

Etik og lovgivning om aktiv dødshjælp

Et gennemgående tema i alle Rådets 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 rets-myndighederne. En sådan retstilstand giver ikke sikkerhed for retfærdighed i alle enkelttilfælde, men den opretholder den størst mulige sikkerhed mod fejl og misbrug i et større perspektiv."

Overvejelserne er aktuelle i tilknytning til en sag fra sommeren 2012, hvor en 60-årig mand forsøgte at hjælpe sin syge 84-årige fader til at dø. Sønnen fik af retten i Odense en straf på 60 dages betinget fængsel, hvilket kan opfattes som en meget mild dom.

Et af de centrale spørgsmål i diskussionen er, hvad der specifikt taler for og imod at lade det være et samvittighedsspørgsmål for de pårørende eller den behandlende læge. Altså 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 dommen fra 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.

En holdning kan være, at det måske kan være etisk acceptabelt at udføre aktiv dødshjælp i nogle få tilfælde. Men det er 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 spørgsmål, 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 lovliggørelse 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 opfattelsen i Det Etske 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."

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 som også kan have karakter af en intern selvjustits, der giver en vis sikkerhed for, at den enkelte læge ikke foretager en fejlsvurdering. 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.