

Dødshjælp? en redegørelse

© Det Ethiske Råd 1996
Produceret af Grafiraf
Omslagsfoto: Olle Lindstedt MIRA/2. maj
Tryk: Handy Print

ISBN 87-90343-09-3

Indholdsfortegnelse

Medlemmer af Det Ethiske Råd

DEL I

FORORD OG SAMMENFATNING

Forord

1. Sammenfatning af redegørelsens opbygning og indhold

DEL II

BESKRIVELSE AF PROBLEMSTILLINGEN

2. Hvad handler debatten vedrørende aktiv dødshjælp om?

2.1. Hovedprincipperne i dansk ret

2.2. Nærmere om passiv og aktiv dødshjælp

2.2.1. Behovet for konkretisering

2.2.2. Fravalg af behandling - retten til at dø

2.2.3. Tilvalg af aktiv dødshjælp - retten til at blive dræbt

2.3. Forudsatte betingelser for lovliggørelse

2.4. Lovtekniske fremgangsmåder ved lovliggørelse

2.5. Om den gode død og det gode liv

3. Princippet om menneskelivets ukrænkelighed over for retten til at dø - nogle udviklingstendenser

4. Lindring, omsorg og pleje

4.1. Alvorligt og uhelbredeligt syges situation - den palliative indsats i bred forstand

4.2. Smerte, depression og selvmordstanker

4.2.1. Smertebehandling

4.2.2. Den psykosociale indsats

4.2.2.1. Indledning

4.2.2.2. Behandling af depression

4.2.2.3. Indsatsen i forbindelse med patienters selvmordstanke

4.2.4. Behovet for samordning af den palliative indsats i det enkelte tilfælde

4.3. Den palliative indsats i Danmark

4.3.1. Udviklingen i hospitalsplejen

4.3.2. Hjemmepleje af døende

4.3.3. Hospice bevægelsen

4.4. Udviklingen af den palliative indsats

4.4.1. Udvikling af gode standarder for smertebehandling

4.4.2. Uddannelse, forskning og planlægning

4.4.3. Opsummering af udviklingsbehovene i forbindelse med den palliative indsats

5. Patienters og behandlende lægers afgørelser vedrørende dødens indtræden - dansk ret

5.1. Indledning

5.2. Baggrunden for lovgivningen om patienters selvbestemmelse

5.3. Fravalg af lægelig behandling

5.3.1. Patienter i en tilstand, hvor selvbestemmelsesret kan udøves (fornuftshabile patienter)

5.3.2. Patienter i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves (inhabile patienter)

5.3.2.1. Udgangspunktet - pligten til at foretage uopsættelig behandling

5.3.2.2. Situationer med ret eller pligt til at afstå fra livsnødvendig behandling

5.3.2.3. Særligt om behandling af personer, der har forsøgt selvmord

5.3.2.4. Lovgivningen om livstestamente

5.3.3. Betydningen af lovbestemmelserne om selvbestemmelse

5.4. Tilvalg af en bestemt ydelse fra sundhedsvæsenet

5.4.1. Alment om ønsker vedrørende bestemte ydelsersundhedsvæsenet

5.4.2. Udtrykkeligt tilvalg af livsforlængende behandling omvendt livstestamente

5.4.3. Lindring af terminale patienters lidelser (dobbelteffekten)

5.5. Om aktiv dødshjælp - drab efter begæring/hjælp til selvmord

5.5.1. Indledning

5.5.2. Drab efter begæring

5.5.3. Hjælp til selvmord

5.5.4. Adgangen til lempelse ved strafudmåling og i talepraksis

5.6. Sammenfatning vedrørende dansk ret

6. Hollandsk ret om aktiv dødshjælp

7. Begrundelser til fordel for en lovliggørelse af aktiv dødshjælp

7.1. Principielle begrundelser for lovliggørelse

7.1.1. Individets selvbestemmelsesret

7.1.2. Omsorgen for den lidende patient

7.1.3. Den enkeltes menneskeværd eller menneskelige værdighed

7.2. Forventede gavnlige konsekvenser ved en lovliggørelse

7.2.1. Betydning for lægerollen

7.2.2. Samfundsmæssige konsekvenser i øvrigt

DEL III

**DET ETISKE RÅDS FLERTALS OVERVEJELSER VEDRØRENDE LOVLIGGØRELSE AF
AKTIV DØDSHJÆLP**

8. Overordnede etiske princippers betydning

8.1. Menneskelivets ukrænkelighed

8.2. Vurdering af argumenterne for aktiv dødshjælp

8.2.1. Individets selvbestemmelsesret

8.2.2. Omsorgen for den lidende patient - livskvalitet og barmhjertighed

8.2.3. Respekt for det levede menneskeliv og den enkeltes livssyn

8.3. Lovliggørelse af aktiv dødshjælp - en gradbøjning af menneskers værd

9. De samfundsmæssige betænkeligheder ved lovliggørelse af aktiv dødshjælp

9.1. Behovet for beskyttelse af gamle og svært syge mod opgivelse af livet

9.2. Lægens afgørende indflydelse - selvbestemmelsesretten som illusion

9.3. Ændring af lægens faglige selvopfattelse - ødelæggelse af patient-læge forholdet og sygehusvæsenets image

9.4. Beslutningsgrundlagets usikkerhed

9.5. Risikoen for udskridning til ikke-frivillig dødshjælp

9.6. Skred i holdninger og praksis

9.7. Undergravelse af lighedssynspunkter

10. Om nogle grundlæggende sondringer

10.1. Drab efter begæring - hjælp til selvmord

10.2. Fravalg af livsforlængende behandling - tilvalg af livsafkortende foranstaltninger

10.3. Om retlig regulering af undtagelsestilfælde - etik/(straffe)ret

11. Det Etske Råds flertals konklusion

DEL IV

DET ETISKE RÅDS FLERTALS ANBEFALINGER VEDRØRENDE LOVLIGGØRELSE AF AKTIV DØDSHJÆLP

12. Det Etske Råds flertals anbefalinger vedrørende lovliggørelse af aktiv dødshjælp

DEL V

DET ETISKE RÅDS MINDRETALS ANBEFALINGER VEDRØRENDE LOVLIGGØRELSE AF AKTIV DØDSHJÆLP

13. Mindretallets udtalelse

13.1 Indledning

13.1.1. Uenighedens art

13.1.2. En forskel i perspektiv

13.2 Forudsætninger

13.2.1 Drab efter begæring

13.2.2. Respekt for selvbestemmelse

13.2.3. Selvbestemmelse og aktiv dødshjælp

13.2.4. Uudholdelig og udsigtsløs lidelse

13.3 Skadevirkningerne

13.3.1. Glidebanen

13.3.2. En afkriminalisering kan ikke administreres efterhensigten

13.3.3. "Patienten bestemmer over lægen"

13.3.4. Lægen bestemmer over patienten

13.3.5. Glidebanens anden del: udvidelse af området for aktiv dødshjælp. Fra frivillig til ikke-frivillig dødshjælp

13.4. Flertallets støtteargument: den magiske grænse

13.4.1. Udskridningsargumenterne i nyt lys

13.4.2. En gradbøjning af menneskelivets værd

13.4.3. "Tvetydiggørelsen af lægerollen"

13.4.4. Delvis ophævelse af drabsforbuddet

13.5. Opretholdelse af den nuværende ordning

13.6. Forbedret hjælp til døende

13.7. Konklusion

Noter

Bilag 1. Reglerne om afståelse fra udsigtsløs livsforlængende behandling ("passiv" dødshjælp)

Bilag 2-7. Lovregler og administrative forskrifter

Bilag 2. Lov om ændring af lægeloven

Bilag 3. Cirkulære om information og samtykke mv. "Lægers pligt og patienters ret"

Bilag 4. Cirkulære og vejledning om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamente mv. Vejledning om lægers forpligtelser i relation til indholdet af livstestamenter mv.

Bilag 5. Bekendtgørelse om livstestamenter

Bilag 6. Vejledning om morfindrop

[Bilag 7.Livstestamentformular](#)

[Bilag 8.Notits om medicinsk smertebehandling, herunder særligt om anvendelse af opioider og såkaldt morfindrop](#)

[Bilag 9. Notits om hollandsk ret vedrørende dødshjælp](#)

[Bilag 10. Ordforklaring](#)

Litteratur om dødshjælp

Medlemmer af Det Ethiske Råd

Domprovst Niels Henrik Arendt
Forfatter, præst Asger Baunsbak-Jensen
Rektor, dr.phil. Else Marie Bukdahl (indtil april 1996)
Informationschef, journalist Barbara Gram
Læge, adjunkt, Ph.D Søren Holm
Lektor, mag.art. Jørgen Husted
Læge, cand.med. Ellen Kappelgaard
Forskningslektor, cand.mag., Ph.D., Lene Koch
Professor, dr.scient. Ebba Lund
Professor, overlæge, dr.med. Jens Ole Nielsen
Professor Lars Nordskov Nielsen (formand)
Professor, dr.jur. Linda Nielsen
Overlæge Sigurd Olesen
Professor, overlæge, dr.med. Mikael Rørth
Børnehaveklasseleder Inga Steiner Sørensen
Lektor, lic.jur. Jørn Vestergaard
Miljøkonsulent cand.psych. Marianne Wangsted (næstformand)

DEL I

FORORD OG SAMMENFATNING

Forord

Sundhedsvæsenets opgaver i forbindelse med livets afslutning har gennem de senere år påkaldt sig omfattende interesse. De sundhedsfaglige, retlige og etiske spørgsmål vedrørende omsorgen for døende og forskellige former for dødshjælp optager såvel fagfolk som den brede offentlighed. Debatten om disse spørgsmål præges af et stort antal indslag i både fagpresse, dagspresse, radio og tv. Såvel spørgsmålet om god terminalpleje som spørgsmålet om retten til at dø er blevet påtrængende for mange mennesker.

Den sundhedsfaglige udvikling har gjort det muligt at forlænge livet for mange patienter, som tidligere ikke ville have haft samme udsigt til overlevelse. Dette bevirker bl.a., at mange patienter med alvorlige sygdomme lever længere. I nogle tilfælde lever de videre med svære sygdomssymptomer. Sundhedsvæsenet kan imidlertid også lindre smerter og tilbyde pleje, støtte og omsorg på en ganske anden måde end tidligere.

I mange tilfælde er det oplagt, at livsforlængende behandling er til patientens bedste, og mange patienter er ikke i tvivl herom. Der er imidlertid også tilfælde, hvor det er tvivlsomt, om det er godt og rigtigt at iværksætte eller fortsætte med livsforlængende behandling. På den baggrund har Folketinget i

1992 vedtaget vidtgående regler om afkald på udsigtsløs livsforlængende behandling og har dermed imødekommet stærke ønsker i befolkningen om lovliggørelse af såkaldt passiv dødshjælp.

For mange mennesker er det ikke tilstrækkeligt at kunne afvise muligheden for at blive holdt kunstigt i live; man ønsker tillige en ret til såkaldt "aktiv dødshjælp", dvs. en ret til at få sundhedsvæsenets bistand til afkortning af livet, hvis dette på den ene eller anden måde opleves som uudholdeligt. Fra denne bevægelse stilles der med andre ord krav om i én eller anden udstrækning at få afkriminaliseret en læges udøvelse af drab efter begæring/hjælp til selvmord.

Forud for den nævnte lovændring i 1992 blev der af en arbejdsgruppe under Justitsministeriet udarbejdet en betænkning om afkaldt på livsforlængende behandling. I betænkningen drøftede arbejdsgruppen såvel undladelse af udsigtsløs livsforlængende behandling som aktiv dødshjælp. Arbejdsgruppen fandt ikke grundlag for at tillade aktiv dødshjælp, hverken efter eller uden patientens begæring. Man bemærkede bl.a., at under en sådan ordning ville dele af befolkningen måske kunne nære utryghed ved at lade sig undergive lægebehandling, samt at der må antages at være alvorlig risiko for misbrug af en sådan ordning.

Det Ethiske Råd afgav i 1991 en udtalelse vedrørende arbejdsgruppens betænkning. Der var i rådet enighed om at anbefale en opretholdelse af kriminaliseringen af aktiv dødshjælp. I den forbindelse lagde rådet vægt på, at der med den nugældende lovgivning er åbnet mulighed for en tilstrækkeligt nuanceret strafferetlig bedømmelse af medlidenhedsdrab. Rådet lagde til grund, at der kan tænkes tilfælde, hvor medlidenhedsdrab forekommer at være det etisk set mindste onde, men at sådanne tilfælde er ekstreme og sjældne. På den baggrund blev det i udtalelsen fremhævet, at hvad der i én situation kan være det etisk rigtige, ikke af den grund nødvendigvis skal lovliggøres, idet en afkriminalisering ville åbne for en række tungtvejende muligheder for misbrug.

Ved Folketingets efterfølgende drøftelser om ændringer i lægeloven blev afvisningen af en afkriminalisering af lægeligt udøvet aktiv dødshjælp lagt til grund.

Spørgsmålet om aktiv dødshjælp har i de seneste år fået en fornyet interesse på baggrund af praksis i Holland. Omkring årsskiftet 1993/94 lovfæstede man her en ordning, som internationalt har været genstand for stor opmærksomhed. For nylig er folkeafstemninger i den amerikanske enkeltstat Oregon samt Australiens Northern Territory faldet ud til fordel for en vis lovliggørelse af aktiv dødshjælp, men af forskellige grunde er disse ordninger ikke trådt i kraft.

På baggrund af den fortsatte debat om lovliggørelse af aktiv dødshjælp nedsatte Det Ethiske Råd i april 1993 en arbejdsgruppe med henblik på at behandle spørgsmålet. Arbejdsgruppen kom til at bestå af forskningsmedarbejder, sygeplejerske Ulla Fasting, lektor, mag. art. Jørgen Husted, rektor, dr. theol. Ole Jensen samt lektor, lic. jur. Jørn Vestergaard. Sidstnævnte blev af arbejdsgruppen udpeget som dennes formand. Rådet havde herefter i november 1993 en bred drøftelse af emnet på baggrund af oplæg fra arbejdsgruppen. Ved udgangen af 1993 ophørte det tidsbegrænsede medlemskab af rådet for en række medlemmer, herunder Ulla Fasting og Ole Jensen.

Arbejdsgruppen kom herefter til at bestå af følgende rådsmedlemmer:

domprovst Niels Henrik Arendt,
lektor, mag.art. Jørgen Husted (udtrådt januar 1995),
professor, overlæge, dr. med. Jens Ole Nielsen,
overlæge Sigurd Olesen,
børnehaveklasseleder Inga Steiner Sørensen, samt
lektor, lic. jur. Jørn Vestergaard (formand).

Arbejdsgruppens sekretariatsbistand er på skift blevet varetaget af cand.jur. et phil. Nina Schultz-Lorentzen, cand.scient. Thomas Buus Sørensen, cand.jur. Anne Greve Petersen og kultursociolog Anders Bildsøe Lassen. Redegørelsens tekst er ført i pennen af arbejdsgruppens formand.

Det Ethiske Råd havde i marts 1994 en fornyet drøftelse af spørgsmålet om aktiv dødshjælp. Arbejdsgruppens hovedopgave har herefter været at behandle spørgsmålet om, hvorvidt den nuværende

retstilstand bør ændres, således at det i sundhedsvæsenet bliver lovligt at foretage dødshjælp i tilfælde, der ikke er omfattet af de regler, som i 1992 blev lovfæstet i lægeloven.

For at knytte debatten til de praktiske erfaringer, som gøres i og i forhold til sundhedsvæsenet, afholdt Det Ethiske Råd i december 1994 en åben høring med deltagelse af bl.a. sundhedspersonale samt medlemmer af Folketingets retsudvalg, sundhedsudvalg og udvalg vedrørende Det Ethiske Råd. Oplæggene fra høringen er udgivet i rapporten *Det Ethiske Råds konference om aktiv dødshjælp: Er der behov for nye regler?*

Arbejdsgruppens foreløbige udkast til redegørelse har været behandlet på plenarmøder i Det Ethiske Råd i august og december 1995. Det endelige udkast fra arbejdsgruppen blev færdigbehandlet på rådets plenarmøde den 28. marts 1996.

Rådet har fra Jørgen Husted modtaget en mindretalsudtalelse af 10. april 1996, dvs. efter at arbejdet med redegørelsen var afsluttet. Rådet har ikke efter modtagelsen af mindretalsudtalelsen fundet anledning til at genoptage drøftelserne om redegørelsens indhold.

Det Ethiske Råds anbefalinger i redegørelsen vedrører ikke blot spørgsmålet vedrørende aktiv dødshjælp, men også behovet for en yderligere udvikling af samfundets indsats i forbindelse med den pleje, omsorg og støtte, som er af afgørende betydning for alvorligt og uhelbredeligt syges livskvalitet.

1. Sammenfatning af redegørelsens opbygning og indhold

Det Ethiske Råds redegørelse om dødshjælp er inddelt i fem dele. Redegørelsens **del II** indeholder først og fremmest en beskrivelse af de sundhedsfaglige, retlige og etiske spørgsmål i forbindelse med dødshjælp.

I **kapitel 2** søges det klargjort, hvad debatten vedrørende dødshjælp handler om. Der gives nogle konkrete eksempler på passiv dødshjælp og aktiv dødshjælp, og retstilstanden indkredses med henblik på at belyse, hvad der er lovligt, og hvad der er forbudt. En kort oversigt vedrørende retstilstanden findes i *bilag 1*. Herefter redegøres der for grundtrækkene i de ordninger, som nogle deltagere i den offentlige debat ønsker lovgiggjort. De relevante bestemmelser i lægeloven og de hertil knyttede administrative forskrifter er gengivet i *bilag 2-7*.

Redegørelsens **kapitel 3** fremhæver nogle af de træk ved den sundhedsfaglige og samfundsmæssige udvikling, som er baggrund for, at spørgsmålet om adgang til forskellige former for dødshjælp rejser sig med særlig styrke og betydning i vor tidsalder.

I **kapitel 4** redegøres der for mulighederne for at lindre smerter og tilbyde pleje, støtte og omsorg til svært syge og døende. Det påpeges, at selv om der på nogle punkter har været en positiv udvikling inden for dette område, er der fortsat behov for en styrkelse af indsatsen. Dette synspunkt vil man kunne tilslutte sig både som tilhænger og modstander af aktiv dødshjælp. Næppe nogen ønsker, at dødshjælp udøves som alternativ til en god lindrende og støttende indsats ved livets afslutning. I *bilag 8* er der redegjort nærmere for nogle spørgsmål i forbindelse med smertebehandling.

Dansk ret vedrørende forskellige former for dødshjælp beskrives mere indgående i redegørelsens **kapitel 5**.

Spørgsmålet om aktiv dødshjælp har i de seneste år fået en fornyet interesse på baggrund af praksis i Holland. Omkring årsskiftet 1993/94 lovfæstede man her en ordning, som er udviklet over en årrække, se nærmere redegørelsens **kapitel 6** samt oversigten i *bilag 9*. Denne ordning har internationalt været genstand for stor opmærksomhed, og har også fået megen omtale i Danmark.

I redegørelsens **kapitel 7** gives der en oversigt over de argumenter, som dels i udlandet dels herhjemme er gjort gældende af fortalere for lovgivning om aktiv dødshjælp.

I **del III** redegøres der for Det Ethiske Råds flertals overvejelser vedrørende lovgivning om aktiv

dødshjælp. I **kapitel 8** drøftes nogle overordnede etiske princippers betydning. I **kapitel 9** belyses konsekvenserne af en eventuel lovliggørelse. I **kapitel 10** berøres betydningen af nogle grundlæggende sondringer, og i **kapitel 11** konkluderes der.

Redegørelsens **del IV** indeholder Det Etske Råds flertals anbefalinger. Helt overordnet anbefales det at opretholde de gældende forbud mod drab efter begæring og hjælp til selvmord. Anbefalingerne vedrører imidlertid ikke blot spørgsmålet om lovliggørelse af aktiv dødshjælp, men også behovet for at styrke den yderligere udvikling af samfundets indsats i forbindelse med den pleje, omsorg og støtte, som er af afgørende betydning for svært og uhelbredeligt syges livskvalitet.

I redegørelsens **Del V** afgiver Jørgen Husted en mindretalsudtalelse.

Redegørelsen indeholder i *bilag 10* en ordforklaring.

Redegørelsen bærer titlen *Dødshjælp?* Spørgsmålstegnet er taget med for at tydeliggøre, at arbejdet med redegørelsen ikke har taget sit udgangspunkt i noget givet, men netop i, at det er et åbent spørgsmål, om man her i landet skal lovliggøre aktiv dødshjælp.

Det Etske Råd har i redegørelsen lagt vægt på at beskrive det behov, som svært syge og uhelbredelige mennesker har for pleje, omsorg og støtte. Med hensyn til mulighederne for med lægelig medvirken at fravælge livsforlængende, henholdsvis tilvælge livsforkortende foranstaltninger har rådet tilstræbt en tydeliggørelse af, hvor grænserne for det lovlige går, af de eksisterende gråzoner, og af hvad der adskiller danske forhold fra forholdene i visse andre lande.

DEL II

BESKRIVELSE AF

PROBLEMSTILLINGEN

2. Hvad handler debatten vedrørende aktiv dødshjælp om?

2.1. Hovedprincipperne i dansk ret

Danske læger har vidtgående beføjelser - og til dels pligt - til at udøve såkaldt passiv dødshjælp. Dette følger af de bestemmelser, som i 1992 blev indsat i lægelovens §§ 6 og 6 a.

Lægelovens bestemmelser regulerer *for det første* tilfælde, hvor patienten *afviser behandling*

- enten i en aktuel sygdomssituation,
- eller forudgående (typisk ved et livstestamente).

Det bærende princip er blevet, at patientens selvbestemmelse skal respekteres, hvis der er tale om en person, som retligt set har sin fulde fornuft. Dog er et livstestamente kun bindende, hvis patienten er (uafvendeligt) døende. I tilfælde af svær invaliditet, hvor patienten varigt er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, er en sådan forhåndserklæring vejledende.

Lægelovens regler regulerer for det andet tilfælde, hvor en uafvendeligt døende patient *ikke* har ytret sig for eller imod livsforlængende behandling. At patienten er uafvendeligt døende vil retligt set sige, at døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage eller uger trods anvendelse af de foreliggende behandlingstilbud.

I disse tilfælde er lægen beføjet til at forholde sig på en måde, der kan medføre en vis afkortning af patientens liv,

- enten ved at undlade en behandling, som kun kan udskyde

dødstidspunktet,

- eller ved at anvende lindrende midler, som kan medføre frem-

skyndelse af dødstidspunktet (den såkaldte dobbelteffekt).

Folketinget har altså tillagt patientens selvbestemmelsesret afgørende vægt. Hvis patienten ikke udøver nogen selvbestemmelse, lægges der betydelig vægt på et princip om at gøre den sidste del af patientens tilværelse så god som muligt.

Det spørgsmål, som er til debat i disse år under overskriften aktiv dødshjælp, er, om der skal være adgang til at gå videre, end hvad lægelovens regler nu tillader. Spørgsmålet er først og fremmest, om læger under visse omstændigheder skal have lov til at foretage handlinger, som er omfattet af de gældende bestemmelser i straffeloven om *drab efter begæring og/eller hjælp til selvmord*.

2.2. Nærmere om passiv og aktiv dødshjælp

2.2.1. Behovet for konkretisering

I den offentlige debat om lægelig dødshjælp er det ikke altid særligt klart, hvad der ligger i begreberne, og det forekommer til tider, at det ikke er det samme, man har i tankerne, endog selv om man bruger de samme ord. Debatten præges ofte af manglende konkretisering, og de overordnede etiske spørgsmål drøftes til tider i meget brede vendinger.

De eksempler, som anvendes i medierne og faglitteraturen, er næsten alle fiktive eller stiliserede, og deres forbindelse med virkeligheden lader sig ikke efterprøve. Det Ethiske Råd har forgæves rettet henvendelse til nogle af de læger, som offentligt har været blandt fortalere for lovgivning af aktiv dødshjælp, for at få autentiske eksempler på tilfælde, som kunne belyse behovet for en sådan ordning.

Ved udvælgelsen af de eksempler, som benyttes i det følgende, er der lagt vægt på, at der er tale om veldokumenterede sager, så vidt muligt vedrørende danske forhold.

Udtrykkene passiv dødshjælp og aktiv dødshjælp anvendes ofte til at skelne mellem, hvad der etisk set betragtes som acceptabel. Selv om udtrykkene ikke anvendes i lovgivningen, anvendes de til tider også til at beskrive, hvad der efter gældende ret er lovligt og forbudt. Dette er en smule misvisende, idet visse former for lægelig dødshjælp kan være etisk acceptabel eller efter omstændighederne kan være tilladt juridisk set, til trods for at der foretages en aktiv handling, f.eks. at afbryde en respirator eller at indgive midler, som er nødvendige for at lindre lidelse, men samtidig bevirker en afkortning af patientens liv. Berettigelsen af at yde passiv dødshjælp kan desuden bero på nærmere betingelser, som når det i dansk ret normalt forudsættes, at patienten er uafvendeligt døende. Det acceptable i forbindelse med lægelig dødshjælp kan med andre ord være både noget mere og noget mindre, end hvad der normalt forbindes med de anvendte udtryk. I nogle tilfælde kan det i øvrigt være en lidt anstrengt sprogbrug at betegne passivitet som hjælp.

I erkendelse af, at de nævnte udtryk til trods for deres mangler dog alligevel indfanger noget centralt, og at de er indarbejdet i gængs sprogbrug, vil de for nemheds skyld også blive benyttet i denne redegørelse.

For at tydeliggøre, hvad redegørelsen handler om, hvorledes der i den foreliggende sammenhæng sondres, og hvad der her ligger i begreberne, vil der i det følgende blive opstillet nogle eksempler på forskellige situationer, hvor der efter en del menneskers opfattelse bør være adgang til lægelig dødshjælp af den ene eller anden slags.

Nedenstående eksempler vil i første omgang vedrøre nogle situationer, som vedrører såkaldt passiv dødshjælp. Dernæst gives der eksempler på situationer af den type, som vil stå centralt i redegørelsen. Efterfølgende vil det blive præciseret, hvad det er for en type af virksomhed, der her er til drøftelse i forbindelse med spørgsmålet om lovgivning af aktiv dødshjælp. Der henvises i øvrigt til gennemgangen af dansk ret i kapitel 4 og til ordforklaringen i *bilag 10*.

2.2.2. Fravalg af behandling - retten til at dø

Debatten om retten til en værdig død har ikke mindst handlet om retten til at dø - underforstået dø en naturlig død - eller med andre ord, retten til at blive fri for livsforlængende behandling. Dette betegnes oft som passiv dødshjælp, et udtryk, der er forbundet med situationer som dem, der omtales i det følgende.

I Danmark er nogle grundlæggende spørgsmål vedrørende *patienters selvbestemmelsesret* nu som nævnt fastslået i lægeloven. Dette indebærer principielt, at *fornuftshabile patienter* ikke behøver at underkaste sig nogen form for lægelig behandling mod deres vilje. Så dette er ikke - længere - et praktisk spørgsmål af væsentlig retspolitisk betydning, og det er ikke dette, som debatten om aktiv dødshjælp drejer sig om.

Der er heller ikke behov for at fortsætte den retspolitiske diskussion om tilfælde, hvor *inhabile og uafvendeligt døende* patienters liv afkortes i kraft af, at - iværksættelse eller fortsættelse af - *behandling undlades*. I dansk ret er der nemlig nu en ganske vidtgående adgang hertil. Situationen kunne også her være følgende:

Efter et selvmordsforsøg ved udspring fra 4. sals højde har en patient henligget meget syg gennem mere end en måned på intensiv afdeling. Der er klare tegn på enten hjernestammeligelse eller sygdom dybt i venstre hjernehalvdel, der forårsager vekslende grader af bevidstløshed og bevidsthedssvækkelse. Patienten er næsten helt lammet og har mangelfuld lungefunktion samt vedvarende betydelig leverskade. Efter mere end en måneds intensiv behandling forværres patientens tilstand fortsat, og der er tegn på, at patientens kredsløb begynder at svigte. Han er afhængig af respiratorbehandling, men har dagen forinden været i stand til selv at trække vejret i 11 timer og til på opfordring at trykke den ene hånd sammen. Yderligere behandlingsmæssig indsats skønnes udsigtsløs med hensyn til såvel funktion som overlevelse. Den behandlende overlæge overvejer at afbryde respiratorbehandlingen med den forventede virkning, at patienten vil afgang ved døden i løbet af det kommende døgn. Under en samtale med patientens pårørende informerer overlægen dem herom.

I en konkret sag som den her beskrevne blev det fastslået, at lægen havde beføjelse til at afbryde respiratorbehandlingen (Bet. 1184 s. 55 f.). Dette følger nu udtrykkeligt af lovgivningen.

Selv om lægen i en sådan sag foretager sig en aktiv handling ved at slukke for respiratoren eller på anden måde afbryde behandling, handler et sådant tilfælde ikke om det, der i debatten kaldes aktiv dødshjælp, men om lovlig undladelse af at fortsætte med udsigtsløs behandling.

Man kunne også forestille sig, at der var tale om en bevidstløs respiratorpatient med akut leukæmi. Hvis en sådan patient bedømmes som uafvendeligt døende, har lægen også her efter omstændighederne beføjelse til at slukke for respiratoren. Tilsvarende kan det være lovligt at undlade tilførsel af flydende næring eller anden udsigtsløs behandling. Har patienten forud for en sådan situation oprettet et *livstestamente* og deri fravalgt livsforlængende behandling, skal denne forhåndserklæring respekteres.

Rådets redegørelse tilsigter med andre ord *ikke* at bidrage til en nærmere afklaring af de etiske problemer i forbindelse med de nævnte spørgsmål om afkald på og undladelse af livsforlængende behandling. Debatten om de grundlæggende principper i den forbindelse har indtil videre nået sin afslutning her i landet.

Retstilstanden er stadig usikker i visse tilfælde, hvor det drejer sig om patienter, som for altid har mistet deres fulde fornuftshabilitet og måske slet ikke er ved bevidsthed, men som ikke er uafvendeligt døende.

