen til at gå ind i en åben og frugtbar dialog med både patienten, de pårørende og det øvrige personale. Hvis patienten beder om hjælp, bør sundhedspersonen anstrenge sig for at give en sådan hjælp ud fra en forståelse for patientens specifikke perspektiv og behov. Hvis dette lykkes, vil det efter Rådets vurdering være en medvirkende årsag til, at antallet af patienter, der oplever et behov for at få udført aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord, nedbringes.





DET ETISKE RÅD

Rentemestervej 8
2400 København NV
Tel: +45 7221 6860

Det Etiske Råds udtalelse om eventuel lovliggørelse af aktiv
dødshjælp kan downloades fra Det Etiske Råds website

www.etiskraad.dk