Stridens genstand i sådanne sager kan være af samme art som i den amerikanske sag om *Karen Ann Quinlan*. Denne kvinde havde i adskillige år ligget i koma i respirator. Domstolene medgav i 1976 kvindens familie, at respiratorbehandlingen kunne afbrydes, idet man lagde til grund, at dette var i overensstemmelse med, hvad der ville have været patientens eget ønske. Siden har amerikanske domstole behandlet en lang række sager vedrørende retten til at dø, og i 1990 traf den amerikanske højesteret en tilsvarende afgørelse i en sag vedrørende afbrydelse af behandlingen for en permanent

komapatient, *Nancy Cruzan*, som modtog droptilførsel af næring og vædske.³

I England har det givet anledning til megen debat, at House of Lords tillod afbrydelse af livsforlængende behandling i sagen om *Tony Bland*, som ved en ulykke på et forboldstadium var blevet hjerneskadet og derefter befandt sig i en vedvarende vegetativ tilstand.⁴

Herhjemme må det erkendes, at nogle grundlæggende etiske og retlige spørgsmål vedrørende afbrydelse af behandlingen for patienter i vedvarende koma (eller i dermed ligestillede tilstande) ikke er tilstrækkeligt afklaret. Det er imidlertid *ikke* tanken med Det Etske Råds redegørelse at gå ind i en nærmere drøftelse af disse forholdsvis sjældent forekommende tilfælde, som ikke i nævneværdig grad har præget den danske debat. ⁵

Alvorligt og uhelbredeligt syge patienter, som ikke er uafvendeligt døende, men som varigt er fysisk og psykisk ude af stand til at tage vare på sig selv, har i nogle tilfælde tidligere oprettet et *livstestamente* og deri afvist livsforlængende behandling, hvis de skulle komme i en tilstand som den nu foreliggende. Det kan f.eks. dreje som om svære tilfælde af afasi eller demens. Folketinget vedtog i 1992 at gøre sådanne livstestamenter vejledende. De etiske spørgsmål med undladelse af behandling i sådanne tilfælde vil ikke blive drøftet nærmere i redegørelsen.

Der skal herefter gøres nogle bemærkninger og gives nogle eksempler på situationer af den slags, som redegørelsens anbefalinger drejer sig om.

2.2.3. Tilvalg af aktiv dødshjælp - retten til at blive dræbt

I nogle tilfælde kan man ikke ved at undlade behandling yde alvorligt syge patienter hjælp til at dø. Til trods for den alvorlige sygdom forbliver patienten i live, i hvert fald en vis tid, uden at dette beror på nogen form for lægelig behandling. I sådanne tilfælde må patientens liv ikke afkortes ved andres aktive indblanding, heller ikke selv om patienten tilkendegiver et ønske om at blive hjulpet til at dø. Dette forbud gælder, uanset om behandling er udsigtsløs, og patienten allerede er døende. Lægen har således ikke lov til at fremskynde dødens indtræden ved f.eks. også at indgive patienten en dødelig indsprøjtning med en morfinopløsning. En sådan beføjelse burde lægen efter nogles opfattelse have, i hvert fald hvis patienten er svært lidende og selv har begæret en sådan form for aktiv dødshjælp.

Det følgende eksempel kan illustrere situationen for en døende patient med svære lidelser.

En kvinde har i mere end tyve år gentagne gange været indlagt på sygehus på grund af en fremadskridende og meget smertefuld ledsygdom. De seneste år har hun konstant ligget i sengen, da hun er ude af stand til at gå. Hun får dagligt smertestillende indsprøjtninger. Hun har flere gange bedt om at blive hjulpet til

at dø. En dag spiser hun en overdosis sovepiller og tager afsked med familien. Inden tabletterne har nået at virke, indlægges hun på sygehuset. Tre dage senere vurderer overlægen, at hun næppe vil kunne leve yderligere et døgn til trods for en meget intensiv behandling. Det er åbenbart, at hun lider meget. Halvandet døgn senere er hun stadig i live. (Bet. 1184 s. 16 f.)

Selv om lægen ikke må anvende en dødelig dosis morfin med det formål at fremskynde patientens død, må lægen imidlertid anvende sådanne midler, hvis de er nødvendige for at lindre en døende patients lidelser, også selv om der derved forvoldes den sidevirkning, at patientens død fremskyndes (den såkaldte dobbelteffekt).

Svært syge patienter, der ikke er døende, kan altså ikke lovligt få afkortet deres liv med andres deltagelse. Hverken drab efter begæring eller hjælp til selvmord er tilladt i nogen form, heller ikke i lægelig sammenhæng. Der er ikke noget forbud mod at forsøge selvmord, hvilket er en fremgangsmåde, som nogle af disse patienter vil kunne indlade sig på. Andre har imidlertid som følge af deres sygdom ikke denne mulighed, eller kan kun benytte sig af den med udtalt besvær, f.eks. ved spisevægning, således som følgende sag er et eksempel på.

En 56-årig plejehjemspatient lider af en sjælden nervesygdom, *olivopontocerebellar atrofi*, som viser sig ved en tiltagende degeneration af nerveceller i bestemte områder i hjernen, og som medfører svære

funktionsnedsættelser, bl.a. lammelser i alle lemmer og alvorligt talebesvær. Patienten ønsker at dø, men er ikke i stand til umiddelbart at berøve sig selv livet. I et par måneder har patienten nu nægtet at tage imod næring eller medicin og indtager kun en lille smule vædske. Sygdommen er i den seneste tid forværret, og patienten er ikke længere i stand til at tale med sin mand. Patienten virker ikke psykotisk. Hun kan meddele sig ved håndtryk. (Bet. 1184 s. 40 f.)

Andre patientgrupper er fysisk i stand til at gennemføre et selvmord, men forsøg herpå kan også mislykkes, og omstændighederne i forbindelse med selvmord er altid stærkt belastende for såvel den pågældende selv som omgivelserne. Dette kan være problematisk f.eks. for visse patienter med cancer, dissemineret sclerose eller AIDS i et tidligt stadium. Patienten har måske det ønske at ende sit liv, før sygdommen når et så fremskredent udviklingstrin, at den medfører udtalt svækkelse og forfald. Også en svært invalideret person kan være i denne situation, f.eks. hvis vedkommende er lammet på grund af en rygmærsskade og varigt ude af stand til at tage vare på sig selv. Efter nogles opfattelse skal sådanne patienter ikke være henvist til selvmordsmuligheden, men under visse forudsætninger kunne modtage aktiv dødshjælp.

Beretningerne om den amerikanske læge Jack Kevorkians selvmordsmaskine har i 1990 erne tiltrukket sig stor opmærksomhed. Han har siden 1993 assisteret mere end tyve menneskers selvmord.

Efter nogles opfattelse burde det også være lovligt for en læge at yde hjælp til selvmord eller selv at afkorte en alvorligt og uhelbredeligt syg patients liv, hvis patientens sygdom og lidelser er af psykisk art. Et eksempel på et sådant tilfælde kunne være følgende.

En mand lider af stærke depressioner og giver jævnligt udtryk for, at han er træt af livet. Han har et ikke ubetydeligt spiritusforbrug og har tidligere været indlagt på psykiatrisk hospital. For halvanden måned siden har han forsøgt selvmord. Han vil gerne have et middel, hvormed han kan tage livet af sig. (UfR 1991.48 Ø)

Endelig gør enkelte sig til fortalere for, at det må være ethvert fornuftshabilt menneskes ret i enhver situation at få bragt sit liv til ophør med assistance fra en kompetent person. Man kan til og med have det synspunkt, at der ikke forudsættes lægelig deltagelse. Så vidtgående opfattelser gøres dog sjældent gældende, når der fremsættes forslag om lovliggørelse af aktiv dødshjælp.

2.3. Forudsatte betingelser for lovliggørelse

Foran er der givet nogle eksempler på forskellige grupper af tilfælde, hvor spørgsmålet om berettigelsen af at afkorte et menneskes liv kan trænge sig på. Spørgsmålet om lovligheden af passiv dødshjælp er i vidt omfang afklaret i dansk ret. Det, der aktuelt er til debat, er spørgsmålet om at lovliggøre visse former for aktiv dødshjælp.

Tilhængerne af at lovliggøre aktiv dødshjælp udgår som regel fra en forudsætning om en *frivillig* aftale mellem en patient og en læge. De tilfælde, som debatten vedrørende aktiv dødshjælp først og fremmest drejer sig om, og som redegørelsen fra Det Ethiske Råd tager udgangspunkt i, er med andre ord:

- personer, der *selv* udtrykker ønske om at dø;
- ønsker, der er utvetydige, vedvarende og afgivet af fornuftshabile personer på et velinformeret grundlag;
- personer med svære/uudholdelige lidelser;
- varige tilstande uden udsigt til helbredelse eller lindring.

Den virksomhed, som forbindes med begrebet aktiv dødshjælp, forudsættes at være:

- varianter af drab efter begæring/hjælp til selvmord;
- aktiviteter under lægeligt ansvar;

- en virksomhed reguleret i generelle forskrifter og undergivet overordnet kontrol.

Der kan f.eks. opstilles en forudsætning om, at to læger uafhængigt af hinanden har bedømt patientens tilstand og tilkendegivelser. Det kan tillige gøres til en forudsætning, at en psykolog og/eller en psykiater har tilset patienten.

For nogle fortalere for lovliggørelse vil det muligvis være en afgørende forudsætning, at der er tale om tilfælde, hvor patienten er uafvendeligt døende, dvs. hvor det forventes, at døden vil indtræde inden for nogle dage eller nogle få uger. En sådan betingelse stilles f.eks. ikke under den hollandske ordning. Betydningen af en sådan betingelse vil blive drøftet i kapitel 7.

2.4. Lovtekniske fremgangsmåder ved lovliggørelse

Lovteknisk ville en lovliggørelse kunne tilrettelægges på flere forskellige måder. De væsentlige betingelser kunne opstilles i lovform, eller de kunne - som i Holland - opregnes i administrative bestemmelser med hjemmel i en kortfattet lovregel. Det lovmæssige udgangspunkt for en sådan regulering kunne tages i straffeloven, lægeloven, ligsynsloven eller en ny fritstående lov. Valget af lovgivningsteknik kan ikke antages at ville have afgørende indflydelse på ordningens funktionsmåde, idet det afgørende for dens rækkevidde, dens praktisering og den overordnede kontrol hermed i det væsentlige ville bero på bestemmelsernes indhold, ikke deres placering.

Uanset lovteknisk fremgangsmåde ville en lovliggørelse af aktiv dødshjælp i en eller anden udstrækning være ensbetydende med en *afkriminalisering* af den pågældende virksomhed. Dette gælder også, selv om der forudsættes en indberetningspligt, som involverer overordnede sundhedsmyndigheder eller anklagemyndigheden i hvert enkelt tilfælde, sådan som det er påbudt i Holland. Se nærmere redegørelsens kapitel 5.

2.5. Om den gode død og det gode liv

Udtrykket aktiv dødshjælp er til dels ensbetydende med det mere fremmedartede udtryk eutanasi, og begge udtryk forbindes med to forhold. For det første henviser de først og fremmest til drab efter begæring/hjælp til selvmord på en læges ansvar. For det andet vedrører de den gode død (som er den oprindelige betydning af eutanasi på oldgræsk).

Debatten om aktiv dødshjælp og eutanasi handler imidlertid ikke alene om den gode død, men også om det gode liv. For nogle tilhængere af lovliggørelse er den gode død, og dermed retten til aktiv dødshjælp, en væsentlig forudsætning for virkeliggørelsen af det gode liv. For nogle modstandere af lovliggørelse vil virkeliggørelsen af det gode liv imidlertid være truet i kraft af en anerkendelse af aktiv dødshjælp. Debatten præges således af en åbenbar tendens til, at fortalere for lovliggørelse ofte lægger afgørende vægt på hensynet til den lidende patient, mens modstanderne anfører en række forbehold, som især drejer sig om uønskede virkninger for andre, f.eks. svage patientgrupper og sundhedspersonale. Dette bidrager formentlig til, at meningsmodstandere i debatten oplever, at de ikke bliver forstået, at man taler forbi hinanden og måske ligefrem mistror hinandens motiver.

Ved udarbejdelsen af Det Ethiske Råds redegørelse om aktiv dødshjælp er den antagelse lagt til grund, at såvel tilhængere som modstandere af aktiv dødshjælp har de bedste intentioner om at gavne alvorligt syge patienter. I den følgende fremstilling tages der således udgangspunkt i, at fortalere for lovliggørelse bevæges af dybfølte etisk begrundede ønsker om at imødekomme alvorligt og uheldeligt syge patienters behov. Tilsvarende lægges det til grund, at modstanderne ikke er mindre følsomme over for menneskelig lidelse, og at de ikke nærer noget ønske om at holde svært medtagne patienter i live for enhver pris. Som modstandere af lovliggørelse afviser man ikke nødvendigvis, at det i visse tilfælde kan være i den enkeltes interesse at have adgang til aktiv dødshjælp, men man fastholder et forbud herimod ud fra overordnede pligtetiske synspunkter eller betragtninger vedrørende de samfundsmæssige konsekvenser af en lovliggørelse.

I sagens natur er spørgsmålet om lovliggørelse af aktiv dødshjælp egnet til at fremkalde stærke følelser. Debatten handler om liv og død, om lægers rolle i den forbindelse, om hvordan alvorligt og uheldeligt syge kan sikres en værdig afslutning på livet, og om hvornår og hvordan vi hver især

ønsker at dø. Der kan næppe tænkes vanskeligere spørgsmål. I det følgende kapitel vil der blive fremhævet nogle træk ved baggrunden for, at sådanne spørgsmål i vores tidsalder rejser sig med en særlig styrke og betydning.

3. Princippet om menneskelivets ukrænkelighed over for retten til at dø - nogle udviklingstendenser

I det følgende peges der på nogle samfundsmæssige udviklingstræk, som i et lidt længere historisk perspektiv har påvirket den indbyrdes vægtning af principperne om menneskelivets ukrænkelighed og den enkeltes selvbestemmelsesret. Der redegøres kort for nogle væsentlige træk ved dels det moderne menneskes opfattelse af sig selv i forhold til omgivelserne, dels den sundhedsfaglige udvikling i det seneste halve århundrede.

I det meste af historisk tid har princippet om livets ukrænkelighed haft forrang for andre etiske principper inden for vor kulturkreds. Jødedommen og Kristendommen har bidraget væsentligt til den opfattelse, at livet er helligt og ukrænkeligt, idet det er en krænkelse af Guds ret til at give og tage liv, hvis nogen tager en uskyldigs liv. En række forskellige træk ved samfundsudviklingen har imidlertid bidraget til at skabe grobund for tidens ønsker om legalisering af visse former for dødshjælp.

På det erkendelses- og holdningsmæssige plan er *sekularisering, værdipluralisme og individorientering* væsentlige forudsætninger for, at der nu sættes spørgsmålstejn ved tidligere generationers grundholdninger til lidelse og død. Tidligere kunne folk i almindelighed finde vejledning i religionen og traditionen, som dengang på en helt anden måde var præget af hensynet til samhørighed i slægten og det nære samfund.

Spørgsmålet om overlevelse har bl.a. ændret karakter som følge af den *teknologiske og den sundhedsfaglige udvikling*. Tidligere har der ikke været nogen tvivl om, at det - i hvert fald som altovervejende hovedregel - var en læges opgave at opretholde liv så længe som muligt. I anden halvdel af dette århundrede er der imidlertid blevet åbnet for helt nye typer af livsforlængende behandling. Dette har bidraget til at sætte spørgsmålstejn ved, hvad der bør være sundhedsvæsenets opgaver i forbindelse med livets afslutning. Det er blevet muligt at opretholde liv længere end før i tiden, og måden, mange mennesker dør på, er grundlæggende forandret. Tidligere tiders vante forestillinger om livets afslutning er blevet sat på en prøve. Ønsket om en værdig og barmhjertig død må ses i en ny sammenhæng og har fået en ny betydning.

I 1940 fandt man penicillinet, som efter anden verdenskrig blev tilgængelig for den brede befolkning. Andre potente medikamenter er kommet til i behandlingen af mangfoldige lidelser. Den moderne patientbehandlings tekniske ressourcer omfatter således bl.a. blodtransfusion, droptilførsel af vædske, næring og medicin, respiratorbehandling, dialysebehandling, pacemakerbehandling, behandling på intensivafdelinger med avanceret teknologi, organtransplantation og andre operative indgreb.

Med de nye behandlingsmetoder kan man redde menneskeliv i mange situationer, som før i tiden med stor sandsynlighed var dødelige, også når de opstod for yngre og i øvrigt livskraftige mennesker, og patienten vil ofte kunne leve videre med fuld eller kun lettere nedsat handleevne. Livsforlængende behandling, der tilbydes patienter i dagens Danmark, er alt overvejende både ønsket og til deres fordel. Man kan imidlertid også forlænge livet for mennesker, som på grund af behandlingen overlever - i kortere eller længere tid - i en tilstand af stærk svækkelse eller lidelse. Lungebetændelse og andre infektionssygdomme, som før i tiden var dødelige for mennesker med nedsat modstandskraft, helbredes nu typisk let, og mange mere komplicerede lidelser kan i vekslende grader afhjælpes, således at livets afslutning kan blive en længerevarig, måske langtrukken, proces. Man kan ikke længere uden videre betragte lungebetændelse som amle folks ven.

Kun et ud af ti dødsfald i vort samfund sker af pludselige og uventede årsager såsom ulykker, drab og selvmord. Tre ud af fire dødsfald følger efter vedvarende, langvarige svækkelser.

Døden er også i højere grad end tidligere blevet et medicinalanliggende. Dette indebærer bl.a., at langt de fleste døende her i landet nu i betydelige tidsrum kommer til at opholde sig i upersonlige

omgivelser på et sygehus eller en institution, hvilket tidligere var meget ualmindeligt. Selv om denne udvikling også har mange positive træk, indebærer en sådan sygehusindlæggelse en betydelig omvæltning i såvel patientens som de pårørendes normale tilværelse. I mange tilfælde bliver dødsprocessen i det moderne sundhedsvæsen også mere langstrakt end før i tiden.

De sundhedsfaglige muligheder for at forlænge mange patienters liv opleves i vid udstrækning positivt, men i tilfælde, hvor tilbagevenden til en meningsfyldt tilværelse er udelukket, og døden forventes at være nært forestående, kan kunstig og fremmedgørende livsforlængende behandling utilsigtet skabe eller bidrage til oplevelsen af en særlig meningsløshed og brutalitet i forbindelse med livets afslutning. Mere ekstremt kan livsforlængende behandling tænkes at antage en form, hvor patienten holdes i live som et laboratoriepræparat i den medicinske forsknings tjeneste. Mange mennesker ønsker derfor ikke for enhver pris at blive holdt i live uden bevidsthed eller uden håb om bedring.

Skabelsen af dette sundhedsfaglige potentiale har bevirket en modreaktion. Igennem et par årtier har en international bevægelse stillet krav om fritagelse for livsforlængende behandling i visse tilfælde, krav der her i landet - lidt misvisende - er blevet fremsat under betegnelsen *retten til passiv dødshjælp*. Denne bevægelse har påvirket de sundhedsetiske normer grundlæggende. Både her i landet og andre steder har den tillige haft stor indflydelse på lovinitiativer om informeret samtykke, patienters selvbestemmelsesret, livstestamenter mv.

Bevægelsen for retten til en værdig død har opfanget mange menneskers bekymring over muligheden for, at de selv eller andre som følge af alvorlig sygdom og/eller alderdom kan blive udsat for en tilværelse i varig lidelse eller meningsløshed. I tilknytning til denne bevægelse er der yderligere fremført krav om lovliggørelse af visse former for drab efter begæring/hjælp til selvmord, her i landet også betegnet som *retten til aktiv dødshjælp*.

Ønskerne om en ret til aktiv dødshjælp skal nok til dels ses i lyset af visse andre træk ved samfundsudviklingen end kravene om retten til passiv dødshjælp, der som nævnt hænger sammen med træk ved den sundhedsfaglige udvikling.

Nu til dags forekommer døden mange mennesker at være noget fjernt og ubegribeligt, og døden er typisk ikke noget, man taler om. Tidligere generationer havde gennemgående et mere umiddelbart forhold til lidelse og død. Lige fra barndommen var døden tæt på i hverdagen, der bl.a. var kendetegnet ved større lemfældighed med hensyn til forebyggelse af ulykker og sygdom, men også af tættere familieband, hjemmepleje af syge, mere formaliseret ritualisering omkring både livet og døden, samt større tilskyndelse til at søge hjælp og trøst i det religiøse. I stedet for en efterlevelse af overleverede traditioner for, hvordan livet skulle afsluttes, er det nu i højere grad blevet op til den enkelte at afgøre, hvad man vælger at lægge vægt på ved livets afslutning. Forestillingen om, hvordan man håndterer lidelse i den ene eller anden form, har derfor nok for mange i vort samfund antaget en anden karakter end i tidligere tider.

Selvbestemmelsen er i almenhed blevet af væsentligt større betydning på mange livsområder, både med hensyn til faktiske valgmuligheder og med hensyn til de normative muligheder og forventninger. Man har adgang til og ret til (frihed til, krav på) angst og meget, som før i tiden var uden for den enkeltes rækkevidde. Dette gælder med hensyn til de fleste af livets områder, såsom uddannelse og arbejde, opholdssted og bolig, fritid og fornøjelse etc. Om end der er grænser for friheden - som heller ikke på nogen måde er ligeligt fordelt mellem befolkningsgrupperne - så er udviklingen klart gået i retning af, at selvstændighed og selvbestemmelsesret er - og i hvert fald opleves som - noget overordentlig væsentligt for mange mennesker, en livskvalitet. Selvstændighed i betydningen evne til selv at tage ansvar for tilværelsens små og store valg, er i vort samfund en særlig dyd.

Kontrasten mellem en tilværelse, der i rimelig grad tilgodeser forventninger om selvbestemmelsesret og selvstændighed, og en tilstand i fysisk og psykisk lidelse er blevet langt tydeligere, end den før i tiden var for de fleste mennesker. Og i forlængelse af den nu hævdundne ideologi om almindelig selvbestemmelse i henseende til tilværelsens mangfoldige valgmuligheder er det for nogle mennesker umiddelbart nærliggende at kræve en ret for den enkelte til - selv eller med andres bistand - at afslutte sit liv.

Kortfattet kan foranstående udtrykkes på den måde, at både beredskabet og beredvilligheden til at håndtere lidelse i almindelighed er blevet mindre for vor tids mennesker, mens fordringen om selvbestemmelse er blevet meget større.

Både på det sociologiske og det psykologiske plan er det forståeligt, at diskussionerne om retten til fritagelse for livsforlængende behandling føres parallelt med og til dels blandes sammen med diskussionen om retten til at blive dræbt efter begæring. Det er imidlertid vigtigt at holde tilfældene ude fra hinanden, for præmisserne for en stillingtagen til spørgsmålet om legalisering er ikke de samme. Selv om man i lyset af de omtalte udviklingstræk tilslutter sig et krav om fritagelse for udsigtsløs, livsforlængende behandling, er det ikke givet, at spørgsmålet om ophævelse af forbuddet mod drab efter samtykke har ændret karakter på en afgørende måde.

Efter nogles opfattelse er der ligefrem udviklingstendenser, der alt andet lige er egnede til at afdæmpe behovet for så radikale forandringer. Den sundhedsfaglige udvikling har træk, der taler *imod* legalisering af drab efter begæring. Smertebehandlingen er således langt mere effektiv, om end den ikke altid virker som ønsket. Omsorgsmulighederne er formentlig generelt langt bedre end i tidligere tider, om end de bestemt ikke altid er tilfredsstillende. Disse spørgsmål vil der blive redegjort for i det følgende kapitel.

4. Lindring, omsorg og pleje

4.1. Alvorligt og uhelbredeligt syges situation - den palliative indsats i bred forstand

Forslag om lovliggørelse af lægelig aktiv dødshjælp forudsætter typisk, at patienten har en uhelbredelig sygdom, som bevirker svære lidelser af den ene eller den anden art. Under den hollandske ordning er det således en betingelse, at patientens lidelser er uudholdelige, og at der i det konkrete tilfælde ikke er behandlingsmuligheder eller acceptable muligheder for lindring. Eksistensen af sådanne muligheder er derfor af afgørende betydning for en stillingtagen til, om en adgang til aktiv dødshjælp er påkrævet eller ville være rimelig. I det følgende søges det afklaret, hvilke muligheder, der i praksis er - eller ville kunne være - til rådighed med hensyn til lindrende behandling, herunder omsorg og pleje, især af alvorligt og uhelbredeligt syge. Tillige gøres der nogle bemærkninger om behovet for - og udsigterne til - på nogle områder at få styrket denne indsats.⁶

Det skal indledningsvis understreges, at oplevelse af lidelse er noget i høj grad subjektiv, og at begrebet uudholdelig lidelse følgelig er vanskeligt at operere med.

Det skal desuden fremhæves, at fysisk/somatisk smerte hos uhelbredeligt syge og døende patienter typisk vil være ledsaget af mental og åndelig smerte. Oplevelse af smerte er en blanding af somatisk og psykologisk (herunder eventuelt sjælelig/spirituel) lidelse. Angst kan således forstærke oplevelsen af fysisk smerte. I nogle tilfælde kan smerte dæmpes ved en psykologisk eller social indsats, og intensiteten af den somatiske smerteoplevelse kan være udtryk for, at patienten søger at unddrage sig den psykologiske/eksistentielle smerte, som er forbundet med udsigten til uhelbredelig alvorlig sygdom eller den nært forestående død.

Udsigten til en tilværelse i alvorlig sygdom og til at skulle forlade livet vil ofte bevirke stor angst og dyb sorg. For mange er der frygt for smerter, ensomhed, tab af selvværd, for selve dødsøjeblikket og måske for tiden derefter. Uhelbredeligt syge eller døende menneskers forsøg på at komme overens med det uundgåelige er meget forskellige, således som Kræftens Bekæmpelse har beskrevet det i en pjeces:

Nogle mennesker prøver at klare denne krise ved at handle og prøve at få styr på situationen. Andre forsøger at holde tankerne om sygdommen og døden væk. En del af dem lader som om, at der intet er sket. De fortsætter dagliglivet, indtil de ikke kan mere. Atter andre - og det er nok de fleste - oplever, at de nogle gange kan bære tankerne, andre gange ikke. Det kan svinge fra dag til dag eller endog fra time til time. (Hald *et al*, 1995)

I medicinsk fagsprog anvendes udtrykket *palliation* (palliativ behandling eller indsats) til tider bredt

som samlebetegnelse for alle foranstaltninger, der primært sigter mod at lindre patientens symptomer, at forsøge at undgå opkomsten af nye og sværere symptomer, samt at hjælpe patienten til at leve med sygdommen og dens gener. Udtrykket *kuration* (kurativ behandling) anvendes om foranstaltninger, som tilsigter at helbrede patienten.

Fagfolk forbinder ofte udtrykket palliativ indsats mere specifikt med omsorgen for alvorligt og uhelbredeligt syge.

En palliativ indsats [*palliative care*] er den aktive, totale omsorg for patienter i tilfælde, hvor behandling ikke længere kan helbrede deres sygdom, og hvor kontrol af smerter, andre symptomer, eller psykiske, sociale og åndelige problemer kommer i forgrunden. Det overordnede mål for den palliative indsats er den bedst mulige livskvalitet for patienten og familien. Den palliative indsats er en livsbekræftelse og forholder sig til døden som en normal proces... (WHO 1990)

Som definition på palliativ medicin som lægeligt speciale benyttes i England følgende:

Palliativ medicin er studiet af og indsatsen over for patienter med fremadskridende og fremskreden sygdom, for hvem prognosen er kort levetid og det væsentlige i plejen er patientens livskvalitet. (Doyle 1993)

For mange alvorligt syge patienter er der ikke nogen udsigt til helbredelse, mens der altid kan udøves palliativ indsats af den ene eller anden art. I klinisk praksis kan der til tider være usikkerhed vedrørende overgangen mellem kuration og palliation, hvilket kan vanskeliggøre varetagelsen af den fysiske, informative og støttende plejeindsats. En holdningsændring har imidlertid bevirket, at man i højere grad end tidligere er opmærksomme på det uheldige i at meddele en patient, at der ikke er mere at gøre, når der ikke er kurative behandlingsmuligheder. Tilsyneladende har man dog ikke alle steder helt forladt denne praksis, og informationen om andre tilbud kan være mangelfuld, således at patienten fejlagtigt opfatter det sådan, at der ikke er nogen form for hjælp at hente.

En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen har givet udtryk for følgende:

Det er meget afgørende, at patienterne og deres pårørende bliver støttet i, at selv om der ikke er mere behandling, der kan helbrede sygdommen, er der mulighed for lindrende pleje og behandling. (Sundhedsstyrelsen 1996)

Den samlede indsats for at afhjælpe de problemer, som patienter og deres pårørende har i forbindelse med alvorlig sygdom og forestående død, har mange elementer. Nogle af disse vil blive belyst nærmere i det følgende. Der vil blive foretaget en særskilt gennemgang vedrørende betydningen af og indsatsen over for smerte, depression og selvmordstanker i forbindelse med alvorlig og uhelbredelig sygdom: Det bør i den forbindelse erindres, at der er tale om former for lidelse, som nok er forskellige, men som i praksis ofte er uadskillelige dele af en sammenhæng.

4.2. Smerte, depression og selvmordstanker

4.2.1. Smertebehandling

Smertebehandling er af væsentlig betydning for mange alvorligt syge, ikke mindst cancerpatienter. Her i landet dør årligt ca. 16.000 patienter af kræft. Også andre patientgrupper har et udtalt behov for smertebehandling, f.eks. AIDS patienter.

Smerte opfattes i dag som et mangeartet og bredt sammensat symptom, og der findes nu en bred vifte af behandlinger. I de senere år er der sket en markant udvikling i retning af mere effektiv smertebehandling. Det har i den forbindelse betydning, at der her i landet er oprettet et antal smerteklinikker, typisk i tilknytning til anæstesiologiske afdelinger. Der er således smerteklinikker på Rigshospitalet og på Herlev Sygehus. På Bispebjerg Hospital har der siden 1986 eksisteret et tværfagligt smertecenter for indlagte såvel som ambulante patienter.

Når det gælder den fysiske/somatiske smerte, kan man for langt de fleste patienter ved anvendelse af medicin og andre teknikker holde smerter nede på et niveau, som patienten selv kan affinde sig med.

Ligesom anden behandling kan smertebehandling indebære uønskede bivirkninger, men i praksis kan der som regel findes et balancepunkt, således at patienten kun har forholdsvis beskedne bivirkninger, men måske kan være nødt til at affinde sig med lette - eller i det mindste kun lejlighedsvis - smerter. Dette balancepunkt søges typisk bedst nået i samråd med patienten. En patient, som oplever, at smertebehandlingen ikke er tilstrækkelig, vil yderst sjældent have konstante smerter, men kan være meget forpint, når den pågældende bevæger sig eller bevæges, f.eks. fra og til sygesengen eller i forbindelse med personlig hygiejne.

Udenlandske undersøgelser har vist, at kun halvdelen af patienterne får den bedst mulige smertebehandling. Fagfolk skønner, at forholdene her i landet ikke er meget anderledes. Det skønnes også, at kun mellem en tiendedel og en fjerdedel af patienterne har behov for mere avanceret hjælp til smertelindring.

Selv om smertebehandlingen ikke altid er så god, som den kunne være, er det fagfolks opfattelse, at antallet af patienter med vedvarende, uudholdelige smerter er overordentlig lavt. En sådan patient vil i værste fald kunne hensættes i en sløvet tilstand i kortere eller længere tid, således at vedkommende ikke føler smerten. Dette kan efter omstændighederne være nødvendigt og forsvarligt, men indebærer imidlertid, at man afskærer muligheden for kommunikation med patienten. Mange patienter er indstillet på at acceptere en vis smerte mod at undgå en sløvet tilstand. Som følge af forbedrede metoder til smertebehandling er det stadig sjældnere, at der findes behov for at sløve patientens bevidsthed.

Manglende afklaring af patientens tilstand og behov samt imødekommen heraf med information og adækvate foranstaltninger vil let kunne bidrage til en oplevelse af magtesløshed og forladthed, som igen kan forstærke patientens oplevelse af smerte og anden lidelse. Omvendt vil lindring af smerte og anden lidelse være afgørende for patientens livskvalitet og i mange tilfælde befordrende for en vis bedring. Det er stadig en udbredt opfattelse blandt både patienter og personale, at man ikke kan gøre noget ved alt, og at det ikke er relevant at tage alle problemer op. I fagkredse er der dog stigende bevidsthed om, at personlig omsorg og støtte til alvorligt syge patienter i sig selv udgør et væsentligt bidrag til lindring af smerter og andre lidelser forårsaget enten af selve sygdommen eller af bivirkninger ved behandlingen herfor. Det kan således være afgørende for en lindring af patientens samlede lidelser at få taget de mindre fine symptomer som forstoppelse, søvnløshed og nedstemthed alvorligt.

Det er selvsagt af største vigtighed at sikre, at patientens oplevelse af smerte og andet ubehag løbende kortlægges i fornødent omfang med henblik på den rigtige indsats. I den forbindelse betragtes det som væsentligt, at også andre fysiske problemer end smerte registreres, og at patientens følelsesmæssige tilstand tages i betragtning, idet sådanne forhold indvirker på patientens oplevelse af smerte og anden lidelse. Fagfolk anbefaler i den forbindelse en fler- og tværfaglig indsats, men oplyser også, at sådanne rutiner stadig ikke er almindelige i det danske sundhedsvæsen, men i hovedsagen kun praktiseres på visse geriatrike afdelinger og i almen praksis. Det er ligeledes oplevelsen i forskellige patientgrupper, at den tværfaglige indsats langt fra fungerer tilfredsstillende i praksis. Sådanne meldinger er bl.a. afgivet af Kræftens Bekæmpelse, der efterlyser samarbejdsaftaler mellem forskellige faggrupper. Positivgruppen - en organisation for HIV- smittede - har givet udtryk for, at der fokuseres for ensidigt på kropslige smerter og i for ringe grad på disses eventuelle psykiske årsager.

Metoderne inden for smertebehandling er især udviklet i relation til kræftpatienter og patienter med akutte smerter, f.eks. i forlængelse af operative indgreb. I vidt omfang kan metoderne også anvendes over for andre patientgrupper, f.eks. kræftpatienter og AIDS patienter.

I de fleste tilfælde omfatter den lægelige smertebehandling brug af medicinpræparater, se nærmere *bilag 8*. Ofte anvendes flere medikamenter i kombination, bl.a. som følge af at den enkelte patient ofte på samme tid har flere typer af smerter med en flerhed af årsager. Patienternes behov for smertestillende midler er meget individuelle, og den rigtige dosering af medicinen kan variere meget. Der lægges vægt på at dosere med faste intervaller og at tage smerter i opløbet frem for kun at medicinere efter behov. Det er oplagt, at der må træffes foranstaltninger over for de bivirkninger, som den enkelte patient måtte få som følge af medicineringen.

WHO har anbefalet retningslinier for smertebehandling. Anvendelsen af smertestillende midler følger

en form for trappetige, hvorpå de enkelte medikamenter er placeret trinvis efter behandlingens intensitet (se ordliste til *bilag 8*).

Smerter kan i nogle tilfælde lindres ved anvendelse af teknikker rettet mod den sygdom, som ikke kan helbredes. Således anvendes strålebehandling af kræftpatienter, herunder ved knoglemetastasering eller med henblik på at formindske kræftknuder og derved lindre smerterne. Som et andet eksempel kan nævnes, at nogle svækkede og døende patienter har smertefulde infektioner i mundhulen, hvilket - selv om det underliggende sygdomssyndrom ikke kan helbredes - aktualiserer anvendelse af lindrende teknikker i form af bekæmpelse af selve infektionen. Kræftpatienter med smertegivende tarmstop får ofte lindrende behandling i form af kemo- eller strålebehandling, by-pass operation uden om kræftsvulsten, stomioperation eller medikamentel behandling.

I tillæg til eller i stedet for de nævnte typer af foranstaltninger kan der sættes ind med andre teknikker, som ofte har en betydelig smertestillende virkning. Dette kan være traditionelle medicinske teknikker som nerveblokader, nervekirurgi, kombination af intraspinal opioidindgivelse og lokalbedøvelse. Som supplement anvendes der i nogle tilfælde - især uden for det offentlige sundhedsvæsen - mere psykologisk baserede, mere eller mindre alternative teknikker som akupunktur, massage, afspændingspædagogik, musik- eller tegneterapi, samtaleterapi, healing, eller anvendelse af varme eller kulde til at aflede oplevelsen af smerte.

Alvorlig sygdom og indsatsen heroverfor er ofte forbundet med andre belastende symptomer end fysisk smerte. Nogle af disse problemer kan lindres ved hjælp af medicin eller andre foranstaltninger. Dette gælder f.eks. kvalme, mundtørhed, søvnproblemer, forstoppelse, lugtproblemer, appetitløshed og åndedrætsbesvær. Hertil kommer indsatsen over for de psykosociale problemer, som omtales i det følgende.

4.2.2. Den psykosociale indsats

4.2.2.1. Indledning

Alvorligt og uhelbredeligt syge patienters følelsesmæssige og psykosociale behov kan være meget udtalte. Angsten for livets afslutning, anspændtheden og følelsen af afmægtighed og meningsløshed vil typisk være stærk. Oplevelse af ensomhed, træthed, forladthed og fortvivlelse er ofte et stort og belastende problem. Det samme gælder bekymringen for, hvordan det skal gå de nærmeste. Især pårørende og andre nærtstående kan bidrage afgørende til at lindre patientens oplevelser heraf. Psykologer, socialrådgivere og andre specialister kan have en vigtig funktion. Kontakt med en præst kan for nogle patienter bibringe trøst og lindring og særligt være en hjælp i forbindelse med religiøs og eksistentiel tvivl. Deltagelse i selvhjælpsgrupper kan være en væsentlig støtte for nogle patienter, således som det f.eks. kendes blandt kræftpatienter, bløderpatienter og HIV-smittede.

I almenhed er ikke mindst sundhedspersonalets kontakt og nærvær, løbende omsorg og udtryk for interesse i patienten og vedkommendes velbefindende af stor vigtighed. Samtidig må der lægges vægt på at undgå en unødigt eller overdreven overtagelse af ansvaret for den omsorg, som de pårørende kan udøve. Desuden har de pårørende behov for interesse.

Det er almindeligt, at alvorlig og uhelbredelig sygdom medfører sorg- og krisereaktioner. Sådanne er kendetegnet ved, at stemningslejet svinger, at der er en udvikling i tilstanden, og at symptomerne gradvist forsvinder. Dette er noget andet end en reaktiv depression, som også er hyppigt forekommende hos alvorligt og uhelbredeligt syge, se det følgende afsnit.

4.2.2.2. Behandling af depression

En egentlig depressiv sygdom kan være opstået som følge af det psykologiske pres, som den alvorligt syge patient er udsat for i forbindelse med sin situation. Også aldersbetingede faktorer kan spille en rolle for udvikling af depression, idet der med stigende alder kan ske visse neurobiologiske forandringer, som er forbundet med depression.⁷

Til forskel fra en almindelig sorg- eller krisereaktion er den egentlige depression kendetegnet ved, at patientens stemningsleje adskiller sig fra det, der er normalt for vedkommende, og at der ikke er

stemningssvingninger.

Sådanne tilstande kan typisk behandles med godt resultat. Med psyko- eller samtalerapi - eventuelt understøttet af medicinsk behandling - kan der typisk løses op for depressionen, sådan at den psykiske smerte bliver til at bære. En sådan professionel psykosocial støtte tilbydes bl.a. af Kræftens Bekæmpelse.

Depression hos ældre og kronisk eller terminalt syge patienter overses og underbehandles ofte, idet sundhedspersonalet ikke altid er tilstrækkeligt opmærksomme på de risikofaktorer og almene symptomer, som er forbundet med egentlig depression. Tærsklen for, hvor udtalt patientens nedstemthed skal være for at blive taget alvorligt, er efter særligt fagkyndiges opfattelse ikke sjældent for høj.

Risikofaktorerne i forbindelse med reaktive depressioner omfatter bl.a. tidligere forekomst af depressioner, selvmordsforsøg, manglende socialt netværk og manglende evne til at bruge et eksisterende socialt netværk, belastende personlige oplevelser, ensomhed og isolation samt rusmiddelmisbrug. Uanset at patientens depression har sin baggrund i en flerhed af faktorer, hvoraf den aktuelle sygdomstilstand kun er enkelt - måske udløsende - faktor, er det muligt at behandle tilstanden som en forståelig reaktion på alvorlig, livstruende sygdom.

De væsentligste symptomer på en reaktiv depression omfatter vedvarende nedtrykthed og manglende interesse for aktiviteter, der ellers opleves som positive, samt søvnforstyrrelser, herunder tidlig opvågningen uden påviselig årsag. Tilstanden ledsages af en række af følgende symptomer: større vægtændringer, psykomotoriske forstyrrelser, træthed, oplevelse af skyld, værdiløshed og tab af værdighed, koncentrationsbesvær, kredsen om død eller selvmord. Hovedpine og andre smerter, appetitmangel og angst kan også vise sig ved depression.

Mange alvorligt og uhelbredeligt syge patienter har tilsvarende, men forbigående eller lejlighedsvist forekommende symptomer, ofte som en reaktion på den indledende diagnose. Det antages dog, at irrationel skyldfølelse og selvmordstanker i reglen mangler hos den del af de alvorligt og uhelbredeligt syge patienter, som ikke lider af egentlige depressioner.

Alvorlige depressioner adskiller sig grundlæggende fra de oplevelser af vemod, bedrøvelse og ængstelse over for døden, som de fleste terminale patienter har. Uden den fornødne fagkundskab kan egentlige depressioner imidlertid være vanskelige at skelne fra sådanne mere normale sorgreaktioner. Anvendelse af medicin er selvsagt ikke indiceret over for den sorgproces, som i almindelighed er forbundet med det at være døende, og som fordrer sjælesorg og anden psykosocial støtte.

Der kræves også særlig fagkundskab for at kunne skelne symptomerne på egentlige depressioner fra symptomer, som kan være forårsaget af patientens sygdomstilstand i øvrigt og behandlingen heraf. Vægttab, træthed, appetitmangel og optagethed af døden kan både være normale fænomener og led i symptomerne på en depression. En tværfaglig indsats er af særlig vigtighed i denne forbindelse.

En ældre, kronisk lungesyg mand blev indlagt efter, at han havde forsøgt at skyde sig. Familien berettede om et meget lavt aktivitetsniveau; det var uklart om dette skyldtes åndenød eller mismod. Ved selvmordsforsøget havde patienten pådraget sig en lungelæsion. Han blev behandlet med lungehuledræn (pleuradræn) og respirator. Da han igen var i stand til at udtrykke sig, var det hans udtalte ønske at dø, da han ikke orkede at leve mere. Han bad om en sprøjte til at gøre en ende på det hele. Den ansvarlige overlæge var meget i tvivl om det rimelige i at behandle patienten med højteknologi og smertefulde indgreb. Imidlertid gjorde en af overlægens kolleger gældende, at patienter efter selvmordsforsøg meget sjældent fastholder deres ønske om at dø - i hver fald ikke under indlæggelsen på intensiv afdeling, og at denne patient formentlig havde en egentlig depression. Patienten fik derfor antidepressiva og blev væsentlig bedre. Nogle af overlægens bekendte har oplyst, at manden i dag er aktiv og i godt humør, går på jagt og ikke er så lungesyg som først antaget.

4.2.2.3. Indsatsen i forbindelse med patienters selvmordstanker

Meget få patienter med alvorlige sygdomme begår selvmord, men mange overvejer eller tænker på det

på et eller flere tidspunkter. Selvmordstankerne udspringer af oplevelsen af lidelse, hjælpeløshed, håbløshed, nedtrykthed og måske egentlig depression. Nogle patienter træffer praktiske forberedelser med henblik på at kunne begå selvmord, hvis de senere måtte vælge dette. Bevidstheden om at kunne begå selvmord kan give en oplevelse af at kunne udøve en vis kontrol over sin egen situation, hvis denne skulle blive uudholdelig.

Selvmordstanker melder sig særligt ofte hos en patient på netop det tidspunkt, da vedkommende bliver klar over, at der er tale om en alvorlig og eventuelt livstruende sygdom. Det er i den sammenhæng af stor betydning, hvorledes meddelelsen om sygdommens beskaffenhed formidles og følges op.

Meget få patienter gør alvor af selvmord eller forsøger herpå. Med personlig støtte samt fornøden pleje og omsorg indretter de allerfleste patienter sig under selv meget vanskelige vilkår på en måde, som kan være uventet for dem selv. Livet bliver ofte særlig dyrebart, når det nærmer sig afslutning. Sundhedspersonale har meget tit lejlighed til at iagttage, hvorledes patienter er i stand til at udstå og magte betydelige lidelser, når døden er nær.

Fagfolk fremhæver, at risikoen for selvmord alt andet lige formindskes ved, at emnet drøftes åbent med patienten. Manglende fornemmelse af eller affærdigelse af en patients selvmordsovervejelser indebærer, at vedkommende får vanskeligere ved at bearbejde sine tanker og følelser herom. Sundhedspersonale, som kender patientens selvmordstanker, kan lettere hjælpe vedkommende med at få lindret de lidelser, som giver anledning til overvejelserne om selvmord. I tilfælde, hvor helbredelse ikke er mulig, kan det i sig selv være en lindring, at nogen viser interesse for patientens bekymringer og forholder sig hertil. Det anses følgelig som vigtigt at udvikle personalets færdighed i at være opmærksomme på patienternes eventuelle selvmordsovervejelser og at overvinde de vanskeligheder, som mange mennesker oplever ved at tale med uheldeligt syge om deres tanker vedrørende død og selvmord.

Det er af afgørende betydning for patientens oplevelse af sin egen tilstand, hvorledes en læge eller en anden sundhedsperson forholder sig til et mere eller mindre udtalt ønske fra patienten om aktiv dødshjælp. Affærdigelse af en sådan begæring uden nærmere drøftelse kan opfattes som udtryk for, at patientens lidelser ikke tages tilstrækkeligt alvorligt, og kan derved bidrage til patientens oplevelse af håbløshed. På den anden side vil en beredvillig imødekommelse af patientens begæring kunne opleves som en bekræftelse af, at patientens liv ikke er værd at leve.

Der er almindelig enighed blandt fagfolk om den afgørende vigtighed af at afklare nøje, hvad der ligger bag en patients overvejelser om selvmord eller aktiv dødshjælp, og så vidt muligt at afhjælpe bagvedliggende problemer. Begæringen kan skyldes, at patientens smerter ikke behandles godt nok. Der kan være tale om en behandlingskrævende depression. Forklaringen på patientens overvejelser kan også være ønsker om ikke at ligge nogen til byrde, oplevelse af håbløshed og tab af selvværd, ængstelse for at være opgivet af omgivelserne. For en række af disse problemer kan der tilbydes lindring, og samtalen om patientens situation vil ofte i sig selv kunne bidrage hertil.

I størstedelen af sundhedsvæsenet savnes det fornødne beredskab til at tackle problemer i forbindelse med patienters selvmordstanker. Kun på nogle få afdelinger - f.eks. i kræftbehandlingen - er der ansat en psykolog. Denne indgår sjældent direkte i patientbehandlingen, men har i hovedsagen som sin opgave at bibringe det øvrige personale de fornødne kundskaber til at tage sig af patienternes psykosociale problemer.

Det er tilsyneladende en udbredt opfattelse - også blandt sundhedspersonale - at beslutninger om selvmord i den sidste ende tages på patientens eget ansvar, at mislykkede selvmordsforsøg vidner om, at den pågældende ikke mente det alvorligt, og at man ikke kan forebygge, at personer, der virkelig ønsker at begå selvmord, også gør alvor af det. På skadestuerne henvises der tilsyneladende ikke altid til adækvat og effektiv krisebehandling af patienter, der har forsøgt selvmord, og selv i de mange tilfælde, hvor det sker, er der efter fagfolks opfattelse behov for en bedre koordinering af hjælpeindsatsen. Der er desuden et stort behov for undervisning om selvmordsadfærd.

Mobilisering af de tilgængelige faglige og personlige ressourcer kan næsten altid bevirke, at en alvorligt syg patient frafalder en tidligere - mere eller mindre udtalt og mere eller mindre fast -

tilbøjelighed til at søge sit liv afkortet. I nogle tilfælde rækker selv den bedste indsats dog ikke. Det må erkendes, at enkelte patienter vedvarende vil opleve overvældende lidelse, som ikke i tilstrækkelig grad lindres, men helhjertede forsøg herpå vil i det mindste kunne fjerne eller mindske patientens oplevelse af forladthed.

Mange fagfolk har den opfattelse, at en eslutning om at afkorte livet ved selvmord eller aktiv dødshjælp kun sjældent - om overhovedet nogensinde - kan siges at bero på et frit og rationelt valg truffet af personer, der ønsker at dø, fordi tilværelsen er uudholdelig, og fordi der ikke er anden måde at lindre lidelsen på. Med ganske få undtagelser er det snarere sådan, at suicidale personer ikke egentlig ønsker at dø. Det afgørende for dem er ikke forkastelse af livet og opsøgelse af døden, men at få lindring fra uudholdelig lidelse. Udvejen findes i døden, selv om dette middel grundlæggende opleves som frastødende.

Nyere undersøgelser af ældres selvmord viser, at der i de fleste tilfælde helt klart var tale om impulsive handlinger i sammenhæng med kaotiske følelser, ikke velovervejede, velgennemtænkte og rationelt begrundede selvmord (Søgaard Nielsen & Bille-Brahe 1993). I en hollandsk og en amerikansk undersøgelse var kun en ottendedel, henholdsvis en fjerdedel af patienterne ikke psykisk syge. Det store flertal havde en depressionsdiagnose, og mange havde tillige en misbrugsdiagnose. Der er overvejende tale om sent udbrudte depressioner i forbindelse med fysisk nedbrudthed, livsforandringer og akutte livsbegivenheder. Ifølge disse undersøgelser er ældre, som begår selvmord, ikke ved dårligere fysisk helbred end andre ældre, og de har heller ikke i højere grad været udsat for særlige stresstilstande forud for selvmordet. Nyere svenske undersøgelser viser, at det er oplevelsen af isolation og ensomhed, som er udslagsgivende for cancerpatienters beslutninger om selvmord. Disse forhold må tages i betragtning i forbindelse med overvejelser om, i hvilken udstrækning der er dækning for at tale om rationelle ønsker om lægelig dødshjælp.

Pårørende bliver ikke sjældent involveret i en patients selvmordstanker og -planer. I enkelte tilfælde assisterer de. Uanset hvordan en pårørende forholder sig til problemet, vil dette ofte give vedkommende anledning til mange sjælekvaler og skyldoplevelser. Disse kan forstærkes i kraft af, at der i samfundet som helhed er ret uklare og tvetydige holdninger over for selvmord, der af mange anses som den enkeltes eget problem og valg.

4.2.4. Behovet for samordning af den palliative indsats i det enkelte tilfælde

Sagkundskaben på området fremhæver betydningen af et helhedssyn med inddragelse af det samlede sæt af behov, som den alvorligt og uheldeligt syge patient har med hensyn til støtte, omsorg og pleje. Både generelt og på det palliative område taler man om helhedsorienteret behandling og pleje. Det betones, at formålet med den palliative indsats er symptomkontrol i bred forstand, hvilket ikke udelukkende indbefatter smertebehandling, men også behandling af depression og selvmordstanker, omsorg og pleje i bred forstand, herunder råd om liggestillinger, tilrettelæggelse af diæt med hensyn til kost og vædske, hygiejne, mv.

Målsætningen med den palliative indsats er at lindre såvel smerte som andre belastende symptomer, at yde personlig støtte til både patienten og de pårørende, herunder at bistå patienten med så vidt muligt at magte hverdagens aktiviteter og bevare sin selvhjulpethed og værdighed. Svært syge patienter kan hjælpes til at leve tåleligt med deres handicaps i kraft af forskellige former for terapi samt hensigtsæssig indretning af institutionsmiljø eller hjem. Der er efterhånden udviklet mange former for praktiske hjælpemidler af betydning for mulighederne herfor. I øvrigt har ikke mindst omgivelsernes interesse, opbakning og omsorg stor betydning for, hvor meget overskud og livsvilje alvorligt og uheldeligt syge patienter har.

WHO har anbefalet, at den palliative indsats over for de symptomer, som alvorligt syge lider af, tilrettelægges i et tværfagligt samarbejde under aktiv inddragelse af patienten selv, de pårørende og patientens øvrige netværk:

Behandlingsindsatsen må foregå under hensyntagen til samspillet mellem symptomerne, de bagvedliggende årsager, samt opretholdelsen af den hårfine balance mellem lindring, bivirkninger af medicinering og patientens forventninger.⁸

Læger og andet sundhedspersonale har en faglig og etisk forpligtelse til at bidrage til, at alvorligt syge patienter tilbydes den bedst mulige indsats med henblik på lindring af smerter og andre lidelsesfulde symptomer. For at kunne leve op til denne forpligtelse kræves der tilstrækkelig uddannelse og praktisk erfaring, gode personaleholdninger og hensigtsmæssige rutiner i det kliniske arbejde, herunder udvikling af evnen til at kommunikere med kronisk eller terminalt syge patienter og anlægge et helhedssyn på deres individuelle situation. Uddannelse af nøglepersoner til at tage ansvar for den løbende faglig vejledning og supervision er af væsentlig betydning, bl.a. med henblik på at finde frem til, hvordan man bedst involverer sig i patientens problemer på en engageret og fintfølede måde uden at krænke patientens personlige integritet.

Det er blevet en udbredt erkendelse, at sundhedspersonalet bør bestræbe sig bevidst og systematisk på at fremme døende patienters mulighed for på egne præmisser at tage afsked med livet ud fra den betydning, som den enkelte tillægger sit eget levned. Fra personalets side må der i den forbindelse lægges betydelig vægt på indføling, information og støtte til patienten på vedkommendes egne præmisser. Det kan til tider være nemmere at fortsætte end at sige stop. Derfor kan der formentlig i visse situationer være en forståelig tilbøjelighed til unødigt brug af kemoterapi, vædskebehandling af terminale patienter, respiratorbehandling, overførsel til intensiv afdeling osv. Det er vigtigt, at personalet ikke iværksætter foranstaltninger, der ikke imødekommer patientens behov, men snarere er egnet til at dæmme op for personalets egne eller pårørendes oplevelse af angst og ubehag ved at blive konfronteret med dødsprocessen og døden.

4.3. Den palliative indsats i Danmark

Opgaverne i forbindelse med den palliative indsats er fordelt mellem sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder samt private instanser som foreninger, stiftelser mv. Mange alvorligt syge plejes ved livets afslutning på offentlige hospitaler - i hvert fald en del af tiden - og de fleste dør på hospital. En del gamle tilbringer deres sidste tid på plejehjem. Mange forbliver i eget hjem og er kun indlagt lejlighedsvis eller til allersidst. For nogle ganske få er der i de seneste år blevet åbnet mulighed for ophold på hospice.

Lidt over halvdelen dør på sygehus (52%), knap en fjerdedel på institutio (23%) og knap en fjerdedel i hjemmet (22%). Blandt kræftpatienter dør flere på sygehus (62%) og færre på institution (12%).

De fleste uheldeligt syge patienter plejes i eget hjem en stor del af sygdomsperioden. En del af dem indlægges dog en eller flere gange i den sidste fase af livet på grund af den krævende plejeopgave. Kun en fjerdedel af alle døende kræftpatienter indlægges slet ikke under forløbet.

4.3.1. Udviklingen i hospitalsplejen

Forholdene for døende patienter på sygehusene er ofte ikke tilstrækkeligt gode. Sygehusene er først og fremmest indrettet med henblik på behandling. Der kan dog spores en holdningsændring i retning af at lægge større vægt på god omsorg og pleje af døende.

Mange sygehusafdelinger har i stigende grad været opmærksomme på vigtigheden af at give alvorligt syge patienter adgang til så vidt muligt at præge stuen med hjemlige effekter, om end de skranker herfor, som sættes af omgivelsernes umiskendelige hospitalspræg og afdelingens faste rutiner, kun til dels lader sig overskride. Tilbud om ophold på enestue er af væsentlig betydning. Det samme kan tilbud om overnatnings- og opholdsfaciliteter samt kostforplejning til pårørende, som også kan tilbydes mulighed for at fortsætte den pleje, som de måske har påbegyndt i hjemmet.

Mange alvorligt syge opholder sig skiftevis i hjemmet og på sygehus. Nogle hospitalsafdelinger har et stående tilbud til hjemmeboende patienter om indlæggelse uden ventetid, hvis det bliver for svært at klare sygdommens symptomer i hjemmet (åben/stående indlæggelse).

Ud fra tanker om, at patientens kontinuerlige kontakt til samme personalegruppe i nogle tilfælde kan være vigtig, tilbyder nogle afdelinger fortløbende at huse deres patienter også efter, at helbredelse eller bedring er opgivet. Det skal imidlertid tages i betragtning, at hensynet til kontinuiteten i nogle tilfælde bør vige for hensynet til den bedst muligt indsats i andre henseender. Denne kan afhænge af, hvor den

mest relevante lægelige fagkundskab er til stede, eller hvor der på et givet tidspunkt er mulighed for at skabe de bedst mulige fysiske rammer. Sådanne hensyn må vejes op mod hensynet til at undgå, at patienter af ressourcemæssige grunde defineres som færdigbehandlede, flyttes til andre afdelinger og på et meget sårbart tidspunkt i deres liv må tage afsked med en personalegruppe, som de i det forudgående sygdomsforløb har knyttet sig til og fået god pleje af.

Ud fra ønsket om at undgå skift i personalegruppe i den sidste tid af patientens liv ved overflytning til andet regi foregår der for tiden overvejelser om at opnå bedre rammer om pleje og omsorg ved at afskærme særlige stuer til døende fra den øvrige afdeling. Sådanne overvejelser er så vidt vides endnu ikke ført ud i livet nogen steder, og nogle fagfolk anser det heller ikke for hensigtsmæssigt at pleje døende patienter på en afdeling, hvor dagligdagen i øvrigt er præget af aktive behandlingstiltag som operationer eller kemobehandling.

4.3.2. Hjemmepleje af døende

Før i tiden var det almindeligt, at livets afslutning foregik derhjemme. Familien passede sine gamle og syge, indtil døden indtrådte. Nu om dage er det blevet sådan, at livets afslutning for de fleste mennesker foregår på et hospital eller et plejehjem. Mange alvorligt syge forbliver dog det meste af tiden - eller noget af den - i hjemmet og er kun indlagt lejlighedsvis eller til allersidst. En undersøgelse fra Århus amt viser således, at på en given dato i oktober 1995 opholdt 85% af alle patienter i terminal sygdomsfase sig i eget hjem.

Nogle patienter befinder sig bedst på sygehuset, hvor det er fagfolk, der har ansvar for omsorgen. For nogle mennesker er det ligefrem svært at tage imod hjælp fra de pårørende. For andre patienter og deres pårørende er det af væsentlig betydning for oplevelsen af nærhed og tryghed og patientens mulighed for at kunne bevare sin identitet og oplevelsen af personlig værdighed, at vedkommende kan forblive i eget hjem i livets sidste tid - eller i hvert fald en del af denne.

For at uheldeligt syge kan opholde sig i hjemmet, er det nødvendigt, at der tilbydes mere eller mindre omfattende hjælpeforanstaltninger, eventuelt hele døgnet. Ikke mindst støtte fra den kommunale døgnpleje er her af meget stor betydning. Det er kommunernes eget valg, om de vil have en døgnplejeordning, og ikke alle kommuner har oprettet en sådan.

Overenskomsten med de praktiserende læger giver mulighed for at indgå aftaler om hjemmebesøg. Det er imidlertid i høj grad op til den enkelte praktiserende læge, om vedkommende vil indgå aktivt og intensivt i et terminalt plejeforhold. Ikke alle praktiserende læger ønsker at indlade sig på en ordning med hjemmebesøg til terminale patienter, hvilket kan indebære en vanskelig situation for hjemmesygeplejersker, specielt i forbindelse med smertebehandlingen. Kvaliteten af hjælpen til uheldeligt og alvorligt syge patienter i hjemmet kan følgelig afhænge af lægevalget.

Visheden om at kunne få hjælp til smertelindring og afhjælpning af andre problemer er væsentlig for patientens tryghed. Et stående tilbud om adgang til indlæggelse når som helst på en kendt sygehusafdeling kan være af stor betydning, bl.a. ved at bevirke, at patienter og pårørende klarer det terminale forløb i hjemmet længere, end det ellers ville have været tilfældet. For kræftpatienter og AIDS patienter har man gode erfaringer med sådanne ordninger.

Der kan være tale om samordnet pleje som et tværfagligt tilbud fra sygehuset, den kommunale døgnpleje og de praktiserende læger. I Sønderjyllands Amt indebærer en sådan aftale, at patienten kan få den fornødne smertebehandling i hjemmet og i øvrigt kan komme i kontakt med egen læge døgnet rundt. Også andre steder i landet arbejdes der med tanker om en fleksibel palliativ indsats, herunder en udadgående sygeplejefunktion fra hospitalerne.

Positivgruppen fremhæver særligt de gode erfaringer med den særlige hjemmestøtteordning ved Infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre hospital. Siden starten af denne døgnordning har der været tilknyttet ca. 260 AIDS-patienter, hvoraf ca. 90% er døde i eget hjem. Patienten har mulighed for når som helst at tilkalde hjælp. Der er til ordningen knyttet to sygeplejersker samt et antal lønnede

hjelper, der ikke er uddannet inden for sundhedsvæsenet, men som har personligt kendskab til AIDS,

homoseksualitet og døden. Støtten består i væsentlig udstrækning i almindeligt samvær med patienten. Størstedelen af patienterne bor alene og har ingen kontakt til familie eller venner; uden hjemmestøtten ville de i vidt omfang være indlagt i den sidste tid. Positivgruppen har forhåbninger om oprettelse af tilsvarende ordninger ved andre hospitaler. Ordningen vil formentlig med fordel kunne tages i brug også for visse andre patientgrupper, f.eks. visse kræftpatienter.

Bistandsloven kom i 1990 til at indeholde en ordning med plejevederlag til pårørende, som tager plejeorlov for at passe nærtstående, som ønsker at dø hjemme. Der ydes godtgørelse for tabt arbejdsfortjeneste svarende til en hjemmehjælperes løn. Desuden ydes der gratis hjælpemidler, hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske mv. Muligheden for plejeorlov anvendes forholdsvis lidt - især i hovedstadsområdet. Dette beror på en flerhed af forhold. Belastningen ved at påtage sig en sådan opgave er meget stor. Ydelse af plejevederlaget er ikke i sig selv en tilstrækkelig forudsætning for en god ordning. Det er en meget stor opgave at passe en døende i eget hjem 24 timer i døgnet, også selv om man får hjælp til de praktiske gøremål fra hjemmeplejen. At få døden tæt ind på livet kræver særlige personlige ressourcer og omfattende faglig støtte. Særligt for højtlønnede pårørende kan vederlagets størrelse indebære betydelig lønnedgang med økonomiske problemer til følge; plejevederlaget kan højst udgøre et beløb svarende til højeste hjemmehjælperløn. Bistandslovens ordning forudsætter i øvrigt, at kurativ behandling skal være ophørt, hvilket kan give problemer, hvis patient og/eller pårørende endnu ikke har accepteret situationen, men stadig lever i et naturligt, men urealistisk håb.

Blandt fagfolk er der forskellig opfattelse af, om social- og sundhedsmyndighederne i tilstrækkelig grad bakker pårørende på plejeorlov op med indsættelse af de fornødne hjælpeforanstaltninger. Kræftens Bekæmpelse oplyser, at døgnplejen af døende kræftpatienter altovervejende fungerer godt de fleste steder.

Samarbejdet mellem praktiserende læge, sygehus og hjemmesygepleje fungerer nogle steder godt. Dette er dog ikke alle steder tilfældet, hvilket bl.a. kan indebære uhensigtsmæssige indlæggelser og deraf følgende uro omkring patientens situation. Den praktiserende læges kundskaber omkring smertelindring er ifølge udsagn fra flere sider ikke altid tilstrækkelige, hvilket har stor praktisk betydning, da det er lægen, der ordinerer. Unødige indlæggelser kan også bero på, at sygehuset ikke giver døgnplejen og den praktiserende læge de nødvendige telefoniske anvisninger. Hjemmesygeplejens personale har brug for at kunne kontakte sygehuset direkte om dosisøgning eller andre spørgsmål. Hjemmesygeplejersken har også behov for supervision af og støtte fra særligt sagkyndige. Kræftens Bekæmpelse og andre har peget på, at der opleves et stort behov for samarbejdsaftaler mellem sygehus, døgnpleje, praktiserende læge og socialforvaltning.

Døende patienter og deres familie kan ikke generelt påregne at få specielt uddannet plejepersonale i hjemmet, hvis symptomerne bliver for besværlige. I andre lande kender man ordninger med tilbud om f.eks. ambulante dag- og nat-service, udadgående palliative *home-care teams*, specialister i kræftsygepleje mv. Det ville også her i landet bidrage til større tryghed for alvorligt syge patienter, som opholder sig i hjemmet, at sådan hjælp til symptomkontrol kunne forventes.

4.3.3. Hospice bevægelsen

Den almene palliative sagkundskab er ikke mindst udviklet under indflydelse af hospice bevægelsen.

Hospice [*hospitium*] betyder egentlig et gæstfrit sted, et herberg for vejfarende. I nyere tid er betegnelsen taget i brug af en international bevægelse, som idretter faciliteter til pleje og støtte af alvorligt syge og døende samt deres pårørende. Omdrejningspunkterne i hospice tankegangen er symptomkontrol, medinddragelse af pårørende, omsorg for efterladte, tværfaglighed, forskning og udvikling.

Hospice kan være en - mindre - institution, afdeling med sengepladser eller del heraf, men kan også have funktioner som dagcenter. I udlandet varetager hospice nogle steder pleje af patienter i eget hjem med et *home care team*, som har base på en hospice institution og i øvrigt samarbejder med den primære sundhedstjeneste. Nogle hospice i udlandet har knyttet frivillige til sig. Der findes mere end to tusinde forskellige hospice programmer rundt om i verden.

Den moderne hospice bevægelse blev udbredt i England i begyndelsen af 1960'erne under indflydelse af *Dame Cicely Saunders*. Bevægelsen var bl.a. en modreaktion på teknologiseringen af sundhedsvæsenet. Heroverfor stiller bevægelsen ønsket om et helhedssyn på og indlevelse i patientens og de pårørendes situation, når helbredende behandling er udsigtsløs, og den lindrende indsats er hovedsagen. En væsentlig grundtanke i hospice bevægelsen er at give mulighed for ved livets afslutning at være tilknyttet et hjemligt miljø under trygge forhold, præget af livskvalitet og respekt for individuelle livsværdier.

Hospice er ikke alene optaget af at give folk en værdig død, men i høj grad af at give alvorligt syge bedst mulig livskvalitet. Bevægelsen har i stigende grad sat fokus på at lindre symptomer i bredeste forstand. En del af sigtet hermed er, at flere patienter kan være hjemme i længere tid.

Her i landet har der indtil for nylig været en udbredt skepsis mod at indrette særlige pladser til døende. Dette beror nok bl.a. på en forestilling om, at atmosfæren en sådant sted let ville blive særligt dystert og præget af, at nu kan der ikke gøres mere. Hverken erfaringerne fra udlandet eller de foreløbige erfaringer herhjemme kan dog tydes i den retning.

Diakonissehuset *Sankt Lukas Stiftelsens Hospice* i Hellerup åbnede i oktober 1992 med plads på enestuer til 10 patienter. Årligt modtages ca. 100 patienter. Opholdstiderne varierer meget; den gennemsnitlige opholdstid er ca. en måned. Langt de fleste af patienterne har kræft. Ud over hospiceafsnittet rummer institutionen 14 aflastningspladser samt en afdeling med 25 pladser til rekreation og gæsteophold.

Diakonissehuset er hjem for et søsterfællesskab, ordet diakoni betyder tjeneste eller omsorg. Institutionen er sygeplejeledet. Personalet består af sygeplejersker, og der er tilknyttet to lægekonsulenter, en fysioterapeut, en psykiater og en præst. Arbejdet udføres på folkekirkeligt grundlag, men hospice i Hellerup er åbent for alle.

I den seneste tid har der været et stigende antal patienter, som er blevet udskrevet fra Sankt Lukas Stiftelsens hospice til eget hjem i kortere eller længere tid. Hospice har iværtsat et mindre projekt med henblik på at belyse ressourcebehovet i forbindelse med sådan indsats.

Sammenlignet med ophold på sygehus er ophold på hospice billigt. Et ophold koster 2.000 kr. pr. døgn. Hospice på Sankt Lukas Stiftelsen er hidtil især blevet finansieret af private bidrag fra fonde og enkeltpersoner. Som udgangspunkt skal patienten selv betale for opholdet, men der er fri adgang til et helt eller delvis gratis ophold, hvis vedkommende af økonomiske grunde måtte ønske dette. Indtil for nylig er der i hovedsagen ikke blevet ydet tilskud fra det offentlige eller fra sygesikringen *Danmark* til ophold i hospice. Enkelte kommuner giver dog tilskud på 526 kr pr. sengedøgn. Københavns amt har vedtaget at støtte Sankt Lukas Stiftelsens drift med 1,5 mio. kr i 1996 og 3 mio. kr i 1997.

Pr 15.11.1995 er der åbnet et *Sct. Maria Hospice Center* i Vejle med 12 sengepladser. Centrets virksomhed forventes i de kommende år udvidet med ca. 6 sengepladser yderligere, ambulante funktioner samt konsulentopgaver i forhold til hjemmesygeplejen og de praktiserende læger. Opholdet er vederlagsfrit. Centret støttes økonomisk af Vejle amt, kommuner, fonde og private gavebidrag. Den blandede offentlige og private finansiering har givet en række problemer, bl.a. forskellig medfinansiering fra kommune til kommune.

Fonden *Carpe Diem* har fået 2,5 mio. kr i støtte fra Tips og Lotto og åbnede i februar 1996 et hospice med 10 sengepladser i Bjæverskov på Vestsjælland. Man vil søge at udvide antallet af patientværelser til 21, alle med plads til pårørende. Fonden har tilsagn fra de lokale amter og kommuner om betaling for patienternes ophold.

Der arbejdes med planer om etablering af hospice i Odder med 4-6 pladser, hvor Århus amt og private skal kunne købe sig ind. Århus amt har nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at vurdere behovet for pladser på hospice.

Der er planer om at oprette hospice på Diakonissestiftelsen på Frederiksberg. Det er tanken at indrette 10 sengepladser samt at indgå et samarbejde med den kommunale hjemmepleje. Der forhandles om

planerne med Frederiksberg kommune.

Det er en stadig mere udbredt opfattelse, at der bør være offentligt finansierede hospicer i hvert amt som tilbud til patienter, der gerne vil tilbringe deres sidste tid i sådanne omgivelser. Et sådant ønske kan bl.a. bygge på tanken om, at alvorligt syge og døende patienter bør have lige og reelle valgmuligheder med hensyn til, hvor de ønsker at være, og at hospice bør være et tilbud på linie med det offentlige sundhedsvæsens øvrige tilbud.

Nogle lægger vægt på, at et hospice bør være et kompetence-center for palliativ medicin til gavn også for andre patienter end de på hospice indlagte. Dette hensyn vil bl.a. kunne tilgodeses ved at lægge vægt på uddannelse og forskning.

Kræftens Bekæmpelse har i marts 1995 afgivet en udtalelse om ønsker vedrørende en lovgivning, som forpligter det offentlige til at etablere hospice-ordninger på sygehusafdelinger, hos praktiserende læger, i døgnplejeordninger og som selvstændige institutioner. Foreningen ønsker i øvrigt en bred vifte af tilbud, som tilgodeser de meget varierende behov og ønsker, patienter og deres pårørende har ved livets afslutning. Man ønsker, at patienter og pårørende gives medbestemmelse med hensyn til, hvordan den sidste levetid skal tilbringes. Sundhedsministeren har udtrykt en positiv holdning over for tanken.

I det danske sygehusvæsen er der nu tiltagende interesse for at inddrage dele af det idégrundlag, som hospice hviler på, i hospitalernes egen praksis. Når hospice bevægelsen her i landet først på det seneste har fået gennemslagskraft, efter at bevægelsen i udlandet har haft stor indflydelse gennem flere årtier, skyldes det nok en flerhed af forhold. Ønsker om at værne vort forholdsvis veludviklede sociale system og plejehjemsstrukturen rummer næppe hele forklaringen.

Man erkender et behov for at udvikle og udbrede en sygepleje, som lægger vægt på noget andet end teknologi, og som derved kan være både mindre fremmedgørende - og i øvrigt mindre økonomisk krævende. Dette må ses i lyset af, at hospice er - og formentlig altid vil være - et tilbud for de få. I øvrigt kan særlige problemer for plejen på en hospice institution i enkelte tilfælde være knyttet til det forhold, at man ikke dér har samme umiddelbare adgang som på et større sygehus til servicefunktioner som laboratorium, røntgen, stråleterapi mv. for at diagnosticere og lindre smerter; sundhedspersonale med tilknytning til Sankt Lukas Stiftelsens Hospice har dog ikke oplevet væsentlige problemer i den forbindelse, hvilket bl.a. må forstås på baggrund af, at patienterne på hospice netop har valgt sådanne foranstaltninger fra og lagt vægt på noget andet. På hospitalet kan adgangen til teknologiske faciliteter medføre unødvendig undersøgelser og procedurer, som er belastende og fjerner opmærksomheden fra det, som står øverst på patientens dagsorden.

Hospice bevægelsens indflydelse er både praktisk og ideologisk. I kraft af sin praksis anviser bevægelsen et eksempel med en mærkbar appel. Bevægelsen har utvivlsomt også bidraget til at fjerne noget af tabu opfattelsen omkring døden, sådan at det er blevet mere legitimt at snakke om døden og dermed i en vis forstand lettere at forholde sig til dødsprocessen, både i personlige og politiske sammenhænge.

4.4. Udviklingen af den palliative indsats

Den palliative standard her og i de øvrige nordiske lande er forholdsvis høj i visse henseender, men ikke i alle. Der har nok i almindelighed været en voksende erkendelse af, at palliative kundskaber om både smertelindring og psykosocial støtte er væsentlige for sundhedspersonale på alle områder af sundhedsvæsenet, men på nogle områder kan man få det indtryk, at der her i landet er behov for en yderligere udvikling af indsatsen på det palliative område, herunder bl.a. i forhold til hospicetankegangen og til udviklingen af en helhedsorienteret tradition inden for medicinen.

4.4.1. Udvikling af gode standarder for smertebehandling

For så godt som alle patienters vedkommende kræver smertebehandling nøje individuel tilrettelæggelse, men i det store flertal af tilfælde er der tale om at anvende forholdsvis enkle og veldokumenterede metoder. Meget tyder imidlertid på, at de tilbud, som alvorligt syge patienter faktisk modtager, i mange tilfælde ikke fuldt ud afspejler, hvad der kunne gøres, hvis mulighederne blev

udnyttet tilstrækkelig godt. Ifølge fagkyndiges udsagn får mange patienter ikke den bedst mulige smertebehandling, psykosocial støtte eller lindring af øvrige symptomer. Dette beror på en flerhed af forhold, blandt hvilke der her særligt skal peges på nogle, som vedrører behandling med opioider.

Forestillinger vedrørende skabelse af psykisk afhængighed

Tidligere har overdrevne forestillinger blandt såvel patienter, pårørende som personale vedrørende risikoen for afhængighedsskabelse og narkomani i ikke uvæsentligt omfang medført undermedicinering. Sådanne midler skaber imidlertid kun yderst sjældent psykisk afhængighed i forlængelse af smertebehandling. Dette har sundhedspersonalet nu meget bedre viden om. Alligevel forekommer fejlopfattelser på dette punkt stadig, ikke mindst hos patienter og pårørende, som i nogle tilfælde afviser den nødvendige smertebehandling.

Udvikling af tolerans over for opioider og skabelse af fysisk afhængighed er en fysiologisk kendsgerning. Tolerans indebærer, at der må anvendes større doser af et præparat for at opnå en bestemt effekt. Toleransudviklingen over for virkningerne/bivirkningerne af opioidanvendelse er meget forskellig; den er således langsom i forhold til den smertedæmpende effekt, men hurtig f.eks. i forhold til nedsættelse af åndedrætsfunktionen (respirationsdepression).

Fysisk afhængighed indebærer, at eventuelt ophør med behandlingen må ske gradvist med stadig mindre doser, idet der uden en sådan nedtrapning vil forekomme abstinenssymptomer. God smertebehandling tilrettelægges således, at den ønskede grad af lindring opnås under færrest mulige bivirkninger. Hverken udsigten til udvikling af tolerans eller af fysisk afhængighed er til hinder for iværksættelse af den fornødne medicinering. For døende patienters vedkommende er det i sagens natur slet ikke aktuelt at ophøre med eller nedtrappe en iværksat smertebehandling med opioider.

Med hensyn til udvikling af *psykisk afhængighed* som følge af smertebehandling viser undersøgelser entydigt, at risikoen er forsvindende. Sådanne patienters reaktionsmønstre er grundlæggende forskellige fra stofmisbruges.

Undersøgelser viser, at den legale anvendelse af opioider her i landet nu er den højeste i verden, hvilket bl.a. afspejler en forholdsvis høj grad af beredvillighed til at foretage effektiv smertebehandling. Dette kan betragtes som et klart fremskridt i forhold til tidligere tiders overdrevne tilbageholdenhed med anvendelse af smertestillende brug af opioider. Udviklingen kan imidlertid også have mindre positive træk. Det store forbrug af medicin betragtes i visse fagkredse som kompensation for, at den palliative kundskab og indsats i andre henseender er utilstrækkeligt udviklet. Nogle har den opfattelse, at der for ensidigt fokuseres på somatiske smerter, på dæmpning af smerter og sløvning af patienterne ved hjælp af medicin, således at de psykologiske, sociale og eksistentielle aspekter af lidelsen ved livets afslutning i for høj grad negligeres. Efter nogle praktikeres opfattelse bruges der for mange opioider til behandling af patienter med kroniske langvarige smerter.

Forestillinger vedrørende betydningen af tolerans

Nogle patienter kan have dannet sig den opfattelse, at anvendelse af stærke midler mod smerter vil udelukke eller vanskeliggøre effektiv smertebehandling på mere fremskredne stadier af sygdommen. Dette er ikke tilfældet, bl.a. fordi der efter behov kan anvendes ganske store opioiddoser. Ved omhyggelig dosering kan denne øges væsentligt med henblik på opnåelse af den ønskede virkning.

Forestillinger vedrørende fremskyndelse af dødstidspunktet

Blandt læger og andet sundhedspersonale kan der for øvrigt gøre sig den - fejlagtige - forestilling gældende, at selv omhyggeligt tilrettelagt smertebehandling med opioider indebærer væsentlig risiko for, at patienten vil komme til at lide under alvorlige åndedrætsvanskeligheder, som kan fremskynde døden. Sådanne medikamenter kan nedsætte åndedrætsfunktionen, men efter særligt sagkyndiges opfattelse er der kun ubetydelig risiko for at fremkalde åndedrætsvanskeligheder, som kan skade patienten eller fremskynde døden, hvis smertebehandlingen udføres omhyggeligt. Risikoen er lav, fordi patienten udvikler tolerans, hvorved bivirkningerne mindskes. Risikoen er derfor i hovedsagen kun til stede i meget sjældne tilfælde, hvor det drejer sig om en patient, som ikke i forvejen har været i

behandling med opioider, men får pludseligt opståede, meget svære smerter, der gør anvendelse af store doser medicin påkrævet. Dette har betydning for rækkevidden af lægelovens særlige regel om, at hvor en patient er uafvendeligt døende, kan den ansvarlige læge indgive de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet; se nærmere herom det følgende kapitel om de retlige spørgsmål.

I praksis har den nævnte problematik aktualitet i forbindelse med intravenøs indgift af opioider, anvendelse af såkaldt morfindrop. Også anvendelse af morfindrop kan typisk tilrettelægges sådan, at dødsprocessen ikke afkortes. Nye behandlingsmåder har i øvrigt mindsket behovet for intravenøs indgift af morfin til alvorligt syge patienter. Det er ifølge danske smertespecialister nu kun i meget få tilfælde indiceret at anvende morfindrop på grund af smerter. Nogle smertespecialister finder, at andre administrationsformer altovervejende er tilstrækkelige og anvender udelukkende morfindrop i sjældne tilfælde, hvor man vil sikre, at en bevidstløs patient ikke pludselig vågner i smerte. Ved en veltilrettelagt indgift hæmmes sådanne patienters åndedræt ikke, og droppet afkorter næppe patientens liv. Det er oplyst, at palliative medicinere i udlandet er så tilbageholdende med intravenøs opioidindgift, at denne metode kun anvendes til patienter med svær blødningstendens, som umuliggør indgift under huden. Her i landet lægger Sundhedsstyrelsen og mange læger stadig til grund, at anvendelse af morfindrop efter lægens individuelle skøn kan være indiceret i en mere ubestemt gruppe af tilfælde, hvor patienten er uafvendeligt døende, og hvor andre administrationsformer ikke længere er anvendelige. Se nærmere redegørelsens *bilag 8*.

Blandt nogle læger og sygeplejersker gør der sig den opfattelse gældende, at ønsket om anvendelse af morfindrop udspringer af, at de pårørende ikke kan klare belastningen ved at sidde hos den bevidstløse patient og vente.

Meldinger fra sundhedspersonale tyder på, at der i stigende grad anvendes morfindrop til terminale patienter. Denne tilsyneladende udvikling opfattes af nogle blandt både sygeplejersker og læger som foruroligende, bl.a. fordi brug af morfin kan være en optakt til afkortning af patientens liv, hvorved grænsen til aktiv dødshjælp er flydende. Da der ikke foreligger systematiske undersøgelser, kan forekomsten af en uholdbar praksis for øjeblikket ikke dokumenteres nærmere. En i kapitel 5 nærmere omtalt spørgeskemaundersøgelse blandt danske læger viser imidlertid, at en ikke ubetydelig del af de adspurgte læger har afkortet patienters liv med morfindoser, der var større end nødvendigt for at lindre smerte. Det er fagfolks opfattelse, at det problematiske i fænomenet i nogen grad tilsløres ved beskrivelsen i patientens journal af smertebehandlingens nærmere beskaffenhed. Nogle tolker den nævnte tendens som udslag af overbelægning og for få plejeressourcer i sammenhæng med en vigende respekt for menneskelivets ukrænkelighed.

Behovet for afdækning af patientens smerteoplevelse

Mange patienter, især de ældre, er i øvrigt tilbøjelige til at nedtone smerternes styrke, fordi de ikke vil klynke, fordi de vil undgå at få bekræftelse på sygdommens alvorlighed, eller fordi de måske ligefrem frygter, at en dækkende beskrivelse vil føre til opgivelse eller nedprioritering af forsøg på helbredelse. Der kan også gøre sig kulturelle forskelle gældende i smerteopfattelsen, og det kan være meget individuelt, hvordan smerteoplevelser formidles. Blandt fagfolk er det en udbredt opfattelse, at patienternes smerte og symptomer i øvrigt kun afdækkes i ønskeligt omfang, hvis patienterne opmuntres til at fortælle om deres tilstand, således at der kan sættes ind med den fornødne lindring. Pjecer og andet oplysningsmateriale kan være et vigtigt led i kommunikationen med patienter og pårørende.

Niveaue for anvendelse af opioider

Holdningen til medicinering med opioider er her i landet gennem årene blevet betydelig mere liberal end tidligere. Dette skyldes formentlig bl.a., at kundskaben hos sundhedspersonalet om gode administrationsmåder er vokset betydeligt i de senere år. Imidlertid kan der også iagttages tegn på en uholdbar trivialisering af administrationen af opioider. Døgndosis forbruget er nu det største i verden - mere end dobbelt så stort som i landet med det næsthøjeste forbrug. Årsagen til dette forhold er ikke nærmere belyst. Det er således ikke muligt at sige noget præcist om, hvorvidt det høje forbrug er

udtryk for, at smertebehandlingen har et særlig højt niveau, at der er større tilbøjelighed til her i landet at behandle ikke-livstruende smertetilstande med opioider, eller at der ligefrem er et overforbrug eller større misbrug af opioider end i andre lande. Nogle betegner ligefrem praksis som løsagtig, og det er åbenbart, at der er behov for nærmere undersøgelser.⁹

4.4.2. Uddannelse, forskning og planlægning

Det har bidraget til den god udvikling på det palliative område, at Kræftens Bekæmpelse gennem en årrække har iværksat en række initiativer for at skabe opmærksomhed omkring de behov, som døende patienter og deres pårørende har. Det har også haft betydning, at der i 1989 er dannet en tværfaglig dansk - ligesom i øvrigt en nordisk - forening for omsorg ved livets afslutning, i tilslutning til hvilken forskellige faggrupper udveksler erfaringer, bl.a. ved temadage og -aftener. På det seneste er der i øvrigt blandt læger taget initiativ til dannelse af interessegrupper inden for palliativ medicin, herunder *Forum for læger med interesse i palliation*. Der findes imidlertid ikke på det palliative område noget medicinsk selskab, således som der gør med hensyn til forskellige specialer.

I Norge og Sverige er der inden for de senere år oprettet professorater i palliativ medicin. I Storbritannien er palliativ medicin et lægeligt speciale, dvs. selvstændigt fagområde.

Uddannelsen af læger

Den palliative indsats indgår kun i begrænset omfang i den teoretiske kandidatuddannelse af *læger*. Uddannelsen omfatter nogle få timer om smertebehandling, herunder afdækning af patienternes behov for smertelindring samt teknikkerne hertil. Uddannelsen af læger lægger i øvrigt ikke synderlig vægt på betydningen af at interessere sig for og forholde sig til alvorligt syge patienters psykosociale problemer. Læger lærer heller ikke under den teoretiske uddannelse meget om, hvordan man kan forholde sig til det at stå over for døende patienter, hvilket i den kliniske praksis kan indebære, at sådanne situationer forekommer angstprovokerende. Det skal dog bemærkes, at der i de seneste år har kunnet iagttages en vis grøde i interessen for at inddrage den palliative indsats i undervisningen af læger.

Under den praktiske uddannelse er det lægechefernes ansvar at sørge for, at unge læger får lejlighed til at udvikle gode holdninger vedrørende sådanne spørgsmål. Ved oplæringen i god palliation er det imidlertid ikke altid let at leve op til ansvaret som god rollemodel, når man selv er uddannet i en tradition, hvor vægten i meget høj grad har været lagt på den kurative indsats.

Den palliative indsats fylder heller ikke meget - om end mere - på lægelige efteruddannelser. Inden for uddannelsen af speciallæger i behandling af kræftsygdomme (onkologi) er den teoretiske uddannelse i de senere år styrket med et obligatorisk kursus i palliativ indsats, og der er planer om at supplere dette med et obligatorisk kursus i kommunikation. I den teoretiske del af praktiserende lægers specialeuddannelse bruges der et mindre antal timer som introduktion til områderne klinisk terminalpleje og psykosocial støtte.

Der peges af nogle på vigtigheden af lokale tværfaglige kurser på afdelingsniveau med deltagelse af både læger, sygeplejersker og andre faggrupper.

Det hævdes af sygeplejersker, at specielt nogle af de praktiserende lægers utilstrækkelige vidensniveau vedrørende smertelindring er et problem.

Uddannelsen af sygeplejersker

Grunduddannelsen for *sygeplejersker* er af en varighed på 3 år og 9 måneder. Heraf tilbringes 3 måneder i hjemmeplejen. Den teoretiske del af uddannelsen omfatter 50 timer vedrørende død og døende, 20 timer vedrørende tab og sorg, 25 timer vedrørende smertebehandling, 10 timer vedrørende symptomkontrol, 5 timer vedrørende kommunikative færdigheder, 7 timer vedrørende etiske aspekter, samt 5 timer vedrørende religiøse aspekter.

Palliation er ikke med i de specialistuddannelser, der i de senere år er oprettet for sygeplejersker, og der er heller ikke nogen obligatorisk palliativ efteruddannelse. Mange sygeplejersker har imidlertid

oparbejdet praktisk og teoretisk specialviden, som man formidler i forskellige sammenhænge. Nogle sygeplejersker på kræftområdet har dannet specielle interessegrupper vedrørende smertebehandling samt behandling af kvalme og opkastninger. Der findes også blandt sygeplejersker en interessegruppe vedrørende palliation i bredere forstand. Dansk Sygepleje Råd udbyder en række 3-4 dages kurser om smertebehandling, alvorligt syge, døden og den døende. For onkologiske sygeplejersker er der etableret en øst- og en vestdansk formaliseret efteruddannelse med en praktisk og en teoretisk del, hvori palliation indgår. Sygehuse, afdelinger og hjemmeplejeordninger tilbyder også undervisning om alvorligt syge og døende. Hjemmesygeplejerskerne i Københavns kommune har siden 1990 modtaget obligatoriske kurser i smertelindring på smertecentret på Bispebjerg Hospital.

Det må antages, at der forudsættes en klar prioritering fra ledelsesside, for at sygeplejersker kan anvende deres palliative kundskaber bedst muligt.

Uddannelsen af andre grupper

Også blandt psykologer, socialrådgivere og præster er interessen for systematisk udvikling af den palliative indsats tilsyneladende kun i sin vorden. Med den øgede betydning af den psykosociale indsats er disse grupper imidlertid nødvendige i det tværfaglige arbejde.

Forskning i palliation

Forskningsmæssigt har palliativ indsats ikke nogen fremtrædende plads, i hvert fald ikke når det gælder palliation i bredere forstand, dvs. ikke alene fysisk/somatisk smertebehandling. Som berørt i forbindelse med omtalen af det høje danske forbrug af opioider er der imidlertid også på sidstnævnte område behov for forskning.

Fra en videnskabelig synsvinkel angår en betydelig del af den palliative indsats forholdsvis svært kvantificerbare parametre, og sådanne er det ikke særligt meriterende for læger at beskæftige sig med.

Det nationale strategiudvalg for sundhedsvidenskab, NASTRA, har i begyndelsen af 1995 afgivet et forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab. I betænkningen står der blot et ganske kort afsnit om forskning vedrørende sygdomspleje og -omsorg. Det konstateres, at der er sket en væsentlig vækst inden for pleje- og omsorgsområdet med deraf følgende væsentlige samfundsmæssige omkostninger, hvoraf effekten ikke altid har været belyst. Der peges herudover summarisk på nødvendigheden af forskning med samme kvalitet, som inden for den sundhedsvidenskabelige forskning i øvrigt.

Det skal særligt nævnes, at i 1990 etableredes Universitetshospitalernes Center for Sygeplejeforskning, UCSF, hvor der anlægges et tværvidenskabeligt perspektiv på udforskning af omsorgsområdet. Centret satser bl.a. på forskning i selvhjælpsgrupper og har for tiden en fuldtidsansat samt fem projektansatte videnskabelige medarbejdere.

Kræftens Bekæmpelse har gennem en årrække opprioriteret den psykosociale forskning, hvorunder en del af den palliative forskning hører. Der er nedsat et særligt psykosocialt forskningsudvalg, og der afsættes årligt ca. 6 mio. kr til uddeling, men de indkomne projektansøgninger på dette felt er få.

Hvis man ser bort fra forskning i somatisk/fysisk smertebehandling og forskning om selvhjælpsgrupper viser en aktuel søgning i databasen Medline ingen dansk forskning i palliation, hverken traditionelt kvantitativt eller kvalitativt orienteret.

Den palliative indsats i sygehusplanlægningen

I sygehusplanlægningen er den palliative indsats først på det seneste overhovedet blevet synlig som et selvstændigt indsatsområde. Det er i den forbindelse tankevækkende, at palliation i forbindelse med de svenske prioriteringsbestrebelses er ét af indsatsområderne i øverste prioritetsgruppe.¹⁰

Sundhedsstyrelsen har i begyndelsen af 1996 udsendt en redegørelse fra en arbejdsgruppe vedrørende omsorg for alvorligt syge og døende. Arbejdsgruppen anbefaler nogle overordnede principper, som der bør tages højde for i amternes og kommunernes sundhedsplanlægning. Alvorligt syge og døende skal i videst muligt omfang kunne vælge, hvor de ønsker at tilbringe den sidste tid. Uanset hvor patienten

ønsker at tilbringe sin sidste levetid, skal den palliative indsats være af høj faglig kvalitet. Det forudsættes bl.a., at der i hele landet er døgnplejeordninger samt tværfaglige basis teams, der kan trække på specialviden. Beslutning om etablering af hospiceinstitutioner bør træffes på grundlag af lokale ønsker og behov. Hospiceindsatsen kan efter arbejdsgruppens opfattelse meget vel ydes inden for andre organisatoriske rammer end i en hospitalsinstitution.

Der synes rundt om i de danske amter at være en voksende forståelse for behovet for opprioritering af den palliative indsats. Således diskuteres det flere steder, om man i forbindelse med sundhedsplanlægningen for de kommende år skal oprette eller støtte hospices. Hospicetanken har på det praktiske plan mange tilhængere. Man er imidlertid samtidig opmærksom på, at et ophold på hospice kun vil kunne være attraktivt for et fåtal af patienterne, og at der er behov for en forbedring af forholdene for de døende både på hospitaler og plejehjem samt i eget hjem.

Landsforeningen Ældre Sagen har oplyst, at der er behov for at ruste smerteklinikkerne bedre til at indgå i et smidigt samarbejde med den primære sundhedstjeneste. På grund af mangel på ressourcer er det tilsyneladende overordentlig vanskeligt at få visse klinikker til fra almen praksis at modtage terminale patienter med akutte eller subakutte smerteproblemer.

Kræftens Bekæmpelse har særligt påpeget behovet for etablering af særlig ekspertise vedrørende smertebehandling på alle onkologiske afdelinger.

I de enkelte amter søger forskellige grupper at skabe interesse for at oprette palliative enheder, hospice mv., bl.a. Hjem-i-hjemmet gruppen i Århus.

På Brovst Sygehus arbejder man med foreløbige planer om indretning af et særskilt afsnit for palliativ medicin med seks enestuer til døende patienter.

Indtil videre eksisterer der ikke nogen steder i det offentlige sundhedsvæsen en palliativ afdeling til varetagelse af opgaver for patienter med fremskreden somatisk lidelse og forventet kort levetid. Hovedstadens Sygehusfællesskab planlægger en sådan palliativ enhed på Bispebjerg Hospital. Enheden skal have forsknings-, udviklings-, uddannelses- og konsulentforpligtelser. Den skal kunne modtage patienter såvel fra hjem som fra sygehusfællesskabets hospitaler. Patientens sygdom skal være diagnostisk færdigudredt, og patienten skal have behov for kvalificeret behandling og pleje døgnet rundt. Enheden skal også kunne varetage egentlige hospicefunktioner. Den skal indgå i et tæt samarbejde med det på hospitalet eksisterende tværfaglige smerteteam, og samarbejdet med alment praktiserende læger og hjemmesygeplejen anses for meget væsentligt. Principper for opgaver, struktur, samarbejdsområder og -form skal analyseres og fastlægges i et medicinsk teknologivurderingsprojekt i samarbejde med bl.a. Sundhedsstyrelsens udvalg for medicinsk teknologivurdering. Den planlagte enhed skal have ca. 15 pladser, hvilket skal ses i lyset af, at optageområdet rummer næsten en halv million mennesker.

Der er foreløbige planer om at etablere et palliativt team på Rigshospitalets Finsen Center, hvor de onkologiske funktioner inden for Hovedstadens Sygehusfællesskab vil blive centraliseret. En arbejdsgruppe i Århus Amt anbefaler, at der etableres erfaringsteams til forbedring af indsatsen i forbindelse med den terminale pleje.

Det overvejes på nogle sygehuse at oprette særlige palliative teams, der kan rekvireres til de enkelte afdelinger for at undervise og støtte det personale, der i det daglige varetager plejen af patienterne. Nogle går ind for at opprioritere den palliative indsats ved at etablere denne funktion som et selvstændigt ekspertområde i den onkologiske afdeling. Andre ønsker at oprette tværsektorielle teams på amtsbasis. Det er for nærværende ikke afklaret, hvilke ordninger der fungerer bedst, hvilket formentlig også kan variere.

4.4.3. Opsummering af udviklingsbehovene i forbindelse med den palliative indsats

Det er en udbredt opfattelse blandt fagfolk, at der er et udtalt behov for bedre uddannelse, udfærdigelse af generelle faglige retningslinier og lokale instrukser samt systematisk kvalitetskontrol, -udvikling og forskning på det palliative område. Der kan i den forbindelse også peges på betydningen af, at der

udvikles metoder til sikring af, at den palliative indsats er optimal. Dette forudsætter et højt kundskabs- og informationsniveau, faste rutiner til løbende afklaring og registrering af den enkelte patients individuelle symptomer og ønsker, løbende efterprøvelse af den iværksatte indsats og patientens indstilling hertil, samt overordnet tilsyn med den palliative indsats.

Der kan desuden peges på vigtigheden af at indrette sundhedsvæsenet således, at der sikres døende mennesker god tværfaglig omsorg i trygge og normaliserede omgivelser med gode muligheder for kontakt til pårørende. Det er formentlig vigtigt at støtte hospicetanken og at oprette flere hospices. Det store flertal af døende patienter vil imidlertid også fremover befinde sig på hospitalerne, så det er af særlig vigtighed at udvikle omsorgsmulighederne her.

5. Patienters og behandlende lægers afgørelser vedrørende dødens indtræden - dansk ret

5.1. Indledning

Patientens selvbestemmelsesret har en overordentlig fremtrædende plads i den nugældende lovgivning, når det drejer sig om afvisning af livsforlængende behandling. Hertil kommer, at læger har selvstændige og vidtrækkende beføjelser, som i visse tilfælde kan indebære afkortning af døende patienters liv. Sådanne beføjelser gør det muligt at undlade behandling, som kun kan udskyde dødstidspunktet, og at anvende lindrende midler, som kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

I dette kapitel vil der først blive givet en oversigt over baggrunden for lægelovens regler om selvbestemmelse, information og samtykke. Derefter vil der blive redegjort for retstilstanden med hensyn til patienters ønsker og behandlende lægers afgørelser vedrørende afståelse fra eller foretagelse af livsforlængende behandling.¹¹

Først redegøres der for reglerne om *fravalg* af behandling. Gennemgangen tager sit udgangspunkt i *fornuftshabile* patienters selvbestemmelsesret med hensyn til fravalg af enhver eller en bestemt slags behandling, således som reglerne herom siden 1992 har været fastsat i lægeloven. I samme forbindelse nævnes den behandlende læges beføjelse til at fravælge nyttesløs, uetisk eller uforholdsmæssig kostbar behandling. Efterfølgende drøftes retsstillingen med hensyn til *fornuftsindhable* patienter, dvs. patienter som er kommet i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves ved en aktuel tilkendegivelse. I sådanne tilfælde kan oprettelsen af et livstestamente efter de i 1992 indførte regler have væsentlig betydning for vedkommende selv og den behandlende læge.

I et følgende hovedafsnit redegøres der for reglerne om *tilvalg* af en bestemt ydelse i sundhedsvæsenet. Et spørgsmål af særlig væsentlig betydning i denne forbindelse er retsstillingen med hensyn til anvendelse af midler, som kan lindre den uafvendeligt døende patients lidelser, men som desuden kan indebære fremskyndelse af dødstidspunktet. Foranstaltninger med denne såkaldte dobbelteffekt er i princippet lovlige, hvilket blev lovfæstet ved ændringen af lægeloven i 1992. Hjælp til aktiv afkortning af en andens liv efter vedkommendes eget ønske er imidlertid strafbar som drab efter begæring eller hjælp til selvmord, og der redegøres nærmere for reglerne herom.

5.2. Baggrunden for lovgivningen om patienters selvbestemmelse

Før i tiden var der næppe megen tvivl om, at det - stort set altid - var en læges opgave at opretholde liv så længe som muligt. Nu om dage har tanken om en værdig og barmhjertig død imidlertid fået en ny betydning. Som omtalt i kapitel 2 er det blevet muligt at opretholde liv længere, end man før kunne. Man kan bl.a. foretage blodtransfusion, droptilførsel af vædske, næring og medicin, respiratorbehandling, pacemakerbehandling, organtransplantation og andre operative indgreb. I tilfælde, hvor tilbagevenden til en meningsfyldt tilværelse er udelukket, og døden forventes at være nært forestående, kan en sådan livsforlængende behandling bevirke eller forstærke en oplevelse af fremmedgørelse, meningsløshed og urimelig langtrukkenhed i forbindelse med livets afslutning. Mange mennesker ønsker ikke at blive holdt i live uden bevidsthed eller uden håb om bedring.

Spørgsmålet om fritagelse for livsforlængende behandling melder sig til tider også i forbindelse med

behandlingen af patienter, som er uden bevidsthed eller på anden måde uden fornøden fornuftshabilitet, men som forud har tilkendegivet deres ønsker. Sådanne tilkendegivelser kan indeholde ønsker om ikke at blive behandlet alene for at forlænge livet. De kan også indebære afkald på behandling i tilfælde, hvor man ligger hjælpeløs hen uden udsigt til bedring.

I mange lande findes der interessegrupper, som nu igennem flere årtier har arbejdet for en juridisk anerkendelse af forskellige former for lægelig dødshjælp. I Danmark stiftedes i 1976 *Landsforeningen Mit Livstestamente - Retten til en værdig død*. Foreningens ca. 25.000 medlemmer oprettede livstestamente på en af foreningen udarbejdet standardformular. Den retlige betydning af en sådan forhåndserklæring var indtil for nylig temmelig usikker.

Allerede for tyve år siden lagde Sundhedsstyrelsen afstand til den opfattelse, at en læge altid skulle være forpligtet til at søge livet opretholdt til det yderste. I 1974 tilkendegav Sundhedsstyrelsen således i en pressemeddelelse, at det ikke er i strid med almindeligt anerkendte principper for lægers handlemåde, at den ansvarlige læge træffer bestemmelse om at undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden. Sundhedsstyrelsen understregede imidlertid, at der altid og for hver enkelt patient skal foretages en konkret vurdering af patientens tilstand og udsigter samt foreliggende behandlingsmuligheder.

Samtidig blev der af Sundhedsstyrelsen givet udtryk for, at det, når behandling af patienten er udsigtsløs og døden nært forestående, må anses for berettiget at indgive de nødvendige smertestillende midler, selv om dette som en ikke tilsigtet virkning kan medføre risiko for, at døden indtræffer på et lidt tidligere tidspunkt (den såkaldte dobbelteffekt).

Medicinaldirektøren udtalte i øvrigt i 1976 til pressen, at et livstestamente kunne få vægt derved, at lægen kunne tage patientens forhåndstilkendegivelse med ind i billedet sammen med en række andre ting, når den svære afgørelse skulle træffes. Anklagemyndigheden tilsluttede sig, at et livstestamente ville kunne indgå som ét af mange momenter i et berettiget lægeligt skøn.

Landsforeningen Mit Livstestamente efterlyste gennem en årrække en juridisk anerkendelse af livstestamenter. I 1987 nedsatte justitsministeriet en arbejdsgruppe med henblik på en afklaring af retstilstanden. Arbejdsgruppen afgav betænkning 1184/1989. Et flertal anbefalede, at der ved ændring af et par linier i lægelovent alene skulle foretages en lovfæstelse og tydeliggørelse af gældende ret vedrørende information og samtykke. Arbejdsgruppens to repræsentanter for Landsforeningen Mit Livstestamente måtte gå alene i mindretal. Også i Det Ethiske Råd var kun et mindretal imødekommende over for ønsket om lovfæstelse af livstestamentets betydning.¹²

Sundhedsministeren fremsatte et lovforslag, der fulgte indstillingen fra flertallet i arbejdsgruppen. Et stort flertal i Folketinget delte imidlertid i den væsentlige opfattelse med Landsforeningen Mit Livstestamente og fik gennemført en ændring af lægelovent, som dermed fik en række bestemmelser om livstestamenter mv. Bestemmelserne trådte i kraft den 1.10.1992 og udfyldes af nogle administrative forskrifter, se nedenfor *bilag 2-6.13*

5.3. Fravalg af lægelig behandling

5.3.1. Patienter i en tilstand, hvor selvbestemmelsesret kan udøves (fornuftshabile patienter)

Patientens selvbestemmelsesret

- reglerne om information og samtykke

Normalt kan *en voksen, fuldt fornuftshabil person* ikke tvinges til indlæggelse eller modtagelse af lægelig behandling. Tilsidesættelse af patientens selvbestemmelse kan kun ske i tilfælde, hvor dette har særlig hjemmel. Dette har kun større praktisk betydning med hensyn til strafferetlige foranstaltninger og på psykiatrilovens område.

I retlig henseende er det et enten/eller, om en person i en given sammenhæng skal betragtes som fuldt fornuftshabil. I praksis vil der være tale om meget flydende overgange, hvilket ikke mindst har betydning i behandlingen af svært syge, bevidsthedssvækkede eller ældre patienter, hvor det kan være

usikkert, om de er i stand til at give samtykke på en tilstrækkelig meningsfuld måde.

Princippet om patientens ret til selvbestemmelse over sin person blev i 1992 lovfæstet med følgende bestemmelser vedrørende lægelig informationspligt og patientsamtykke:

Lægelovens § 6, stk. 2. Lægen skal, hvor det er muligt, og hvor der ikke er grund til at antage, at det strider mod patientens ønske, oplyse patienten om dennes helbredstilstand og behandlingsmulighederne.

Stk. 3, 1. pkt. Lægen må ikke indlede eller fortsætte en behandling mod patientens vilje, medmindre andet er særligt hjemlet.

Bestemmelserne har baggrund i drøftelserne vedrørende udsigtsløs livsforlængende behandling, men gælder lægelig behandling i almindelighed. Lægelig behandling må normalt kun iværksættes, hvis patienten samtykker heri efter - løbende og om nødvendigt af lægens egen drift - at være blevet behørigt informeret om sin helbredstilstand, de foreliggende behandlingsmuligheder og risikoen for eventuelle komplikationer og bivirkninger herved.¹⁴ Pligten til information skærpes, jo mere nærliggende og alvorlige komplikationer eller bivirkninger der kan være ved et indgreb eller en behandling. Efter omstændighederne kan samtykket dog være underforstået eller stiltiende, idet lægen ofte med rette må kunne anlægge den formodning, at patienten - især hvis vedkommende selv henvender sig - er indforstået med sædvanlig eller i øvrigt påkrævet behandling, hvis ikke patienten ytrer sig i modsat retning. Information til patienten skal i øvrigt kun gives, hvis det er muligt, og hvor der ikke er grund til at antage, at det strider mod patientens tarv eller ønske.

Patienten kan udøve sin ret til at fravælge behandling på den måde, at kun visse former for behandling afvises. Der vil således - alt andet lige - være en ganske stærk formodning for, at en patient, der ikke ønsker livsforlængende behandling, vil være indforstået med at få lindrende behandling.

Forhåndstilkendegivelse i en aktuel sygdomssituation

I forbindelse med en aktuel sygdomssituation, hvor det kan forudses som en nærliggende mulighed, at behandling vil vise sig udsigtsløs, kan patienten med en forhåndstilkendegivelse udøve sin ret til helt eller delvis at afvise behandling. En sådan erklæring skal respekteres, også hvis patienten efterfølgende bliver inhabil, f.eks. på grund af bevidstløshed.¹⁵

Ansvar for foretagelse af behandling mod patientens ønsker

Hvis en læge foretager en livsforlængende behandling mod patientens vilje, vil lægen efter omstændighederne kunne drages til ansvar efter straffelovens bestemmelser om ulovlig tvang, frihedsberøvelse eller legemskrænkelse. Det må dog forventes, at både sundhedsmyndighederne og anklagemyndigheden kun vil være indstillet på tiltalerejsning i særligt oplagte og graverende tilfælde.

Patientens ønske om afbrydelse af fortsat behandling

Lægelovens regler omfatter såvel at indlede som at fortsætte behandling. I princippet kan en patient altså også kræve en allerede påbegyndt behandling afbrudt, også selv om behandlingen er livsnødvendig. Det er imidlertid forudsat i lægelovens forarbejder, at en patient ikke har ret til at kræve afbrydelse af en behandling, når der er tale om en situation, hvor døden ikke er uafvendelig, og efterkommelse af patientens begæring vil bevirke, at den pågældende umiddelbart efter afgår ved døden. En læge, der i tilfælde heraf efterkommer patientens begæring, vil kunne ifalde strafansvar, se nærmere nedenfor under afsnit 3.

Lægens beføjelser med hensyn til fravalg af behandlingsmuligheder

Den behandlende læge vil kunne modsætte sig en patients ønsker om en bestemt behandling af lægefaglige/lægeetiske eller økonomiske grunde, f.eks. fordi behandlingen må anses for nytteløs. Ved modtagelsen af en behandlingskrævende patient kan det således være berettiget at *afstå* fra iværksættelse af livsforlængende behandling ud fra en saglig prioritering af de foreliggende ressourcer set i forhold til denne og andre patienters behandlingsmuligheder og behandlingsudsigter. I øvrigt

hviler lægelovens regler på en forudsætning om en vidtgående

forpligtelse til at tilrettelægge behandlingen i overensstemmelse med patientens ønsker.

Lægens beføjelser vedrørende afbrydelse af påbegyndt behandling

En læge er som hovedregel ikke beføjet til på egen hånd at afbryde en allerede påbegyndt livsforlængende behandling af en uafvendeligt døende, fornuftshabil patient. Noget sådant må ikke ske imod patientens ønske, og normalt vil et samtykke fra patienten være en forudsætning. Lægen må således ikke uden videre afbryde respiratorbehandling, ilt- eller væsketilførsel, selv om det med sikkerhed måtte kunne fastslås, at patienten under alle omstændigheder kun ville have ganske kort levetid tilbage. Dette er forudsat i forbindelse med fastlæggelsen af lægelovens overordnede principper om information og selvbestemmelse, herunder den ovenfor nævnte forpligtelse til at tilrettelægge en behandling i overensstemmelse med patientens ønsker.

Fortsættelse af behandling, der er direkte nytteløs, eller som strider mod den lægefaglige/lægeetiske opfattelse - herunder nødvendig hensyntagen til en saglig prioritering af ressourcerne - kan dog nægtes. Som tidligere nævnt må der imidlertid kræves mere tungtvejende grunde for at afbryde en allerede iværksat behandling end for at undlade påbegyndelse af ny behandling.

5.3.2. Patienter i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves (inhabile patienter)

5.3.2.1. Udgangspunktet - pligten til at foretage uopsættelig behandling

Hvis en patient er bevidstløs eller af andre årsager ikke har fornøden fornuftshabilitet, og der foreligger en situation, som er livstruende, er lægen som regel forpligtiget til at foretage livsnødvendig eller på anden måde uopsættelig behandling. Lægen er også berettiget til at foretage anden behandling, som patienten ikke ved udøvelse af sin selvbestemmelsesret på forhånd har frabedt sig, se herom nedenfor.

5.3.2.2. Situationer med ret eller pligt til at afstå fra livsnødvendig behandling

I visse tilfælde vil lægen være berettiget - eller endog forpligtet - til ikke at påbegynde eller fortsætte behandlingsmæssige foranstaltninger.

Lægens ret til at afstå fra behandling har først og fremmest betydning, når sådanne foranstaltninger kun (kortvarigt) kan udskyde tidspunktet for den inhabile patients død. Herom indeholder lægeloven nu en udtrykkelig bestemmelse.

Lægelovens § 6, stk. 5, 1. pkt. I en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende (..) kan lægen undlade at påbegynde eller fortsætte foranstaltninger, som kun kan udskyde tidspunktet for dødens indtræden.

I lægelovens forstand betragtes en patient som uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage eller uger trods anvendelse af de behandlingstilbud, der er til rådighed. Lægeloven forudsætter, at det er en *ren lægefaglig vurdering* at tage stilling til, om patienten befinder sig i et sådant terminalt forløb.

Lægen har også beføjelse til at afstå fra livsforlængende behandling i visse tilfælde, hvor patienten ikke er uafvendeligt døende, men hvor det med stor sikkerhed må antages, at patienten efter en livsforlængende behandlingsindsats vil være afskåret fra enhver form for egentlig menneskelig kontakt, f.eks. på grund af, at åndedrætssvigt efter hjertestop har medført svære, uoprettelige hjerneskader. Dette er forudsat i forarbejderne til lægeloven.

I visse tilfælde - navnlig hvor patienten vil lide under fortsat behandling - er det i forarbejderne til lægelovens regler lagt til grund, at lægen efter omstændighederne ligefrem kan have *pligt* til at undlade livsforlængende foranstaltninger. Der foreligger imidlertid ikke nogen form for uddybning eller nærmere retningslinier herom. Man kan i øvrigt rejse det spørgsmål, om der i tilfælde af sikkerhed for, at behandling er udsigtsløs, overhovedet kan tænkes tilfælde, hvor der ikke bør foreligge en sådan

pligt.16

Reglen om, at lægen har pligt til at foretage uopsættelige foranstaltninger, når det drejer sig om en fornuftsindhil patient, fraviges også i visse situationer, hvor der foreligger en eller anden type af forudgående tilkendegivelse fra patienten. Således gælder lægens forpligtelse til at respektere ønsker fremsat i forbindelse med en *aktuel* sygdomssituation som tidligere nævnt også, hvor inhabilitet eventuelt senere indtræder hos patienten. Desuden rejser spørgsmålet om betydningen af forudgående tilkendegivelser fra patienten sig i forbindelse med selvmordsforsøg og ved tilstedeværelsen af et livstestamente. Disse to spørgsmål skal der redegøres nærmere for i det følgende.

5.3.2.3. Særligt om behandling af personer, der har forsøgt selvmord

Et selvmordsforsøg kan ikke i sig selv tillægges den betydning, at den pågældende person har udtrykt et ønske om at afkorte sit liv, og at andre skal respektere et sådant ønske. I lidt ældre retspraksis er der antaget en ganske vidtgående pligt - for privatpersoner - til at sørge for, at en (bevidstløs) person, der har forsøgt selvmord, undergives livreddende behandling også i tilfælde af, at vedkommende umiddelbart forud har frabedt sig hjælp. Tilsidesættelse af en sådan pligt kan således efter omstændighederne tænkes at bevirke strafansvar efter strfl. § 250 eller § 253.

Strfl. § 250. Den, som hensætter en anden i hjælpeløs tilstand eller forlader en under hans varetægt stående person i sådan tilstand, straffes (..)

Strfl. § 253. Med (..) straffes den, som, uagtet det var ham muligt uden særlig fare eller opofrelse for sig selv eller andre, undlader

1) efter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare, eller

2) at træffe de foranstaltninger, som af omstændighederne kræves til redning af nogen tilsyneladende livløs, eller som er påbudt til omsorg for personer, der er ramt af skibbrud eller anden tilsvarende ulykke.

Alt andet lige gælder pligten til at søge en bevidstløs person genoplivet efter selvmordsforsøg med særlig styrke for læger - og for sundhedspersonale i øvrigt. For lægers vedkommende følger hjælpepligten direkte af lægelovens § 7.

Lægelovens § 7. Enhver læge er forpligtet til på begæring at yde den første fornødne lægehjælp, når hurtig lægehjælp efter de foreliggende oplysninger må anses for påtrængende nødvendig, såsom ved forgiftningstilfælde, større blødninger, kvælningsanfald (..)

Lægens hjælpepligt gælder utvivlsomt også, selv om lægen véd, at den bevidstløse i forbindelse med selvmordsforsøget, men forud for den lægelige kontakt, har tilkendegivet et ønske om ikke at blive udsat for livsforlængende behandling. Noget andet er imidlertid tilfældet, hvis den bevidstløse allerede ved selvmordsforsøget er i behandling i forbindelse med en aktuel sygdomssituation, i forbindelse med hvilken vedkommende har drøftet sine selvmordsplaner med en læge og over for denne har afvist enhver livsforlængende behandling og samtidig er blevet behørigt informeret om konsekvenserne heraf. I overensstemmelse med de almindelige regler om patientens selvbestemmelsesret må et sådant ønske i princippet respekteres, f.eks. i tilfælde af at patienten har taget en stor dosis sovepiller.

Hvis en person efter et selvmordsforsøg stadig er ved bevidsthed og afviser hjælp, er der - så meget desto mindre - hverken pligt eller ret til lægelig indgriben. Der er formentlig heller ikke hverken pligt eller ret til på forhånd at gribe ind med tvang for at imødegå selvmordsforberedelser eller afværge en selvmordshandling.

Et selvmordsforsøg præget af ydre dramatiske omstændigheder må dog kunne bevirke en ret for omgivelserne til at gribe ind, f.eks. for at standse forblødning.

5.3.2.4. Lovgivningen om livstestamenter

I forbindelse med lovfæstelsen af det almindelige princip om patientens ret til selvbestemmelse

besluttede Folketinget tillige at indføre udtrykkelige regler om livstestamenter. Et livstestamente i lovens forstand er en særlig erklæring, hvori en person (testator) har tilkendegivet, at vedkommende ikke ønsker at modtage udsigtsløs livsforlængende behandling, hvis den pågældende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves på anden måde. Lægelovens bestemmelser om livstestamenter lyder således:

Lægelovens § 6, stk. 3. Lægen må ikke indlede eller fortsætte en behandling mod patientens vilje, medmindre andet er særligt hjemlet. Dette gælder også, hvor patienten ved et livstestamente har udtrykt ønske om en fritagelse for livsforlængende behandling i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende.

Stk. 4. Ved livsforlængende behandling forstås behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Lægelovens § 6 a. Enhver, der er myndig, kan oprette et livstestamente. Heri udtrykkes testators ønske om behandlingen, når testator måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves på anden måde.

Stk. 2. Sundhedsministeren udfærdiger de nærmere regler om livstestamenters oprettelse, udformning, registrering, tilbagekaldelse mv.

Stk. 3. Sundhedsministeren fastsætter bestemmelser om gebyrer for registrering af livstestamenter.

Den standardformular, som benyttes ved udfærdigelse af livstestamenter, indeholder tre punkter. Kun det første af disse er udtrykkeligt omtalt i lægelovens ovennævnte bestemmelser; de andre har deres baggrund i lovens forarbejder. Et samlet regelsæt om livstestamenter findes i en bekendtgørelse fra Sundhedsministeriet samt et cirkulære og en vejledning fra Sundhedsstyrelsen.

Livstestamentets punkt 1

En læge har pligt til at rette sig efter testators ønske om undladelse af behandling, hvis patienten er uafvendeligt døende (*livstestamentets punkt 1*). I sådanne tilfælde skal lægen f.eks. afstå fra anvendelse af antibiotika ved en tilstødende lungebetændelse, respiratorbehandling ved åndedrætssvigt eller gennemførelse af en større kræftoperation ved en fremskreden kræfttilstand. Lægeloven forudsætter, at alene bedømmelsen af patientens tilstand kan tillægges betydning, hvorimod andre hensyn - så som lægens personlige holdning, pårørendes ønsker, forskningsinteresser eller økonomiske hensyn - ikke må spille ind.

Livstestamentets punkt 2

Testator kan tillige udtrykke ønske om ikke at modtage livsforlængende behandling i et fremtidigt tilfælde, hvor testator *ikke* er uafvendeligt døende, men hvor sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller liggende har medført en så svær invaliditet, at den pågældende varigt vil være ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt (*livstestamentets punkt 2*). Det drejer sig f.eks. om tilstande i forbindelse med svære hjernelidelser, herunder senil demens og afasi, svære lungelidelser og svære rygmarsvlidelser. Eksemplerne er nærmere beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning, der er optaget som *bilag 5* nedenfor.

I disse tilfælde er behandling ikke udsigtsløs, men forlængelsen af livet vil indebære en tilværelse i meget invalideret tilstand, sådan som der kan være tale om ved igangsættelse af et standset hjerte, når det på grund af den siden hjertestoppet forløbne tid må anses for sikkert, at hjertestoppet allerede har medført svære, uoprettelige skader hos patienten.

Lægeloven forudsætter, at et sådant livstestamente kun må tilsidesættes, hvor tungtvejende grunde taler herfor. En forhåndserklæring af denne type er imidlertid *ikke bindende* for den behandlende læge, men blot vejledende. I lægens samlede skøn kan der indgå en række forskellige forhold, herunder sygdommens art og stadium, de foreliggende behandlingsmuligheder, patientens alder og øvrige livssituation, de pårørendes holdning, osv. De skønsmæssige vurderinger, som er tillagt lægen i denne forbindelse, er ganske vidtgående og ubestemte.

En utvetydig tilkendegivelse, der ikke er fremkommet på Sundhedsstyrelsens formular, vil i øvrigt kunne tillægges samme virkning som et formelt livstestamente, hvis lægen bliver bekendt dermed.

Livstestamentets punkt 3

I livstestamentet kan testator i øvrigt tilkendegive ønske om at blive holdt fri for smerter med medicin i tilfælde af, at vedkommende er uafvendeligt døende, selv om dette skulle medføre risiko for fremskyndelse af dødstidspunktet, den såkaldte dobbelteffekt (*livstestamentets punkt 3*). Et sådant ønske er vejledende, men ikke bindende for lægen. Se nærmere nedenfor i afsnittet om tilvalg af behandlingsmæssige foranstaltninger.

Procedurene i forbindelse med livstestamenter

Sundhedsministeriet har oprettet et *livstestamenteregister*, der er placeret på Rigshospitalet. Oprettelsen af et bindende livstestamente kan kun ske skriftligt ved afkrydsning på en sælig formular udfærdiget af Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsens formular indgår i en lille folder, som er fremlagt til almen afbenyttelse på alle landets folkebiblioteker og apoteker, se *bilag 7* nedenfor. Pjecen redegør kortfattet for reglerne og indeholder en side med selve livstestamentet. Formularen skal blot afkrydses, underskrives, dateres og indsendes til Livstestamenteregistret af testator, som derefter modtager en bekræftelse på registreringen. Livstestamentet træder i kraft tre uger senere. Der opkræves et gebyr på 50 kroner for registreringen.

I alle tilfælde, hvor en patient er i en situation som beskrevet i livstestamenteformularen, er den behandlende læge forpligtet til at undersøge i livstestamenteregistret, om patienten heri har fremsat ønsker vedrørende behandlingen.

Et livstestamente kan altid tilbagekaldes med en skriftlig og utvetydig erklæring til livstestamenteregistret. I forbindelse med en aktuel sygdomssituation kan testamentet formløst tilbagekaldes med en utvetydig tilkendegivelse, f.eks. til den behandlende læge.

Pr. 6.januar 1996 havde 68.734 personer ladet sig optage i Rigshospitalets Livstestamenteregister. Dette er godt det dobbelte af antallet af medlemmer i den nu nedlagte Landsforeningen Mit Livstestamente. Igennem de seneste par år har der kun været en ganske svag stigning i antallet af registrerede. Af disse er de fire femtedele fyldt 45 år. En betragtelig andel af mennesker i de ældre aldersklasser opretter altså livstestamenter. Kvinder gør det dobbelt så ofte som mænd.

Rigshospitalets register over livstestamenter modtager kun få henvendelser fra behandlende læger. Dette er formentlig udtryk for, at læger i udstrakt grad udøver deres skønsmæssige beføjelser til at forholde sig på en måde, der kan fremskynde dødens indtræden, uanset om der foreligger et livstestamente eller ej. Den eventuelle forekomst af et livstestamente kan så kun bekræfte, at lægen også efter patientens forhåndsbedømmelse handler rigtigt. Et etisk problem af praktisk betydning opstår formentlig kun i tilfælde, hvor der måtte være grundlag for tvivl om berettigelsen af en aktiv behandlingsindsats, og hvor et livstestamente vil kunne gøre udslaget. Sundhedsstyrelsen har i en cirkulæreskrivelse indskærpet reglerne.¹⁷

5.3.3. Betydningen af lovbestemmelserne om selvbestemmelse

Lovreglerne om informeret samtykke og livstestamenter har skabt større klarhed over retstilstanden, men har ikke betydet drastiske ændringer i forhold til den umiddelbart forudgående retstilstand eller de rådende behandlerholdninger. To årtiers offentlig og faglig debat havde allerede gradvis bevirket et markant skift. Mange lægers fagetiske standarder for god lægeskik har længe bygget på den holdning, at udsigtsløs behandling aldrig iværksættes, uanset om der foreligger et livstestamente eller ej. Det må dog antages, at lovdebatten og den større klarhed, som de nye regler indebærer, har været af væsentlig betydning med henblik på at fremme sådanne behandlerholdninger.

Det kan dog ikke med sikkerhed fastslås, om alle afdelinger praktiserer sådanne holdninger

konsekvent, hvilket tilsyneladende ikke helt er tilfældet.¹⁸

Samtidig kan lovgivningen om selvbestemmelse og livstestamenter have bidraget til at skabe en væsentlig risiko for underbehandling af patienter, som ikke er uafvendeligt døende, men som på grund af alderdomssvækkelse eller invaliditet er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt.¹⁹

5.4. Tilvalg af en bestemt ydelse fra sundhedsvæsenet

5.4.1. Alment om ønsker vedrørende bestemte ydelser fra sundhedsvæsenet

I forbindelse med livets afslutning vil der kunne opstå spørgsmål om, hvorvidt den enkelte borger har krav på efter eget ønske at modtage bestemte ydelser fra sundhedsvæsenet. Svaret er, at en sådan ret nok kan siges at eksistere, men at dens udstrækning er overordentlig ubestemt, ligesom det også generelt er tilfældet med hensyn til borgernes retskrav på sundhedsydelser.²⁰

Overordnet set skal sygehusvæsenet tilbyde vederlagsfri ydelser i et vist omfang og af en vis standard. I mange tilfælde vil det være ret oplagt, at en patient har krav på behandling - i hvert fald inden for en rimelig tid. Rækkevidden af sygehusvæsenets pligter og af borgernes modsvarende rettigheder kan imidlertid i mange henseender ikke angives præcist. Afgørelsen af, om - og hvornår - en patient skal have en bestemt ydelse, er skønsbetonet. I udøvelsen af skønnet er der en række hensyn, som der *skal, kan* eller *ikke må* lægges vægt på. Navnlig skal almindelige forvaltningsretlige grundsætninger om saglighed og lighed iagttages. Der skal lægges vægt på sygdommens alvor, behandlingsmulighederne samt risikoen for komplikationer og bivirkninger, og der må ikke diskrimineres. Anvendelsen af de til rådighed stående ressourcer må om fornødent prioriteres. Visse ønsker må afvises, fordi en opfyldelse af dem ville være strafbar eller i øvrigt stride mod opfattelsen af, hvad der er lægeetisk forsvarligt.

Den mest håndfaste ret for den enkelte patient, er nok den, der i akutte situationer følger af, at enhver læge efter lægeloven har en særlig pligt til på begæring at yde den første fornødne lægehjælp, når hurtig lægehjælp efter de foreliggende omstændigheder må anses for påtrængende nødvendig.²¹ Pligten til at yde retten til at modtage lægelig førstehjælp er selvsagt ikke mindst af væsentlig betydning ved livstruende tilstande. Lægehjælpen kan i øvrigt bestå i alle former for lægegering, dvs. virksomhed der går ud på at forebygge sygdomme og fremme sundhed samt efter evne at lindre smerte og hjælpe den syge med at genvinde sit helbred.²² Det er derimod ikke her i landet et led i lægegering at foretage drab efter begæring eller at yde hjælp til selvmord. Sådanne forhold er tværtimod strafbare, se nærmere nedenfor.

Patienter, som ønsker behandling i forbindelse med livstruende tilstande, som er mindre akutte, vil alt andet lige have krav på særlig høj prioritet i sundhedsvæsenet. Der må herunder lægges afgørende vægt på at imødegå eventuel risiko for nedsættelse af patientens unktionsniveau ved utilstrækkelig eller for sen behandling. Der må yderligere lægges afgørende vægt på at forebygge og lindre smerter og/eller andre lidelsesfulde symptomer.²³ På sidstnævnte punkt har den ansvarlige læge som nævnt beføjelse til at anvende lindrende midler, som kan afkorte patientens liv, og patienten har selv mulighed for at foretage den særlige markering af ønsker ved afkrydsning af livstestamentets punkt 3, se nærmere nedenfor.

Patientens ønsker kan imidlertid også tænkes at gå i den modsatte retning, nemlig ved at lægge afgørende vægt på opretholdelsen af livet længst muligt. Dette giver anledning til nogle spørgsmål, som behandles i det følgende afsnit.

5.4.2. Udtrykkeligt tilvalg af livsforlængende behandling - omvendt livstestamente

Den behandlende læge er måske bekendt med, at patienten - forud for eller i tilknytning til den aktuelle behandlingssituation - har udtrykt ønske om at modtage livsforlængende behandling, selv om patienten på det givne tidspunkt måtte være uafvendeligt døende. Sådanne ønsker er ikke bindende for lægen, men må tages i betragtning som vejledende momenter i behandlingsovervejelserne. Formentlig vil lægen i et sådant tilfælde kunne foretage behandling, som kortvarigt forskyder dødens indtræden, f.eks. for i en vis udstrækning at kunne imødekomme pårørendes behov. I en sådan situation vil længerevarende behandling som hovedregel næppe være tilladelig.

I livstestamenteformularen kan testator kun afgive en ensrettet erklæring. Testator kan således ikke ved hjælp af det standardiserede livstestamente udtrykkeligt erklære, at vedkommende i en given situation vil foretrække smerterne og en længere dødsproces.

Betydningen af, at testator kun har afkrydset nogle af punkterne i formularen, kan være tvivlsom. Kun hvis testator har afkrydset punkt 1, men ikke punkt 2, vil virkningen være forholdsvis oplagt: Hvis patienten på grund af svær sygdom ikke er i stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, men ikke er uafvendeligt døende, må lægen ikke uden en forhåndserklæring herom fra patienten afstå fra eller afbryde livsforlængende behandling.

5.4.3. Lindring af terminale patienters lidelser (dobbelteffekten)

Den behandlende læge er berettiget til at anvende lindrende midler, hvis patienten er uafvendeligt døende, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet. Udviklingen på dette punkt er over en årrække gradvis gået i retning af stadig større åbenhed over for foretagelsen af et sådant valg.

Hvis patienten er bevidstløs eller på anden måde uden fornøden habilitet, beror brugen af smertestillende midler på den behandlende læges skønmæssige afgørelse.

Som tidligere nævnt er en sådan indgivelse af smertestillende, beroligende eller lignende midler tilladt, hvis der i et livstestamente er udtrykt ønske herom, og behandlingen er nødvendig for at lindre patientens tilstand. Det samme er imidlertid tilfældet, selvom der ikke foreligger en sådan erklæring i et livstestamente. Dette har længe været antaget i praksis, og det fremgår nu udtrykkeligt af følgende bestemmelse i lægeloven.

Lægelovens § 6, stk. 5. I en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende, men hvor et livstestamente ikke foreligger, kan lægen (..) indgive de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Tilstedeværelsen eller fraværet af et livstestamente indeholdende en forhåndsaccept af dobbelteffekten kan være vejledende for den behandlende læge.

I forarbejderne til de nye bestemmelser i lægeloven antages det, at lægen efter omstændighederne ligefrem kan være forpligtet til at indgive lindrende midler med eventuel dobbelteffekt. Det fremgår ikke, hvad det skulle være for tilfælde, men det må antages, at der er tænkt på situationer, hvor patienten er i særlig grad forpint.

Hvis patienten er *fornuftshabil* forudsætter lovligheden af at anvende smertestillende midler med eventuel dobbelteffekt, at der på sædvanlig vis foreligger et informeret samtykke.

Spørgsmålet om rækkevidden af bestemmelsen om dobbelteffekten er ikke drøftet særligt indgående i lægelovens forarbejder.

Som nævnt i foranstående kapitel om den palliative virksomhed kan der i sundhedsfaglige kredse gøre sig den fejlagtige forestilling gældende, at selv omhyggeligt tilrettelagt smertebehandling med opioider indebærer væsentlig risiko for, at patienten vil komme til at lide under alvorlige åndedrætsvanskeligheder, som kan fremskynde døden. Efter særligt sagkyndiges opfattelse er der imidlertid reelt kun ubetydelig risiko for at fremkalde åndedrætsvanskeligheder, som kan skade patienten eller fremskynde døden, hvis smertebehandlingen udføres omhyggeligt. Risikoen er kun til stede i sjældne tilfælde, hvor en patient får pludseligt opståede, meget svære smerter, der gør anvendelse af store doser opioider påkrævet. Det er kun i sådanne ekstraordinære situationer, at reglerne om dobbelteffekten har umiddelbar praktisk og principiel betydning. Både i litteraturen og i praksis er der imidlertid en åbenbar tilbøjelighed til at give disse regler et meget bredere anvendelsesområde, end der er dækning for i kliniske erfaringer.

Lovligheden af dobbelteffekten forudsætter i princippet, at indgivelsen af lindrende midler ikke tilsigter at føre til patientens øjeblikkelige død.

Det følger af ovenstående, at det ligeledes vil være klart retsstridigt at iværksætte en mekanisk og kontinuerlig optrapning af en medicinering. Hvis det primære formål med en sådan foranstaltning er at afkorte patientens liv, må forholdet bedømmes som forsættligt manddrab. Det vil dog kunne være vanskeligt at føre bevis for det fornødne forsæt hertil. Lægen skal imidlertid altid foretage en - konkret, omhyggelig og samvittighedsfuld - vurdering af patientens tilstand og udsigterne til bedring samt mulighederne for behandling. For tilsidesættelse af denne pligt kan en læge ifalde strafansvar efter lægeloven for grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i udøvelsen af sit kald. Mindre graverende forhold kan bevirke kritik fra Sundhedsvæsenets patientklagenævn.

De foreløbige resultater i en spørgeskemaundersøgelse blandt læger viser, at et meget stort antal af de adspurgte oplyser at have anvendt morfin i livsforkortende doser med henblik på smertelindring. Tre fjerdedele har foretaget en sådan behandling med patientens samtykke og halvdelen uden samtykke.²⁴ Resultaterne er ikke entydige, men kan give anledning til en vis bekymring vedrørende både kundskabsniveau og holdninger.

Det har i den offentlige debat været fremført, at det på visse sygehusafdelinger skulle forekomme, at patienter, der bedømmes som uafvendeligt døende, indgives morfin ved drop, således at dosis forøges efter et på forhånd fastlagt skema, indtil patienten er afgået ved døden. Det er blevet hævdet, at noget sådant på visse afdelinger skulle være endog fast praksis, og at dosis i sådanne tilfælde mekanisk fordobles med faste tidsintervaller, f.eks. hver fjerde time.

En tiendedel af de adspurgte læger i den nævnte spørgeskemaundersøgelse oplyser, at de uden information til hverken patienten eller de pårørende har anvendt morfin i livsforkortende doser større end nødvendigt for smertelindring. De andre ni tiendedele af de adspurgte tager afstand fra en sådan praksis, og de fleste fastholder denne indstilling også for det tilfælde, at praksis blev lovlig (83%).

Sundhedsstyrelsen har for nylig taget afstand fra sådanne praktikker i forbindelse med en konkret sag, som var rejst af pårørende til en 80-årig hospitalsindlagt kræftpatient, som ved sin død var i behandling med morfindrop. Dosis blev fordoblet hver 8. time, indtil patienten døde knap halvandet døgn senere. Journaltilførslerne var mangelfulde, således at det var uklart, hvilke læger, der havde deltaget i forskellige afgørende beslutninger, og på hvilke præmisser beslutningerne var taget.

I en udtalelse til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn tilkendegav Sundhedsstyrelsen bl.a., at nogle af de ansvarlige læger havde udvist manglende omhu ved at have ordineret en betydelig og ubegrundet stigning i behandlingsdosis, henholdsvis en fordobling af morfindrop, uden at der var tale om terapistyring efter tilstanden. Hertil kom manglende omhu med journalføringen. Patientklagenævnet fandt, at patienten på tidspunktet for beslutningen om morfindrop havde været uafvendeligt døende, og at der havde været grundlag for beslutningen. Nævnet traf imidlertid afgørelse om, at lægeloven var overtrådt, fordi der ikke gjort fornødne tilførsler til journalen.

Efterfølgende har Sundhedsstyrelsen i december 1995 udsendt en vejledning om morfindrop. Vejledningen er optaget nedenfor som *bilag 6*.

Det understreges i Sundhedsstyrelsens vejledning, at anvendelse af morfindrop kan komme på tale som sidste udvej (*ultimum refugium*), hvis andre indgiftsmetoder ikke kan anvendes. Det indskræpes tillige, at beslutningen om at behandle med morfindrop skal fremgå af journalen med angivelse af behandlingsindikation samt dosisberegning. Der skal ske en løbende beskrivelse af patientens tilstand i journalen, hvor også enhver dosisændring skal begrundes og noteres. Vejledningen angiver retningslinier for dosisberegning og understreger i forlængelse heraf, at dosis ikke må øges automatisk, men kun efter individuelt behov.

Der er næppe tvivl om, at Sundhedsstyrelsens vejledning er egnet til at dæmme op for tendenserne til for vidtgående tolkninger af lægelovens bestemmelser. Vejledningen giver imidlertid ingen nærmere anvisninger på, hvornår mindre drastiske indgiftsmåder er utilstrækkelige eller u hensigtsmæssige. Det kan især dreje sig om indgift af opioider i underhuden (*subkutant*) frem for direkte i blodbanen (intravenøst). Vurderingen af indikationer for disse alternativer ud fra patientens tilstand er stadig overladt helt til et individuelt lægefagligt skøn. Det påpeges som nævnt, at morfindrop er sidste udvej, men det anføres ikke, at der kun sjældent og i ekstraordinære situationer vil være anledning til og

behov for at ty til anvendelse heraf med henblik på lindring af smerte eller angst. I øvrigt oplyses det ikke i Sundhedsstyrelsens vejledning, at der ved en omhyggeligt udført behandling med morfindrop normalt kun vil være ubetydelig risiko for at fremkalde åndedrætsvanskeligheder, som kan fremskynde døden, og at det således vil være påfaldende, hvis det regelmæssigt forekommer, at patienter på en afdeling dør efter kort tids hastigt optrappede doser af opioider i drop. Endelig savnes der i Sundhedsstyrelsens vejledning en angivelse af kriterier for, hvornår en patient kan bedømmes som terminal, dvs. uafvendeligt døende.

Lægeforeningens hovedbestyrelse har i en skarpt kritisk udtalels anført, at Sundhedsstyrelsens vejledning er behæftet med faktuelle fejl og i sin grundtanke er i strid med intentionerne bag lægelovens § 6, stk. 5. Morfindropbehandling efter vejledningens retningslinier vil kunne opfattes som starten på legalisering af aktiv dødshjælp. Vejledningen tager ikke tilstrækkelig højde for, at en palliativ indsats altid kræver individuel stillingtagen, men indeholder præcise anvisninger på doseringer, der savner videnskabelig begrundelse. I pressen har lægeforeningens formand ligefrem betegnet vejledningen som en kagebog i aktiv dødshjælp. Den fokuserer ensidigt på en enkelt facet af palliativ behandling og kan medføre en hyppigere anvendelse af intravenøs opioidinfusion som accepteret behandlingsform, blot den opstillede doseringsvejledning følges. Det er i øvrigt meningsløst, når der i vejledningen sondres mellem terminal fase og helt terminal fase. Lægeforeningen finder, at vejledningen bør trækkes tilbage eller i hvert fald suppleres.²⁶

5.5. Om aktiv dødshjælp - drab efter begæring/hjælp til selvmord

5.5.1. Indledning

Nogle mennesker har den opfattelse, at retten til en værdig død ikke er sikret godt nok med de omtalte regler om passiv dødshjælp. Man ønsker tillige en ret til aktiv dødshjælp, dvs. lovliggørelse af visse former for drab efter begæring/hjælp til selvmord. Sådanne handlinger har fra gammel tid været strafbare, og der er stadig i dansk strafferet et absolut forbud mod aktiv dødshjælp.

Samtykke gør ikke drab straffrit, og også medlidenhedsdrab er strafbart, som udgangspunkt som forsætligt mandrab efter strfl. § 237. Dette gælder, uanset om forholdet udøves af en læge, et familiemedlem eller en anden.

Straffeloven indeholder imidlertid to mildere bestemmelser, der omhandler hjælp til aktiv afkortning af en andens liv efter vedkommendes eget ønske, nemlig § 239 om drab efter begæring og § 240 om hjælp til selvmord.

5.5.2. Drab efter begæring

En forsætlig drabshandling, der foretages efter den dræbtes utvetydige anmodning, bedømmes efter en lempeligere strafferamme end de former for drab, der kan henføres under den almindelige bestemmelse om forsætligt mandrab:

Strfl. § 239. Den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes med fængsel indtil 3 år eller med hæfte ikke under 60 dage.

Som tidligere omtalt kan en fornuftshabil patient afvise livsforlængende behandling, men adgangen til at afbryde en allerede påbegyndt behandling r snævrere, end adgangen til at undlade påbegyndelse af samme behandling. Patienten har ikke krav på afbrydelse af en behandling, hvis efterkommelse af patientens begæring vil bevirke, at den pågældende umiddelbart eller i løbet af meget kort tid afgår ved døden. En læge, der efterkommer en patientens anmodning herom, vil efter omstændighederne kunne ifalde strafansvar for drab efter begæring. Dette er lagt til grund i forarbejderne til de nye bestemmelser i lægeloven. Der kan imidlertid gøre sig en vis usikkerhed gældende om, hvad der må betragtes som afbrydelse henholdsvis undladelse af at påbegynde en behandling. Justitsministeriets arbejdsgruppe nævnte som eksempel herpå, at regelmæssig indgivelse af et livsnødvendigt medikament - som f.eks. insulin til en svært sukkersyg eller en penicillinkur til en ældre person med lungebetændelse - kan anskues enten som én fortløbende behandling eller som en serie af enkeltbehandlinger.

Hvis en læge indgiver en patient kraftige smertestillende midler - typisk morfin - kan følgen blive en afkortning af patientens liv. Hvis lægens handling foretages med forsæt til at dræbe patienten, vil lægen kunne ifalde strafansvar, enten for forsætligt manddrab eller - efter omstændighederne - for drab efter begæring. Som tidligere nævnt er lægen imidlertid berettiget til at anvende lindrende midler, hvor patienten er uafvendeligt døende, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

5.5.3. Hjælp til selvmord

Den anden af de to nævnte bestemmelser i straffeloven vedrører ikke drab af en anden, men medvirken til en andens selvmord. Den, der ønsker at dø, foretager her selv det afgørende for at afkorte sit liv. Dette er i sig selv straffrit, hvilket medvirken hertil imidlertid ikke er:

Strfl. § 240. Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes med bøde eller hæfte. Hvis handlingen foretages af egennyttige bevæggrunde, er straffen fængsel indtil 3 år.

Begrundelsen for at straffe hjælp til selvmord skal findes i den betragtning, at den kan bidrage til at forhindre fuldbyrdelsen af selvmord, der ellers ville være blevet opgivet eller mislykket. Efter bestemmelsens forarbejder er også psykisk medvirken i form af anstiftelse strafbar.

Som eksempel fra nyere praksis på en domfældelse for hjælp til selvmord kan nævnes en afgørelse om en mand, der overlod sin nervesvækkede og stærkt deprimerede ven en revolver med ét skud i tromlen, uagtet en bestemt formodning om, at venen ville benytte revolveren til at berøve sig livet, hvilket venen faktisk gjorde.

Hvis et egenhændigt selvmordsforsøg videreføres af en anden person, vil hjælperens forhold kun i helt specielle tilfælde kunne blive bedømt efter den lempelige bestemmelse om hjælp til selvmord i stedet for som forsætligt manddrab. Det kan næppe antages, at den lempelige bedømmelse ville blive anlagt, hvis det er en læge, der griber ind i et sådant forløb og fuldfører det. I øvrigt bedømmes et selvmordsforsøg ikke i sig selv som fremsættelse af en bestemt begæring og bevirker således ikke, at et drab henføres under den tidligere omtalte bestemmelse om drab efter begæring.

5.5.4. Adgangen til lempelse ved strafudmåling og i påtalepraksis

Den almindelige bestemmelse om forsætligt manddrab såvel som den mildere bestemmelse om drab efter begæring angiver lovbestemte mindstestrafte på henholdsvis fængsel i 5 år og hæfte i 60 dage. Dette er dog ikke til hinder for en betydelig nuancering af bedømmelsen i praksis af forskellige forholds strafværdighed. De almindelige regler om strafudmåling gør det ved udnyttelse af adgangen til strafnedsættelse eller strafbortfald muligt at fastsætte en helt symbolsk straf, og der vil endog kunne blive tale om, at anklagemyndigheden helt undlader påtale.

Ud fra en samlet samfundsmæssig bedømmelse vil sådanne lempelser i forbindelse med afkortning af en nærtståendes liv kunne give en tilfredsstillende udgang på sagen. For en læge, der har sin faglige integritet og måske sit levebrød på spil, vil sådanne lempelser dog ikke altid være (næsten) lige så tilfredsstillende som straffrihed, i hvert fald ikke hvis der er udsigt til at stå over for problemstillingen gentagne gange.

I forbindelse med overvejelserne vedrørende lempelser i den strafferetlige bedømmelse vil der kunne lægges afgørende vægt på, om lovovertræderens bevæggrunde var uegennyttige, herunder om det reelle motiv faktisk var medlidenhed, samt på i hvilken grad, lovovertræderen handlede under indflydelse af den syges tilkendegivelser eller andet pres. Der er således ikke i dansk ret noget lovteknisk behov for en særlig bestemmelse om medlidenhedsdrab, sådan som det forekommer i den norske straffelov.

I forbindelse med en domfældelse for medlidenhedsdrab vil det kunne være nærliggende at benytte den hjemmel, der findes til at *nedsætte straffen* under det normale minimum, eller at lade straffen helt *bortfalde*. Dette vil typisk kunne ske ved at henføre forholdet under den almindelige, meget rummelige lempelsesregel i strfl. § 85.

Strfl. § 85. Straffen kan nedsættes, når en strafbar handling er begået under indflydelse af stærk

sindsbevægelse, eller når der foreligger andre særlige oplysninger om gerningsmandens sindstilstand eller omstændighederne ved gerningen, og de nævnte forhold taler for en mildere straf end den, som ellers ville finde anvendelse. Under særlig formildende omstændigheder kan straffen bortfalde.

Også en særlig lempelsesregel vedrørende forhold, der må bedømmes på baggrund af den skyldiges særlige afhængighed af en anden, vil eventuelt kunne benyttes til strafnedsættelse eller -bortfald:

Strfl. § 84, stk. 1, nr. 5. Den for en strafbar handling i loven foreskrevne straf kan nedsættes (..) når nogen ved sit afhængighedsforhold til en anden eller ved trusel om betydelig skade har ladet sig bevæge til gerningen (..)

Stk. 2. I de under nr. 1-6 omhandlede tilfælde kan straffen under i øvrigt formildende omstændigheder bortfalde.

Yderligere hjemmel til strafnedsættelse findes i straffelovens almindelige regler om strafbart forsøg, som bl.a. kan finde anvendelse, hvis det ikke kan bevises, at et forsætligt forhold var en egentlig årsag til patientens død, der efter bevisførelsen i det konkrete tilfælde lige så vel kunne være indtrådt af naturlige eller andre årsager. Et eksempel på en sådan dom findes i en lidt ældre nævningeafgørelse om en læge, der efter sin hustrus selvmordsforsøg gav hende en stor dosis morfin under hendes bevidstløshed ved en efterfølgende hospitalsindlæggelse.

En lempelse i forhold til de straffe, som omtales i bestemmelserne om de nævnte forbrydelser, kan altid ske ved at benytte den almindelige adgang til at anvende *betinget dom*. Som eksempel på en sådan afgørelse kan nævnes en byretsdom vedrørende pårørendes drab efter begæring af en kvinde med en meget smertefuld ledsygdom. Delvis betinget dom blev anvendt i en nyere byretsafgørelse vedrørende en sygeplejerske, ansat som plejhjemsleder, der gav en 91-årig døende plejhjemsbeboer en dræbende indsprøjtning.

Ud over de allerede omtalte lempelsesmuligheder vil der i sager om medlidenhedsdrab i et vist omfang være mulighed for, at anklagemyndigheden helt undlader at rejse påtale ved i stedet at meddele et *tiltalefrafald*. Det antages imidlertid, at påtale næppe kan undlades i tilfælde, hvor det er en læge, en sygeplejerske eller andet sundhedspersonale, der med føje er sigtet for at have ydet strafbar dødshjælp.

Det forhold, at grænsedragningen mellem det strafbare og det straffri område i visse henseender er skønmæssig, bevirker imidlertid en udtalt tilbageholdenhed fra sundhedsmyndighedernes og anklagemyndighedens side i forbindelse med tiltalerejsning. Der vil i forbindelse med overvejelserne om *påtaleopgivelse* blive lagt afgørende vægt på, om lægens forhold ligger inden for det område, som Retslægerådet eller Sundhedsstyrelsen vil karakterisere som almindelig lægepraksis. Som følge af det særlige pligtforhold, der består mellem en behandlende læge og en patient, antages det dog, at der alt andet lige kan være grund til at anlægge en strengere strafferetlig vurdering af ulovlig lægelig dødshjælp end af forhold udøvet af andre.

5.6. Sammenfatning vedrørende dansk ret

I det danske sundhedsvæsen er svært syge patienter nu til dags sikret en ganske vidtgående adgang til at dø en værdig død. Patienterne og de ansvarlige læger har fået beføjelser til at fravælge udsigtsløs behandling og til at anvende nødvendige lindrende midler, selv om patientens liv dermed afkortes. Patienter kan til og med fravælge behandling, som ikke er udsigtsløs, og som måske endog med stor sikkerhed og forholdsvis ringe belastning vil medføre overlevelse.

I lægeloven har lovgivningsmagten fastslået, at en patient kan afvise livsforlængende behandling såvel i en aktuel sygdomssituation som forudgående (ved et livstestamente). Patientens selvbestemmelsesret skal næsten altid respekteres, idet et livstestamente dog kun er bindende, hvis patienten er uafvendeligt døende. I tilfælde af svær invaliditet, hvor patienten varigt er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, er en sådan forhåndserklæring vejledende.

I tilfælde, hvor en uafvendeligt døende patient ikke har tilkendegivet, at vedkommende afviser livsforlængende behandling, har den ansvarlige læge vidtgående beføjelser til at træffe valg, der kan indebære en vis afkortning af patientens liv. Lægen kan således undlade behandling, som kun kan

udskyde dødstidspunktet. Lægen kan desuden anvende lindrende midler, som kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Patientens egne ønsker skal altså tillægges afgørende vægt. Hvis patienten ikke er i stand til at udøve nogen selvbestemmelsesret, lægges der betydelig vægt på et princip om at gøre den sidste del af patientens tilværelse så god som muligt.

De foreliggende oplysninger tyder på, at man i sundhedsvæsenet i det væsentlige efterlever lovens intentioner om at undgå overbehandling af uafvendeligt døende. Tilsyneladende forekommer der dog en vis variation i praksis. Der er således både rapporteret om tendenser i retning af, at læger på visse afdelinger udviser overdreven forsigtighed med fravalg af behandling, og tendener i den modsatte retning. Lægelovens regler og den almindelige holdningsændring indebærer efter nogle fagfolks opfattelse en risiko for underbehandling af nogle patienter. Desuden har der været forskellige oplysninger fremme, som tyder på, at der i et

vist omfang ligefrem forekommer brug af lindrende midler til forsætlig afkortning af svært syge patienters liv på en måde, som der ikke er dækning for i lægelovens regler. Sundhedsstyrelsens vejledning fra december 1995 om morfindrop er nok kun egnet til delvis at imødegå udøvelsen af sådanne praktikker.

Hvis en læge går ud over de beføjelser, som er fastlagt i lægeloven, kan der blive tale om strafferetligt ansvar.

Drab af en svært syg person er strafbart, også selv om gerningsmandens motiv er medlidenhed med patienten. Med henblik på tilfælde, hvor der foreligger en bestemt begæring fra patienten, eller hvor der er tale om hjælp til patientens selvmord, er der fastsat særligt lempelige strafferammer, ligesom der efter omstændighederne vil kunne blive tale om anvendelse af betinget dom, strafbortfald, tiltalefrafald eller påtaleopgivelse. Der er ikke i Danmark forekommet tilfælde, hvor en læge er blevet dømt for drab efter begæring eller hjælp til selvmord.

6. Hollandsk ret om aktiv dødshjælp

Den hollandske ordning beskrives ofte med brug af udtrykket *eutanasi*. I den hollandske debat omfatter dette begreb kun *lægelig livsafkortning efter begæring* - og vel at mærke fra en fornuftshabil patient. Hermed sidestilles *lægelig hjælp til selvmord*.

Uden for den hollandske definition af eutanasi falder afståelse fra livsforlængende behandling samt smertestillende behandling med eventuel dobbelteffekt, både når det drejer sig om fornuftshabile og inhabile patienter. Sådanne former for passiv dødshjælp er lovlige i samme udstrækning som efter dansk ret.

Denne snævre definition af eutanasi (som livsafkortning efter begæring) er i Holland blevet brugt meget bevidst ud fra den opfattelse, at det ville være lettest at opnå konsensus omkring de tilfælde, der drejer sig om udøvelse af selvbestemmelse.

Lægelig drab efter begæring/hjælp til selvmord er efter hollandsk ret tilladt på en række betingelser. Den grundlæggende betingelse er, at patientens sygdom bevirker:

- uudholdelig lidelse (fysisk og/eller psykisk), for hvilken der ikke findes behandlingsmuligheder eller acceptable muligheder for lindring,

Der kræves dernæst:

- en frivillig og utvetydig begæring om at dø;

- et ønske, som er velovervejet, vedvarende og afgivet af en fornuftshabil person på et velinformeret grundlag.

Det er derimod *ikke* en betingelse, at patientens død er nært forestående. Dt kristeligt demokratiske parti og dets tidligere justitsminister har ikke kunnet få fornøden tilslutning til et sådant krav.

Proceduren i forbindelse med drab efter begæring/hjælp til selvmord skal omfatte en omhyggelig beslutning truffet af en læge, normalt efter rådslagning med en anden læge.

Da sådan dødshjælp ikke betragtes som årsag til en naturlig død, kan den ansvarlige læge ikke selv udfærdige dødsattest. Lægen skal i stedet udfylde et spørgeskema om forløbet og indsende dette til embedslægen. Denne indberetter til statsadvokaten, der påser, om betingelserne for straffrihed er opfyldt. Hvis det er tilfældet, meddeler anklagemyndigheden, at der ikke er noget til hinder for begravelse eller bisættelse, og at der ikke vil blive foretaget yderligere efterforskning i sagen. I modsat fald rejses der tiltale.

Indberetningen fra den ansvarlige læge skal omfatte en beskrivelse af følgende forhold:

- patientens sygehistorie;
- patientens begæring om afkortning af livet;
- lægens eventuelle rådslagning med en anden læge; samt
- de midler med hvilke patientens liv er blevet afkortet.

Hollandsk ret vedrørende lægelig dødshjælp er udviklet gennem to årtier i et samspil mellem lægelig praksis og retspraksis.

Udviklingen af en retspraksis om lægelig dødshjælp startede i 1973 med en sag om en læge, der efter begæring fra sin 78-årige og uhelbredeligt syge mor havde givet hende en dødelig sprøjte morfin. Lægen blev idømt en symbolsk straf på en uges betinget fængsel, og retten antydede i dommens præmisser, at der eventuelt kunne have været mulighed for straffrihed, hvis tiltalte først havde satset fuldt ud på smertestillende behandling.

Den første højesteretsafgørelse kom i 1984. Afgørelsen var stærkt påvirket af, at den hollandske lægeforening under sagens behandling havde besluttet at anerkende visse former for lægelig dødshjælp. I forlængelse af hidtidig retspraksis udformede lægeforeningen derfor et sæt retningslinier, som i øvrigt i 1990 blev fulgt op af landsdækkende retningslinier fra anklagemyndigheden.

Den hollandske højesteret har imidlertid afvist, at lægelig dødshjælp kan være lovlig alene under henvisning til, hvad der måtte være omfattet af de til enhver tid gældende normer vedrørende forsvarlig medicinsk praksis. Højesteret har lagt til grund, at aktiv dødshjælp er et almen-etisk spørgsmål, som ikke kan besvares af læger alene. Det er i den sidste ende op til lovgivningsmagten at afgøre, hvad der skal gælde på området.

Den hollandske højesteret har anerkendt lægeligt drab efter begæring under forudsætning af, at det konkrete tilfælde kan henføres under den almindelige bestemmelse om nødret i den hollandske straffelov. (I engelsksprogede tekster anvendes ofte udtrykket *force majeure*.) Denne konstruktion er - i forhold til dansk tradition - en noget anstrengt måde at bruge strafferettens nødretsbegreb på. Sædvanligvis omfatter reglerne om nødret udelukkende de sjældne og uforudseelige tilfælde.

Siden midten af 1980'erne har også den hollandske lovgivningsmagt forsøgt at bidrage til fastlæggelsen af regler for lovlig lægelig dødshjælp. Efter mange forskelligartede tilløb blev der ved udgangen af 1993 foretaget en *formel lovfæstelse* af den udviklede praksis. Politikerne oplevede et stærkt offentligt pres og et behov for klare retningslinier med henblik på indsyn og kontrol.

Lovændringen er sket ved en teknisk betonet ændring af ligsynslovens bestemmelser om proceduren ved udstedelse af dødsattest i de tilfælde, hvor en person ikke er afgået ved en naturlig død.

Ligsynslovens § 10, stk. 1. Anser embedslægen, at grundlaget for udstedelse af dødsattest ikke er

fyldstgørende, meddeler han umiddelbart statsadvokaten dette ved afgivelse af indberetning som foreskrevet i kgl. anordning herom (..)

Lovbestemmelsen udfyldes nærmere ved et sæt administrative forskrifter i kgl. anordning. Dennes indhold bestemmes af Nationalforsamlingen.

De administrative forskrifter omhandler kun de processuelle krav med hensyn til indberetning og efterfølgende undersøgelser. De materielle betingelser for, at et forhold er straffrit, vil ikke blive opregnet i anordningen, men må udledes af retspraksis, der forudsættes fortsat at udvikle sig i samspil med de lægefaglige retningslinier. I et bilag til anordningen opregnes det sæt spørgsmål, som den ansvarlige læge må besvare i sin indberetning til embedslægen. Disse spørgsmål og svarene herpå genspejler selvsagt de materielle betingelser.

Der er ikke foretaget ændringer i straffeloven, som stadig har almene forbud mod drab efter begæring samt mod hjælp til selvmord. Fra officiel side er det blevet kraftigt understreget, at eutanasi stadig er strafbart, men at visse lægelige indgreb dog ikke strafforfølges. Det hævdes, at lægen handler imod de formelle bestemmelser i loven, og at en læges afkortning af en alvorligt lidende patients liv efter dennes begæring forbliver en forbrydelse. De kristelige demokrater kan herefter hævde, at eutanasi er strafbart, mens det konservative parti, som var regeringspartner ved lovændringen, har opnået en *de facto* lovliggørelse.

Fra en juridisk synsvinkel er det en *fiktion* at betegne noget lovligt som strafbart. For afgrænsningen af det retlige ansvar er det ligegyldigt, om noget står i den ene eller anden lov eller kun kan udledes af retspraksis. Men symbolværdien kan jo godt være ganske forskellig. Og mulighederne for en fleksibel regeltilpasning ligeså.

Rommelink-kommissionens rapport

Lovfæstelsen af retningslinierne for lægelig dødshjælp byggede bl.a. på en kommissionsrapport om praksis. Rapporten, som kom i 1991, er kendt under navnet på formanden for den nedsatte kommission, *Rommelink*.

Det årlige antal dødsfald i Holland er ca. 130.000. Ifølge undersøgelserne forekom på årsbasis ca. 2.300 tilfælde af drab efter begæring. Dette svarer til 1,8% af alle dødsfald. Hertil kommer ca. 400 tilfælde af hjælp til selvmord, svarende til 0,3% af alle dødsfald. Heraf blev dødshjælp i to tredjedele af tilfældene (1.900) udført af praktiserende læger i patientens hjem, idet over halvdelen (60%) af alle dødsfald i Holland foregår i hjemmet.

I to tredjedele af de belyste tilfælde var der tale om patienter med fremskredne kræftsygdomme. I næsten tre fjerdedele af sagerne (70%) blev livsafkortningen anslået til at dreje sig om mindst en uge og i næsten en tiendedel af tilfældene om mindst seks måneder.

Omkring to tredjedele af de fremsatte begæring imødekommes ikke, idet der findes alternativer, eller de pågældende skifter mening eller dør, før afgørende foranstaltninger er truffet. De lidelser, som patienterne anfører som begrundelse for ønsker om dødshjælp, er i de fleste tilfælde ikke (blot) fysisk smerte, men (tillige) psykisk lidelse (71%).

Tab af værdighed blev nævnt som patientens begrundelse i 57% af sagerne, smerte i 46%, uværdig død i 46%, afhængighed af andre i 33%, træthed af livet i 23%.

Rommelink-kommissionens undersøgelser omfattede ikke alene (lovlige) tilfælde af drab efter begæring og hjælp til selvmord, men også andre former for (lovlig eller ulovlig) lægelig dødshjælp.

En sjettedel af alle dødsfald i undersøgelsen (17,5%) skete på baggrund af en beslutning om afståelse fra livsforlængende behandling. I disse sager havde cancersygdomme ikke nogen mere fremtrædende betydning end andre sygdomsgrupper. I halvdelen af tilfældene var det den direkte intention at afkorte patientens liv, herunder for en tredjedel af patienternes vedkommende med op til en uge og i enkelte tilfælde længere.

Dobbelteffekten var af betydning i en sjettedel af de undersøgte sager (17,5%), heraf godt halvdelen cancertilfælde. I knap en tredjedel af disse sager var det et delformål med medicineringen at fremskynde dødstidspunktet, i 6% af tilfældene var dette det direkte mål for behandlingen, og i resten af tilfældene anså lægen blot fremrykningen som en sandsynlig sideeffekt.

Der kan være grund til at fremhæve, at passiv dødshjælp således forekom i sammenlagt 35% af alle dødstilfælde, mens aktiv dødshjælp kun forekom i to-tre procent af tilfældene.

Afkortning af en patients liv uden dennes begæring

På baggrund af Rimmelink-rapporten kom ændringen af den hollandske ligsynslov også til at omfatte aktive livsafkortende indgreb uden patientens begæring.

Sådanne indgreb er som nævnt lovlige, hvis der er tale om ophør med udsigtsløs behandling, efterkommelse af patientens udtrykkelige afkald på behandling, eller om den såkaldte dobbelteffekt. Bortset fra sådanne tilfælde betragtes dødshjælp uden patientens udtrykkelige samtykke fortsat som ulovlig.

Rimmelink-kommissionens undersøgelser viste, at dødelige doser medicin var blevet anvendt i 0,8% af alle dødstilfælde med den hensigt at afkorte patientens liv uden vedkommendes udtrykkelige begæring. Oplysningerne herom vakte stor opsigt og har givet anledning til stor uenighed om, hvorvidt denne praksis er forårsaget af, at eutanasi er blevet lovliggjort, altså en glidebane-virkning.

I 86% af disse tilfælde blev afkortningen af patientens liv anslået til mellem nogle timer og en uge, i de øvrige tilfælde til et længere tidsrum. I næsten alle tilfælde havde patienten svære lidelser, typisk i forbindelse med cancersygdomme, der var ikke udsigt til bedring, og der fandtes ikke lindringsmuligheder.

I godt halvdelen af disse sager (59%) havde spørgsmålet om dødshjælp enten været drøftet med patienten, mens denne endnu var fornuftshabil, eller patienten havde forudgående under sygdommen udtrykt ønske om dødshjælp, hvis lidelserne blev uudholdelige. I mange af de øvrige tilfælde havde pårørende fremsat ønske om at få afkortet patientens liv (41% af tilfældene).

I et vist omfang er den praksis, som afspejles i disse opgørelser, ulovlig; men det præcise omfang af den ulovlige praksis lader sig ikke afgøre, bl.a. fordi opgørelserne omfatter tilfælde, hvor der har foreligget forudgående tilkendegivelser fra patienten, men ikke en udtrykkelig begæring i retlig forstand.

Ved den nylige ændring af ligsynsloven er den ansvarlige læges indberetningspligt kommet til også at omfatte de ulovlige tilfælde. Dette kan skabe den fejlagtige forestilling, at det er lovligt at afkorte patientens liv også uden vedkommendes udtrykkelige begæring. Det forekommer i øvrigt temmelig usandsynligt, at læger i større omfang skulle indberette egne lovovertrædelser. Det er almindeligt antaget, at hollandske læger slører tilfælde af ulovlig dødshjælp ved at skrive urigtig dødsattest.

Sammenligninger Holland/Danmark

Både i Holland og i Danmark er der gråzone-problemer. Det kan være vanskeligt at afgøre præcist, hvor grænsen for det lovlige går i konkrete tilfælde. Dette er nok ikke mindst af praktisk betydning i forbindelse med anvendelse af smertestillende midler med mulig dobbelteffekt.

Hertil kommer, at der blandt læger kan findes varierende - og til dels uholdbare - forestillinger om det lovliges grænser. Det er derfor vanskeligt at foretage direkte sammenligninger mellem hollandsk og dansk praksis på området, men en ikke ubetydelig del af de hollandske eutanasi-tilfælde svarer formentlig til tilfælde inden for det område, hvor en vis livsafkortning foretages under henvisning til den danske lægelovs bestemmelser om dobbelteffekten.

Den hollandske ordning går dog betydeligt videre ved under bestemte forudsætninger at tillægge patientens egen begæring afgørende betydning.

7. Begrundelser til fordel for en lovliggørelse af aktiv dødshjælp

Nogle mennesker har det standpunkt, at enhver form for lægelig deltagelse i drab efter begæring/hjælp til selvmord er etisk utilladelig. Andre anerkender, at aktiv dødshjælp kan være berettiget i særlige og sjældne situationer, som imidlertid ikke er egnede til at blive gjort til genstand for lovgivning eller fagetisk normdannelse. Og atter andre har det synspunkt, at lægelig aktiv dødshjælp under visse forudsætninger er en ønskelig praksis, som bør lovliggøres. I dette kapitel vil der blive givet en oversigt over de væsentligste typer af argumenter, som er gjort gældende af fortalere for aktiv dødshjælp.

De forskellige typer af begrundelser for lovliggørelse af aktiv dødshjælp kan inddeles efter, om det bærende argument tager udgangspunkt i ønsket om at tilgodese individets *selvbestemmelsesret*, i tilskyndelsen til at vise *omsorg* for den lidende patient eller i hensynet til patientens *menneskeværd*. Typisk indgår flere typer af begrundelser i argumentationen, men for overskuelighedens skyld behandles de i det følgende særskilt. Dette kapitel indeholder tillige en oversigt over forventede gavnlige konsekvenser, som fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp mener, at en sådan ordning ville kunne have.

7.1. Principielle begrundelser for lovliggørelse

7.1.1. Individets selvbestemmelsesret

I den moderne vestlige samfundsorden tillægges individets frihed og ret til selvbestemmelse overordentlig stor værdi. Tanken ommenneskerettigheder er i sin oprindelse først og fremmest knyttet til frihedsidealer, om end hensynet til disse bestandig er søgt afbalanceret over for hensynet til såvel overordnede samfundshensyn som hensynet til at beskytte de svage. Retten til selvbestemmelse kan således kollidere med andre grundlæggende samfundsværdier, herunder også respekten for livets ukrænkelighed.

Visse fortalere for en ret til aktiv dødshjælp under visse betingelser gør gældende, at det enkelte individ har en grundlæggende ret til at tilrettelægge sin egen livsbane, og denne ret omfatter også retten til at bestemme over tidspunktet for og omstændighederne i forbindelse med afslutningen af vedkommendes liv. Staten bør ikke nægte den enkelte en ret til selv at bestemme, hvornår og hvordan vedkommende vil dø.

Udgangspunktet i alle demokratiske lande er, at jeg bestemmer over mit eget liv. Skal denne selvbestemmelsesret ophøre, når jeg ligger for døden? Man må finde et godt etisk argument for at sige, at selvbestemmelsesretten ophører netop, når jeg ligger for døden - så skulle jeg være en anden slags menneske med en anden slags beslutningsret. (P.C. Jersild 1995)

Andre fortalere for lovliggørelse lægger særlig vægt på, at en ret til lægelig drab efter begæring/medvirken til selvmord er en forudsætning for, at patienten kan træffe et valg i overensstemmelse med vedkommendes egen værdiopfattelse, idet der er store variationer i individuelle forestillinger om livets mening og dødens betydning. Der er ikke noget enkelt, objektivt korrekt svar med gyldighed for alle på spørgsmålet om, hvorvidt og i givet fald hvornår den enkeltes liv bliver noget, der opleves som byrdefuldt og uønsket. Derfor er det i et tolerant, pluralistisk samfund vigtigt, at den enkelte selv har rådighed over sin død.²⁷

For visse tilhængere af aktiv dødshjælp skal lovliggørelse især bidrage til positivt at give det enkelte individ mere kontrol over sit eget livs afslutning.²⁸ For andre er det især friheden for begrænsninger i individets adgang til at vælge, hvorledes livet skal afsluttes, der er afgørende.²⁹

7.1.2. Omsorgen for den lidende patient

I debatten om aktiv dødshjælp er det for nogle afgørende, hvilken betydning man kan tillægge hensynet til omsorgen for patienter, som på grund af svær sygdom har en stærkt forringet livskvalitet.

Jeg opfatter dødshjælp som en humanitær hjælp. Naturligvis skal vi have respekt for livet, men det må

ikke betyde, at vi bliver umenneskelige. Respekten for livet indebærer også en mulighed for at vælge livet fra. For mig har perspektivløs lidelse ingen værdi og er umoralsk og inhuman. (Jan Utzon 1995)

Livets afslutning er for nogle mennesker præget af svære lidelser, som kan have mange årsager og fremtrædelsesformer. Der kan som tidligere fremhævet være tale om et kompliceret samspil mellem fysisk smerte og psykisk belastning samt måske social og eksistentiel lidelse.

Det er en central opgave og pligt for læger og andet sundhedspersonale at lindre både fysisk smerte og anden lidelse, men det lykkes ikke altid. Et mindre antal patienter kan ikke med den nuværende viden gøres tilstrækkeligt smertefri ved hjælp af medicin eller andre metoder, i hvert fald ikke medmindre de modtager så store doser, at de sløver hen udn fuld bevidsthed (anvendelse af sløvedrop). Hertil kommer et antal patienter, som måske kunne hjælpes, men som i praksis ikke bliver det effektivt nok, bl.a. på grund af manglende ressourcer, herunder mangel på tilstrækkelig godt uddannet sundhedspersonale. Nogle fortalere for aktiv dødshjælp mener, at sådanne patienter har krav på at blive udfriet af deres lidelse ved afkortning af livet.³⁰ Se nærmere om den lindrende virksomhed i kapitel 3 og 4 samt i *bilag 8*.

Et større antal patienter udsættes for svær psykisk lidelse, eventuelt i tillæg til fysisk smerte og ubehag. Disse patienter oplever, at de er blevet helt afhængige af andre, at de har mistet kontrollen over deres tilværelse, at denne er blevet meningsløs, osv. Udsigten til en tilstand præget af sådan ensomhed, hjælpeløshed, ængstelse og opgiveness er for mange mennesker det mest skræmmende ved livets afslutning. Såvel hollandske som andre undersøgelser viser, at ønsket om adgang til aktiv dødshjælp først og fremmest har rod i sådanne overvejelser, sjældent i fysisk smerte alene. På denne baggrund lægger nogle af fortalene for aktiv dødshjælp afgørende vægt på, at kun den individuelle patient selv kan afgøre, om lidelserne er så uudholdelige, at det er berettiget at afkorte livet.³¹

Nogle patienter tilkendegiver ligefrem selv, at de gerne vil hjælpes til at dø, således at de kan blive udfriet af deres lidelser. En adgang til aktiv dødshjælp i disse tilfælde kan efter nogles opfattelse være den eneste måde, hvorpå man effektivt kan hjælpe patienter, som ellers er underkastet uudholdelig fysisk smerte eller lidelse af psykisk art.

7.1.3. Den enkeltes menneskeværd eller menneskelige værdighed

For nogle er det afgørende i deres stillingtagen til spørgsmålet om aktiv dødshjælp, hvad de forbinder med i én eller anden forstand at have menneskeværd eller menneskelig værdighed.

Mennesker har meget forskellige opfattelser af, hvad det betyder at dø en god død/en værdig død. Den enkeltes mening herom er formentlig ofte præget af vedkommendes sindelag og indstilling til tilværelsen i almindelighed. Nogle vil for deres eget vedkommende lægge vægt på om nødvendigt at kæmpe til det sidste. For andre er en værdig død nærmest ensbetydende med en nådig død. Det, der lægges heri, kan være et håb om en pludselig bortgang uden smerter, afkræftethed, fysisk og mentalt forfald, omfattende afhængighed af andres omsorg, osv. Forbundet med et sådant ønske kan være den indstilling, at man hellere vil have sit liv afkortet end at opleve sig selv i en stærkt svækket, hjælpeløs og uværdig tilstand - eller blive oplevet sådan af andre. I så tilfælde kan døden opfattes som en befrielse eller som det mindste onde for den, der på grund af svær sygdom varigt har mistet en betydelig del af sin livskvalitet. En afkortning af livet anses måske helt bogstaveligt som en gave til den, der opleves som en skygge af sig selv - eller med et endnu grellere udtryk, en karikatur af et menneskeligt væsen. Det afgørende hensyn bag ønsket om at kunne få dødstidspunktet fremskyndet kan for nogle være, at man gerne vil have mulighed for at tage ordentlig afsked med nærtstående uden at være blevet præget af udtalt fysisk og psykisk forfald.

Det hævdes af nogle, at et levned taber i samlet værdi, hvis man ikke dør en god død, dvs. en død i overensstemmelse med vedkommendes levned. Dermed ødlægges tegningen af det levede livs indhold, og dette er en krænkelse af dette menneskes værdighed.³²

Denne opfattelse er blevet illustreret med en parallel til mange menneskers forhold til det, der berettes i en bog eller en film. En beretning som sådan kan være så god, den være vil; den bibeholder dog kun sin gennemgående værdi, hvis slutningen er god. Noget tilsvarende gælder for et menneskes livsforløb,

hævdes det.

Princippet om livets ukrænkelighed gives herved en anden betydning end ellers. Det ukrænkelige gode er i denne sammenhæng ikke dette at være i live (det fysiologiske liv: græsk *zoon*), men det levede menneskeliv, den enkeltes individuelle levned (græsk: *bios*). Udtrykket liv kan ikke blot indgå i begrebsparret liv/død, hvor det relaterer sig til en tilstand, det modsatte af død, som igen er fraværet af liv. Udtrykket liv kan tillige relatere sig til livsprocessen, indholdet i individets livsforløb og tilværelsen som helhed. Det er denne sidste betydning, der haves i tankerne i det her gengivne ræsonnement. Ifølge dette er princippet om livets ukrænkelighed afledt af et princip om respekt for det enkelte menneskes personlige integritet, dets individuelle menneskeværd.

Mennesket skal anskues som et frit handlende og ansvarligt individ med evnen til *at bestemme sit liv*: gennem sit liv forholde sig til sig selv og gennem sine afgørelser skabe et eget moralsk univers med bånd, forpligtelser, livsværdier, et karakterideal og en meningsfuld, helhedsmæssig sammenhæng i det levende liv. Menneskets opgave er at gøre det godt, skabe et værdifuldt liv for sig selv og de mennesker, som er med i eller berøres af dette liv. (Husted 1994, 4).

En sådan opfattelse bygger på bestemte antagelser om, hvad der kendetegner dét at være menneske. En levende menneskekrop har som eksistens og organisme kun *menneskelig* natur - og dermed menneskelig værd og værdighed - hvis visse kvaliteter er til stede. De fortalere for en ret til aktiv dødshjælp, som bygger på denne opfattelse, forudsætter typisk, at de menneskelige kvaliteter omfatter såvel evnen til indsigt og selvbestemmelse samt et vist mindstemål af livskvalitet. Hvis én af disse kvaliteter ikke er til stede, er det berettiget at afbryde den pågældende organismes eksistens. Det kan til og med være en etisk forpligtelse at gøre dette, f.eks. hvis den pågældende selv har udtrykt ønske herom. Dødshjælp betragtes som en hjælp til at slippe ud af en nedværdigende, umenneskelig tilstand. Med en sådan handling forårsager man efter denne opfattelse ikke *et menneskes* død, afslutter ikke *menneskeligt* liv, men bringer en anden form for eksistens til ophør. Et menneskes interesse i at undgå en sådan tilstand antages at være større end interessen i at have eksistens.³³

Den mest prominente fortaler for en opfattelse af denne karakter er for tiden retsfilosoffen Ronald Dworkin, som bl.a. har behandlet emnet i bogen *Life s Dominion*, der handler om de etiske spørgsmål i forbindelse med abort og eutanasi.³⁴ Bogens titel betyder Livets herredømme, og den spiller på romerrettens *dominium*, dvs. ejendomsret.

Dworkin tager udgangspunkt i en konstatering af, at stort set alle mennesker i vort samfund tilslutter sig princippet om menneskelivets ukrænkelighed. Han tilkendegiver selv det synspunkt, at menneskelivet i sig selv er værdifuldt og helligt, og han tager afstand fra den opfattelse, at ingenting er værdifuldt i sig selv, og at noget kun får værdi, hvis nogen har interesse i det. Dworkin hævder imidlertid, at uenigheden vedrørende den etiske berettigelse af abort og eutanasi beror på, at begge parter i debatten svæver i en grundlæggende misforståelse af, hvad, hvad der ligger i, at et menneskeliv er værdifuldt, helligt og ukrænkeligt. Han nyfortolker derfor begreberne.

I Dworkins udlægning udspringer menneskelivets værdi ikke i sig selv af det biologiske liv. Livets iboende værdi beror angiveligt i stedet på betydningen af det enkelte menneskes egen og andres skabende indsats (*life s inherent value* (..) depends on the intrinsic importance of human creative investment). Værdien af menneskers liv afhænger af, hvad de pågældende gør med deres liv (make of their lives). Det liv, som er helligt og ukrænkeligt, er menneskelivet, sådan som det er forment ved bevidst personligt valg, øvelse, engagement og afgørelse (human life (..) created (..) by personal choice, training, commitment and decision). Enhver ophævelse af menneskeliv er derfor en skam (shame), og frustrationen herved er større, jo større menneskelig og naturbestemt investering, det pågældende liv er udtryk for. Ikke desto mindre er det under visse omstændigheder berettiget at ophæve et biologisk menneskeliv for at undgå at forringe den menneskelige investering i det pågældende liv eller i andre menneskers liv (sometimes justified in order to avoid frustrating a human contribution to that life or to other people s lives). Sådan som Dworkin udlægger princippet om menneskelivets ukrænkelighed, tilsiger princippet i visse tilfælde ligefrem, at der foreligger en beføjelse - eller måske en pligt - til at tilintetgøre et menneskeliv.

Efter Dworkin s opfattelse kan opretholdelsen af en dement patients liv i plejetilstand indebære en

krænkelser af patientens værdighed i lyset af vedkommendes tidligere livsløb. En sådan patient har ikke længere evnen til rationelt at kontrollere sit liv, dvs. foretage de handlinger eller udvise de sympatier, som kan give vedkommendes liv sin særlige betydning og dermed give livet værdi. Det er derfor ikke afgørende, om andre mener, at patienten til trods for - eller måske på grund af - sygdommen er ét af verdens lykkeligste mennesker. Værdi kan ikke hældes i et liv udefra, men må genereres af den enkelte selv, hvilket for nogle patienters vedkommende ikke er muligt. Der er to slags menneskevæsener, dem med interesse i fortsat at leve og dem uden. Tilstedeværelsen af en sådan interesse forudsætter evnen til at kunne vise hengivenhed og følelser, til at kunne håbe og forvente og til at kunne skuffes.

Tilendebringelse af en patients liv kan være udslag af respekt for vedkommendes *værdighed*. En sådan handling kan også være udtryk for *omsorg* i patientens bedste interesse (critical interest), da måden man dør på har betydning for, hvor vellykket ens livsløb har været i lyset af ens individuelle livsværdier. Den sportstrænedede, som bliver lam og derfor oplever, at hans livsfortælling er slået til vrage (a narrative wreck), skal have adgang til livsafkortning. En sådan handling er i øvrigt udsalg af respect for patientens *selvbestemmelse*. I den forbindelse antager Dworkin, at en dement patient kan besidde autonomi både som dement person og som den person, vedkommende var tidligere. Patientens selvbestemmelsesret skal respekteres ved at lægge vedkommendes tidligere udtrykte ønsker til grund eller ved at gøre antagelser om, hvad vedkommende ville have ønsket, før demenstilstanden indtrådte.

7.2. Forventede gavnlige konsekvenser ved en lovliggørelse

7.2.1. Betydning for lægerollen

Debatten om aktiv dødshjælp tager gennemgåendeudgangspunkt i, at dødshjælpen skal udøves af læger. Kun få har gjort sig til fortalere for at tildele andre end læger beføjelse til udøvelse af aktiv dødshjælp. Dog forekommer det synspunkt, at pårørende eller andre i det enkelte tilfælde kan være bedst egnede til at give lindring gennem døden. Patientens egen læge vil måske ikke deltage i aktiv dødshjælp, og nogle patienter har slet ikke en fast relation til egen læge.

Lægelig deltagelse i aktiv dødshjælp rejser spørgsmålet om, hvorvidt en sådan opgave vil være forenelig med lægerollen.

Den lægefaglige tradition bygger bl.a. på et princip om, at lægen aldrig må skade en patient, men dermed afklares selvsagt ikke spørgsmålet om, hvad der i en konkret situation er til skade eller gavn for patienten. Retningsgivende for lægelig etik vedrørende drab efter begæring og hjælp til selvmord har gennem tiderne været *Den Hippokratiske Ed* fra det fjerde århundrede før vor tidsregning. Eden omfatter et løfte om aldrig at give et dødeligt middel til nogen, som beder derom, eller give noget sådant råd.

I henhold til de Internationale regler for lægeetik har en læge altid pligt til at bevare menneskeliv (the obligation of preserving human life). I de såkaldte *Appleton-retningslinier* tages der afstand fra lægelig indgriben med den eneste intention at fremkalde døden.

Hverken det danske lægeløfte eller de danske lægeetiske regler indeholder udtrykkelige bemærkninger om spørgsmålet, men ifølge lægeløftet er lægens rolle at lindre smerte og hjælpe den syge med at genvinde sit helbred. Det kan til dels betragtes som et åbent spørgsmål, om smertelindring er det modsatte af, eller kan være ensbetydende med, aktiv dødshjælp.

I de fleste lande har de lægelige organisationer fastholdt, at en adgang til lægelig aktiv dødshjælp vil være ødelæggende for lægerollen og for forholdet til patienterne. Nogle læger oplever imidlertid et skisma mellem, hvad deres samvittighed byder dem, og de begrænsninger, som loven og de lægeetiske regler indebærer med hensyn til aktiv dødshjælp.

Tilhængere af aktiv dødshjælp finder sådanne praktikker forenelige med lægerollen og lægens pligter. De gør gældende, at lægens ansvar for patienten skal tolkes ud fra hensynet til at værne om patientens selvbestemmelse og at fremme patientens velbefindende. I lyset heraf er det en lægelig opgave at afkorte patientens liv, når patienten selv har truffet afgørelsen herom, og det er til patientens bedste.³⁵ Nogle anlægger den forståelse, at der er tale om en regelkonflikt, når patientens lidelse kun kan fjernes

ved afkortning af vedkommendes død, og at dette indebærer, at det beror på en konkret afgørelse i det individuelle tilfælde, hvilket hensyn der vejer tungest.³⁶

Ønsket om at inddrage læger i udøvelsen af aktiv dødshjælp har sin baggrund i deres særlige fagkundskab med hensyn til anvendelsen af medicinpræparater. Lægen forventes at kunne afkorte patientens liv hurtigt og smertefrit. Lægelig sagkundskab er også nødvendig med henblik på bedømmelse af patientens medicinske og psykiske tilstand samt rådigheden over eventuelle lindrende alternativer. Ved at lade læger varetage opgaven begrænses beføjelsen desuden til en gruppe ansvarlige fagfolk, som kan undergives fornøden kontrol.³⁷ Tillige kan lægens deltagelse betragtes som ønskelig med henblik på at give afkortningen af patientens liv den fornødne samfundsmæssige accept og legitimitet. Hvis opgaven blev varetaget af andre, ville omverdenen måske i højere grad misbillige det skete, end hvis den afgørende handling foretages med lægelig velsignelse.³⁸

Nogle fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp har den opfattelse, at lægen under en sådan ordning bedre ville kunne tage hensyn til patientens personlige indstilling. Lægens beredvillighed til at drøft muligheden af aktiv dødshjælp viser patienten, at lægen har omsorg for vedkommende.

7.2.2. Samfundsmæssige konsekvenser i øvrigt

Nogle fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp lægger vægt på, at en formaliseret ordning vil skabe synlighed og åbenhed omkring en praksis, som i forvejen foregår i det skjulte. Åbenheden vil indebære mulighed for at gennemføre retningslinier. Derved vil den faglige ansvarlighed kunne højnes, misbrug vil bedre kunne forebygges, og fornøden ensartethed kunne tilvejebringes.³⁹

Andre fortalere for lovliggørelse fremhæver, at forholdet mellem patienter, sundhedspersonale og pårørende vil blive mere ærligt og tvangsfrit, og det samme vil ske med hensyn til de indbyrdes drøftelser mellem de ansatte i sundhedsvæsenet. Ved at forudsætte iværksættelse af nærmere undersøgelser af sindstilstanden hos patienter, som begærer aktiv dødshjælp, vil der være udsigt til bedre diagnostisering og behandling af depressioner og andre psykiske lidelser.⁴⁰

Der kan også lægges vægt på, at adgang til lægelig aktiv dødshjælp på begæring i nogle tilfælde kan være en mindre belastende udvej end selvmord, både for den enkelte og for omgivelserne.⁴¹

Visse tilhængere af aktiv dødshjælp erkender, at ordningen vil indebære en unødvendig afkortning af livet for enkelte patienter, men at antallet af sådanne tilfælde vil være ringe, og at de samfundsgavnige virkninger af en lovliggørelse vil være overvejende positive. De hævdede negative konsekvenser anses i det væsentlige for at være af spekulativ art. I det omfang, der måtte være en reel risiko for udskridning, skønnes denne i det store hele at kunne imødegås ved retningslinier og andre passende forholdsregler.⁴²

Nogle tilhængere af aktiv dødshjælp gør gældende, at udøvelsen heraf kun vil være påkrævet i få tilfælde, men at et større antal patienter indirekte ville nyde godt af ordningen. Disse patienter ville opleve større omsorg og føle større tryghed i bevidstheden om, at deres ønske om at dø ville blive imødekommet, hvis det måtte blive fremsat.⁴³ Desuden ville folk i almindelighed kunne føle sig trygge i bevidstheden om, at adgangen til aktiv dødshjælp ville være til stede, hvis det måtte blive aktuelt at begære noget sådant.⁴⁴

DEL III

DET ETISKE RÅDS FLERTALS OVERVEJELSER VEDRØRENDE LOVLIGGØRELSE AF AKTIV DØDSHJÆLP

I denne del af redegørelsen fremstilles de overvejelser, som ligger til grund for, at den overvejende del af Det Etske Råds medlemmer anbefaler en opretholdelse af det gældende almene forbud mod aktiv dødshjælp. Flertallet anbefaler således, at dette forbud fortsat også omfatter enhver form for lægelig drab efter begæring/hjælp til selvmord.

I det følgende vil der først blive fremført nogle betragtninger vedrørende nogle overordnede etiske

princippers bærekraft i den foreliggende sammenhæng. Videre redegøres der for betydningen af de samfundsmæssige hensyn, som ligger bag forbuddet mod lægeligt drab efter begæring og hjælp til selvmord, og for konsekvenserne af at ophæve dette forbud. Yderligere anføres der nogle synspunkter vedrørende den etiske forskel på fravalg af livsforlængende behandling og tilvalg af livsafkortende foranstaltninger. Afslutningsvis peges der på nogle forskelligheder med hensyn til etisk og retlig normering.

8. Overordnede etiske princippers betydning

8.1. Menneskelivets ukrænkelighed

En lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville indebære et grundlæggende brud med den kulturtradition, som præger eksisterende lovgivning og sundhedsfaglige standarder. Denne tradition bygger først og fremmest på *princippet om menneskelivets ukrænkelighed*. Dette princip indebærer, at man ikke må tage et andet menneskes liv, da man derved tilintetgør det værd, som tilkommer ethvert menneske i kraft af selve dette at være menneske og uafhængigt af de individuelle fysiske og mentale egenskaber eller færdigheder, som hver enkelt måtte have eller ikke have.

For nogle har dette princip en religiøs forankring: Livet betragtes som helligt. Det er skænket/betroet os af Gud, en gave som den enkelte har ansvar for at forvalte, og som kun Gud kan tage igen. Et menneske, der på egen hånd eller med andres hjælp afkorter sit liv, forsynder sig mod Gud, krænker Guds autoritet. Denne pligtetiske ofattelse er udbredt i både kristen, jødisk og muslimsk tro.⁴⁵

For andre kan princippet om livets ukrænkelighed være begrundet i etiske overvejelser af mere verdslig eller pragmatisk beskaffenhed: Hvert enkelt menneskes liv er et absolut gode, som man ikke har ret til at disponere over.⁴⁶ Dette gælder uanset den enkeltes livskvalitet eller det konkrete indhold og beskaffenheden af vedkommendes liv i øvrigt. Det ville have uoverskuelige og skræmmende konsekvenser for menneskeheden at modificere dette grundlæggende etiske og samfundsmæssige princip.

Både i de religiøse og de verdsligt betonedede traditioner kan der ligge forestillinger om den enkeltes forpligtelser mod fællesskabet og om samfundets ansvar for dets enkelte medlemmer, herunder omsorgen for de svage. Efter en sådan tankegang er spørgsmålet om aktiv dødshjælp ikke en privat sag for patienten og lægen, men en sag af samfundsmæssig beskaffenhed, der nødvendiggør etiske, sociale og lovgivningsmæssige overvejelser. Menneskelivet er af social karakter, individerne i et samfund er gensidigt afhængige.

8.2. Vurdering af argumenterne for aktiv dødshjælp

8.2.1. Individets selvbestemmelsesret

Mange fortalere for en adgang til aktiv dødshjælp vil give princippet om den enkeltes selvbestemmelsesret forrang for princippet om livets ukrænkelighed. De tager - mere eller mindre udtrykkeligt - udgangspunkt i, at vi lever i et sekulariseret, demokratisk, liberalt og pluralistisk samfund. I et sådant har staten ingen legitim beføjelse til at foreskrive, på hvilke måder den enkelte kan - og ikke kan - vælge at dø. Man bør således ikke forbyde frivilligt indgåede overenskomster med andre om hjælp til at dø. Fornuftshabile personer bør ud fra en sådan betragtningsmåde have en ret til at træffe væsentlige afgørelser vedrørende deres liv og død, og de bør have en juridisk billigelse af denne ret til at udøve selvbestemmelse i overensstemmelse med deres individuelle værdiopfattelse.

I daglig tale forbindes selvbestemmelsesret med det forhold, at man kan gøre, hvad man nu tilfældigvis gerne vil; hvilket egentlig vil sige, at man ikke behøver at gøre, hvad andre vil, man skal gøre. I vor kulturtradition er det dog grundlæggende, at intet enkeltindivids behov og ønsker kan være eneafgørende for, hvad selvbestemmelsesretten bør omfatte. Hos den enkelte værdsætter vi ikke bare evnen til at tage selvstændig stilling, men også evnen til at gøre dette ud fra en ansvarlig afvejning af de givne omstændigheder. I denne afvejning er det ikke blot vigtigt, at selvbestemmelsen udøves til vedkommendes egen gavn, men også at dette sker under hensyntagen til fællesskabets bedste. Herunder lægges der overordentlig stor vægt på, at ingen skades, det anses for ønskeligt, at andre så

vidt muligt hjælpes, og tillige spiller lighedshensyn en betydelig rolle. Den enkeltes evne til at tage sådanne forhold i betragtning og handle derefter er afgørende for, hvorledes vi bedømmer vedkommendes karakteregenskaber og livsførelse. Selvstændighed er en dyd, selvtilstrækkelighed ikke. Den enkelte indgår i en overindividuel livssammenhæng. Individets måde at udøve selvbestemmelse på er langt fra ligegyldig; tværtimod anvendes der i høj grad en etisk målestok på menneskets forskellige valg. I vor kulturtradition er det nok en given sag, at individets selvbestemmelsesret skal være vidtgående. Det er imidlertid ligeså givet, at princippet om selvbestemmelse ikke er absolut, men må praktiseres i samspil med andre principper og hensyn. Denne grundopfattelse har fået en særlig betoning i udviklingen af de nordiske velfærdssamfund.

Folks meninger om, hvad den enkeltes selvbestemmelsesret skal omfatte, kan på mange punkter være forskellige. På væsentlige områder er der dog ingen tvivl om, at der i kraft af kulturtraditionen hersker udbredt enighed om, hvor grænserne for selvbestemmelsesretten skal sættes. De centrale bestemmelser i straffelovgivningen afspejler dette, mest tydeligt i selve straffeloven, men også markant i den øvrige strafsanktionerede lovgivning. Der findes utvivlsomt en *ethos*, en fælles moralsk grundindstilling, som nok er mindre klar og entydig i sine randområder, men som har en overordentlig fast kerne af værdiopfattelser. I denne ethos er det ikke bare et gennemgående træk, at hensynet til den enkeltes selvbestemmelse afvejes i forhold til hensynet til fællesskabets interesser, men også at sidstnævnte hensyn sammenholdt med en lighedsgrundsætning tillægges større vægt, end i lande med mere fundamentalistiske eller absolutistiske traditioner af religiøs eller verdslig beskaffenhed. Kernen i den nordiske ethos er, at det gavner alles udvikling som mennesker, at den enkeltes frihed understøttes under stadig hensyntagen til fællesskabets interesse i velfærd og lighed. Dette må selvsagt også tages i betragtning i forbindelse med en stillingtagen til spørgsmålet om lovliggørelse af aktiv dødshjælp.

Det kendetegnende for den moralske side af mennesket er evnen til at stræbe efter det gode. Det etiske princip om respekt for den enkeltes selvbestemmelsesret giver kun mening under den forudsætning, at selvbestemmelsesretten ikke udøves i strid med sit formål, dvs. uden anerkendelse af og hensyntagen til andre menneskers velfærd samt alle menneskers lige og absolutte værd. Forstået på den måde er der ikke nogen modstrid mellem at respektere princippet om menneskelivets ukrænkelighed og princippet om individets selvbestemmelsesret. I et etisk perspektiv er formålet med at kunne udøve selvbestemmelsesret at fremme det gode i tilværelsen, ikke at ophæve denne.

Den enkeltes behov - fællesskabets behov

Fortalere for ophævelse af forbuddet mod drab efter begæring/hjælp til selvmord hævder undertiden, at den primære grund til, at vi i vor kulturkreds har et forbud mod at dræbe andre, alene skulle være et hensyn til den, der ellers ville blive slået ihjel.⁴⁷ Af en sådan tankegang kan det tilsyneladende let udledes, at den normale begrundelse for forbuddet falder bort, når en person giver afkald på et fortsat liv; så er denne persons liv angiveligt ikke længere ukrænkeligt. Tankegangen indebærer, at andre ikke skulle være berettiget til at blande sig i en aftale om drab efter begæring/hjælp til selvmord (og en sådan aftales iværksættelse), idet der angiveligt ikke er noget behov for beskyttelse af andre end de umiddelbart indblandede. Aftalen vedkommer ikke andre, så selvbestemmelsesretten må være udslagsgivende, hævdes det.

Som nævnt beror spørgsmålet om regulering og kriminalisering imidlertid ofte på andre og mere sammensatte hensyn end hensynet til den, der direkte udsættes for en bestemt handling. Det anerkendes således ikke, at den enkelte i kraft af sit samtykke gennembryder forbuddene mod grov vold, duel, bigami eller slaveri.

Den i vort samfund anerkendte ret til at tage livet af sig indebærer ikke uden videre en ret til at lade andre tilintetgøre det.

Det overordnede beskyttelseshensyn, der bæres af princippet om menneskelivets ukrænkelighed, er ikke nødvendigvis alene hensynet til den pågældende selv, men kan meget vel tillige omfatte hensynet til almenhedens - menneskehedens, folkets, slægtens, gruppens og dennes enkelte medlemmers - beståen, tryghed og værdighed.

Yderst få, om overhovedet nogen, beslutninger truffet af et menneske påvirker ikke nogen anden.

Dermed aktualiseres spørgsmålet om selvbestemmelsesrettens grænser og afvejningen af selvbestemmelsen mod andre værdier og principper. (Göran Hermerén)⁴⁸

Alment sagt er det ikke de døde, der lider under at være blevet slået ihjel, men de levende ville i visse henseender lide uden eksistensen af et princip om livets ukrænkelighed og den almindelige håndhævelse af et drabsforbud.

Argumenterne for lægelig dødshjælp tager i det væsentlige udgangspunkt i den enkelte patients egne behov, mens argumenterne imod i vidt omfang knytter an til de konsekvenser, som en lovliggørelse vil kunne få for omgivelserne, herunder en bredere kreds af gamle og svært syge, pårørende og sundhedspersonale. I en ny dansk afhandling udtrykkes dette således:

Faktisk er derfor spørgsmålet om eutanasiens eller dødshjælpens berettigelse det om individets autonomi og vedkommendes forhold til sine medmennesker eller, kort sagt, det om forholdet mellem frihed og ansvar. (Reuter 1995, 168)

Den grundopfattelse, at den enkelte ikke kan give afkald på værnet om menneskelivet, har man i vor kulturkreds haft gennem århundreder. Den er netop udtryk for en anerkendelse af, at det enkelte menneskes død og måden, hvorpå døden indtræffer, påvirker andre mennesker og deres liv og meget vel kan påføre dem væsentlig skade. I sammenhænge, hvor hensynet til andre er væsentligt, har hensynet til individets selvbestemmelse ikke altid forrang.

Selvbestemmelse - ubetinget eller betinget?

Når princippet om selvbestemmelsesret af mange fremhæves som bærende begrundelse for lovliggørelse af aktiv dødshjælp, kan man få det indtryk, at afgørelsen af, om en persons liv er værd at leve, tilsyneladende lægges helt i hænderne på vedkommende selv. Hjælperen er tilsyneladende kun eksekutor, ikke egentlig eller primær beslutningstager. Denne betragtningsmåde beror dog nok på en illusion, for der advokeres alligevel næsten aldrig for anerkendelse af en ubetinget og fuldstændig selvbestemmelsesret, men kun for en betinget og begrænset ret.

Når det kommer til stykket, bygges der som regel på en forudsætning om, at selvbestemmelsesretten i virkeligheden ikke skal være eneafgørende, men ledsages af tillægskriterier vedrørende patientens tilstand. I den sidste ende er det barmhjertighed/næstekærlighed, respekt for menneskelig værdighed eller en kombination af disse hensyn, der anføres som det egentlige motiv til at udfri patienten af lidelse eller meningsløshed. Når sådanne principper er af afgørende betydning, opstår der imidlertid en udpræget vaghed med hensyn til, hvad der er til patientens gavn, hvem der definerer dette, og hvem der kan komme i betragtning. Dette indebærer væsentlige afgrænsnings- og udglidningsproblemer.⁴⁹

Kun få gør sig til fortalere for, at der bør være adgang til aktiv dødshjælp, alene fordi nogen selv måtte ønske det. Det måtte også påregnes, at læger normalt kun ville være indstillet på overhovedet at yde aktiv dødshjælp, hvis forskellige betingelser med hensyn til patientens tilstand var opfyldt. Disse betingelser har dybest set at gøre med, om man bedømmer patientens liv som værd at leve.

En konsekvent hævde af selvbestemmelsesretten som øverste princip måtte egentlig føre til, at aktiv dødshjælp ikke alene blev legalt for personer med visse lidelser, men for alle, som på et velinformeret grundlag traf et frivilligt valg herom.

Selvbestemmelsesret - retskrav på bestemte serviceydelser?

Det enkelte menneskes selvbestemmelsesret kan selvsagt ikke være begrundelse for at pålægge et andet menneske en handlepligt og derved indskrænke det andet menneskes selvbestemmelsesret. Hensynet til individets autonomi kan således ikke i sig selv begrunde en ret til at afkræve andre individer eller samfundet/sundhedsvæsenet en bestemt indsats for den pågældendes skyld. Her kan to parter interesse i selvbestemmelse komme i konflikt. I debatten om aktiv dødshjælp er den ene af disse parter patienten. Den anden part kan være lægen eller sundhedsvæsenet som sådant.

I debatten om aktiv dødshjælp anfører tilhængerne til tider, at den ønskede lovliggørelse ikke skulle indebære, at nogen fik et retskrav på under visse forudsætninger at modtage aktiv dødshjælp, eller at

læger eller sundhedsvæsen tilsvarende fik en pligt til at yde aktiv dødshjælp. Ordningen skulle alene indebære en afkriminalisering og lovliggørelse af visse aktiviteter, som læger herefter ville kunne beslutte at indlade sig på helt frivilligt. Det skulle blot fremgå af lovgivningen, at det under visse forudsætninger ikke var strafbart eller ulovligt at yde aktiv dødshjælp. Der skulle således ikke efter loven være en ret svarende f.eks. til den ret, en kvinde har på at få foretaget abort inden udløbet af 12. svangerskabsuge.⁵⁰

Set fra den enkelte læges perspektiv kan det principielt gøre en ganske væsentlig forskel, om der kun er ret/frihed/beføjelse eller ligefrem pligt til at foretage et indgreb.⁵¹ Set fra samfundets og sundhedsvæsenets perspektiv er det imidlertid ikke holdbart at sondre skarpt mellem ret og pligt i sådanne sammenhænge. Det drejer sig snarere om at sætte regler for/normere adgangen til en offentlig serviceydelse. En sådan normering ville være meningsløs, hvis alle læger generelt måtte forventes at udnytte muligheden for at unddrage sig udførelse af det normerede indgreb. Forudsætningen for normeringen må være, at der vil være læger, som stiller op. Men hermed er samtidig sagt, at patienter, der opfylder betingelserne for aktiv dødshjælp, har krav på at få én af disse læger til at foretage det fornødne. Ellers vil ordningen grundlæggende være kendetegnet ved vilkårlighed i strid med de grundlæggende principper, som i øvrigt kendetegner kravene til offentlige serviceydelser, herunder ydelser fra sundhedsvæsenet.

Der henvises af nogle til, at læger på visse betingelser har ret, men angiveligt ikke pligt til at foretage provokeret abort, og at man kunne indrette forholdene tilsvarende ved lovliggørelse af aktiv dødshjælp. Det er imidlertid kendetegnende, at det for en hospitalslæge i realiteten er en embedspligt at deltage i foretagelsen af aborter, hvis vedkommende vil have eller bevare sin ansættelse på en afdeling, hvor sådanne indgreb udføres. Det er således Sundhedsstyrelsens opfattelse, at en sygehusejer (typisk amtskommunen) er berettiget til træffe foranstaltninger med ansættelsesmæssige konsekvenser, hvis en læge på en sådan afdeling nægter at udføre den pågældende opgave. Noget andet er, at sådanne situationer vil kunne løses i mindelighed, hvis det drejer sig om en større afdeling med en overlæge, der velvilligt overbærende eller forstående affinder sig med, at en enkelt medarbejder unddrager sig deltagelse i sådanne opgaver. Når det gælder spørgsmålet om aktiv dødshjælp, må det tages i betragtning, at læger på ikke så få slags hospitalsafdelinger ville kunne komme til at stå over for begæringer fra patienter, som ønskede deres liv afkortet.

8.2.2. Omsorgen for den lidende patient - livskvalitet og barmhjertighed

En etisk begrundelse for at give sundhedspersoner beføjelse til i visse tilfælde at deltage i drab på svært lidende patienter søges af mange i et princip vedrørende hjælpepligter over for mennesker i nød, dvs. et princip om godgørenhed/omsorg/barmhjertighed/næstekærlighed (eng.: *beneficence*, *benevolence*).

Det er ikke berettigelsen og vigtigheden af dette etiske princip, der er til debat. Så længe en svært lidende patient er i live, skal behovet for lindring så vidt muligt imødekommes bedst muligt med alle til rådighed stående midler. Alle vil kunne være enige om, at dette er en af sundhedsvæsenets fornemste opgaver. Der er næppe heller grundlæggende uenighed om, at mange døende eller svært syge patienters situation er overordentlig lidelsesfuld og i praksis ofte forbliver udsigtsløs og trøstesløs, samt at der kunne og burde gøres meget mere for at hjælpe disse patienter gennem deres lidelser.

Uenigheden drejer sig her udelukkende om, hvorvidt det nævnte princip tilsiger, at det skulle være etisk rigtigt, at samfundet billiger aktiv dødshjælp, eller om skadevirkningerne ved en sådan ordning må anses for uforholdsmæssige i forhold til de gavnlige virkninger.

Med hensyn til lindring af fysisk smerte må det fremhæves, at udviklingen har været så gunstig, at det nu er særdeles sjældent, at man ikke kan bringe svære smerter under kontrol. Det er næppe realistisk at bortse fra, at adgang til aktiv dødshjælp ville kunne betyde, at alvorligt syge patienter blev unddraget den behandling og omsorg, som bør være et rutinemæssigt led i god sundhedspraksis.

I de meget få tilfælde, hvor det ikke lykkes at kontrollere de fysiske smerter, mens patienten er ved bevidsthed, kan man smertebehandle effektivt ved at sløve patienten hen, hvilket må være det mindste onde, et synspunkt der bl.a. støttes på den erfaring, at døende patienter og deres pårørende

tilsyneladende oplever en sådan smertelindring som acceptabel.⁵²

Patientens psykiske lidelse kan ofte lindres helt eller delvis ved pårørendes, bekendtes, sundhedspersonalets, præstens eller andres indsats, men den opnåede eller opnåelige lindring er i mange tilfælde ikke optimal. Adgang til aktiv dødshjælp ville måske være en hjælp for nogle patienter, men skadevirkningerne ved en lovliggørelse ville være for store i forhold til andre patienter.⁵³

Med udgangspunkt i et overordnet princip om barmhjertighed vil man ikke kunne trække en skillelinie mellem frivillige og ikke-frivillige foranstaltninger. Selve begæringen om aktiv dødshjælp vil ikke kunne gøres til en nødvendig betingelse, men kan kun tillægges eventuel betydning som dokumentation vedrørende lidelsens intensitet.

Under alle omstændigheder er menneskelig lidelse noget overordentlig subjektivt og kontekstbundet. Afgrænsningen af relevante tilfælde ville blive overordentlig skønsmæssig.

Hensynet til patientens bedste må desuden afvejes over for andre hensyn. Selv om svært lidende patienter i visse tilfælde måtte have en åbenbar og berettiget interesse i at blive udfriet af deres lidelser, forekommer skadevirkningerne ved en lovliggørelse at være uforholdsmæssigt store, se nærmere herom i et senere afsnit.

8.2.3. Respekt for det levede menneskeliv og den enkeltes livssyn

Visse mennesker har den opfattelse, at hurtig aflutning på livet er udtryk for større respekt for livet (i betydningen det levede menneskeliv) end en fortsættelse af en lidelsesfuld, meningsløs tilværelse. Det skulle derfor være en menneskeret at måtte dø, som man har levet: Folk må leve og dø i overensstemmelse med deres overbevisning.

Den mest fremtrædende fortaler for en sådan opfattelse er som tidligere nævnt retsfilosoffen Ronald Dworkin. Efter Dworkin's opfattelse udspringer det enkelte menneskets værdi ikke af det biologiske liv. Det menneskeliv, som er helligt og ukrænkeligt, er kun det liv, som kan formes i kraft af den enkeltes og andre investering heri. Et menneskelivs værdi beror på, om det har tilstrækkelig livskvalitet.

En sådan opfattelse af, hvad princippet om livets ukrænkelighed indebærer, har ikke meget at gøre med en sædvanlig forståelse af begreberne. Normalt indebærer det nævnte princip respekt for ethvert menneskeliv, selv det mest mangelfuldt udviklede eller det mest sygdomssvækkede. I Dworkin's forståelse bliver der tale om et princip med en indbygget sondring mellem værdige og uværdige liv, et princip der i stedet for at anerkende menneskers lige værd som mennesker tilskriver deres liv ulige værdi, forskel i menneskeværd. Livets hellighed og ukrænkelighed kommer til at bero på, om den enkeltes liv har den fornødne livskvalitet.⁵⁴

Efter denne tankegang er visse mennesker bedst tjent med at dø. De grupper af mennesker, hvis liv således ikke skulle være værnet af princippet om menneskelivets ukrænkelighed, er dem, som har mest brug for et sådant værn. Nytolkningen af princippet åbner op for, at der kan træffes afgørelser om liv eller død for de svage. En sådan tankegang indebærer en tilsidesættelse af samfundets grundlæggende forpligtelse til at værne de svage mod, at andre udsletter deres liv.

Det er en uholdbar antagelse, at lidelse eller hjælpeløshed skulle indebære tab af personlig integritet, af menneskeværd. For at klargøre betydningen af denne indvending kan det være hensigtsmæssigt at sondre mellem nogle helt forskellige betydninger af udtrykket menneskeværd, nemlig værd i kraft af at være et menneske, en person, henholdsvis en person med værdighed.

Et menneskeligt væsen kan siges at have menneskeværd i betydningen værd *som menneske*, dvs. som tilhørende en bestemt biologisk art. Dette er tilfældet, selv om vedkommende lider svært, og også selv om vedkommende varigt vil være ude af kontakt med omgivelserne. En sådan tilstand gør ikke patienten til et stykke ikke-menneskeligt natur, i hvert fald ikke så længe den pågældende er i live. At mennesket har et særligt værd i denne betydning begrunder visse pligter, som man har i forhold til andre mennesker, men ikke i forhold til andre væsener.

At have menneskeværd kan også betyde, at et menneskeligt væsen har værd *som person*. Der kan være forskellige opfattelser af, om et individ har menneskeværd i denne forstand, hvis vedkommende varigt er uden bevidsthed eller uden fornuftens brug, da disse egenskaber for nogle hører med i en (rationalistisk) definition af menneskeværd i denne betydning. Men svære lidelser kan ikke ændre på, at i hvert fald alle fornuftsvæsener har (lige) menneskeværd, dvs. en personlig værdighed og integritet, som i princippet ikke må ophæves eller på anden måde krænkes.

Menneskeværd i de to første betydninger hører således med til menneskets væsen som individ og kan ikke gå tabt. Det er tilsyneladende en tredje betydning af menneskeværd, der er underforstået, når det hævdes, at svært lidende mennesker kan miste deres menneskeværd, nemlig en forståelse af, hvad der ligger i at have værdighed.⁵⁶

Et menneskes oplevelse af egen værdighed kan betegnes som vedkommendes *selvagtelse* eller følelse af selvværd. Oplevelsen heraf kan præges såvel af, hvordan den pågældende bedømmers egne moralske kvaliteter, som af, hvordan vedkommende opfatter sit *omdømme* i forhold til sine omgivelser. Der eksisterer et ideal om selvstændighed og uafhængighed som kriterium for værdighed. Det kan ikke bestrides, at svært syge patienter personligt kan opleve tab af værdighed i begge disse henseender. Det er imidlertid en uholdbar opfattelse, at dødshjælp skulle være berettiget med den begrundelse, at visse mennesker har mistet - eller er ved at miste - et afgørende mindstemål af selvagtelse på grund af, at deres tilstand på grund af ulykke, alderdom eller svær sygdom er blevet præget af forfald, nedværdigende forhold og/eller svær lidelse. Mange mennesker har lav selvfølelse, hvilket kan have baggrund i mangt og meget, og et sådant forhold kan ikke i sig selv være grundlag for at bryde princippet om livets ukrænkelighed. Uanset graden af selvværdsfølelse har ethvert menneske krav på, at omgivelserne behandler vedkommende med et mindstemål af respekt. Værdighed i denne forstand er noget, mennesker skylder hinanden, også selv om modtageren er svag og afkræftet. En svært syg patient kan i nogle tilfælde af omgivelserne blive udsat for uværdig og nedværdigende behandling, men selve tilstanden er der ikke noget uværdigt ved.

Når mennesket ingen værdighed har tilbage i sig selv i vore øjne, så er det netop vores opgave at yde så meget mere værdighed gennem den måde, vi behandler det på. (Niels Henrik Arendt 1995)

En uværdig død er en død uden omsorg. (Henriette Haslund- Gjerrild 1994).⁵⁷

Forbundet med den tanke, at et menneske på grund af en tilstand i lidelse skulle kunne sætte sin værdighed over styr, er den opfattelse, at en sådan lidelse er meningsløs. Herover for hævder andre, at lidelsen i sig selv hverken er meningsfuld eller meningsløs, men har den mening, vi tillægger den. Vi kan vælge at overlade den døende til en oplevelse af meningsløshed, men vi kan også opfatte lidelsen som et oplæg til medfølelse, omsorg, tilstedeværelse og fællesskab.⁵⁸

8.3. Lovliggørelse af aktiv dødshjælp - en gradbøjning af menneskers værd

Hel eller delvis ophævelse af forbuddet mod drab efter begæring/hjælp til selvmord ville indebære en grundlæggende forandring af vort syn på menneskeværdet, altså en forandring på det normative, ideologiske plan. I vor kulturkreds betragtes menneskelivet i princippet som ukrænkeligt. Samfundet anerkender kun i meget begrænset omfang afvigelser fra dette udgangspunkt, herunder først og fremmest i forbindelse med krigsførelse og i yderst begrænset udstrækning ved nødværge, lovlig retshåndhævelse og svangerskabsafbrydelse. Det er en rodfæstet opfattelse, at det enkelte menneske har absolut værdi, at hvert menneske er uendelig meget - og dermed lige meget - værd. Denne traditionelle opfattelse af menneskeværdet ville blive undergravet med en lovliggørelse af aktiv dødshjælp.

I en legalisering af aktiv dødshjælp ville der ligge en anerkendelse af, at individer ikke er lige meget værd, og dermed en udhuling af princippet om livets ukrænkelighed. Nogle menneskers liv ville herefter ikke være mere værd, end at man på visse betingelser kan udlette det eller være behjælpelig hermed. Menneskeværdet ville blive gradbøjet, relativiseret. En sådan udvikling vil være egnet til generelt at nedsætte respekten for menneskeliv, og den vil give grund til særlig ængstelse for en forringelse af samfundets værn omkring hensynet til handicappede og andre sårbare grupper.⁵⁹ En lovliggørelse vil kunne tolkes som udtryk for, at samfundets budskab til disse grupper er, at de er en byrde for samfundet.⁶⁰

Hvis der i den foreliggende sammenhæng gives adgang til dispensation fra dette grundlæggende princip, vil rådigheden over døden som sådan ikke længere være uden for menneskelig rækkevidde, men være gjort til et særligt medicinsk problem, som skal bemestres ved hjælp af teknologiske foranstaltninger.

Forslagene om en eller anden form for legalisering bygger stort set alle på en forudsætning om, at lovgivningsmagten inddrages i afgrænsningen af de ikke-bevaringsværdige liv. De anviste ordninger omfatter forskellige kriterier vedrørende den tilstand, som de pågældende skal befinde sig i.

I litteraturen om eutanasi findes der eksempler på, at grænsedragninger er sket under hensyntagen til invaliditetsgrad.

En person, der er svært invalideret (75-100 % men. grad), har ret til at begære sit liv afsluttet. (Blume)⁶¹

Der kan også opereres med et medicinsk kriterium som håbløs sygdom. Sådanne kriterier har et forholdsvis objektivt præg. Et kriterium som uudholdelig lidelse er mere vagt og upræcist, jfr. f.eks. den hollandske ordning. Fælles for alle sådanne kriterier er imidlertid, at der opstilles målestokke og trækkes grænser, at der sondres mellem de bevaringsværdige liv og de andre.

Uanset beskaffenheden af det afgørende kriterium vil lægen blive stillet over for et værdibetonet valg. Dette gælder også, selv om lægen har den opfattelse, at et menneske kun har værdi, hvis den person, hvis liv det er, selv tillægger sit liv værdi. Ud fra en faglig vurdering af situationen skal lægen tillempe såvel de af samfundet/lovgivningsmagten opstillede normer som sine egen fagets og personlige værdiopfattelser. Lægen får ansvar for afgørelsen om, hvorvidt patientens liv er værd at bevare. Lægen - og andre involverede i beslutningsprocessen - skal afsige en værdidom.

9. De samfundsmæssige betænkeligheder ved lovliggørelse af aktiv dødshjælp

I det følgende redegøres der nærmere for de samfundsmæssige hensyn, som taler for at opretholde et ubetinget forbud mod drab efter begæring og hjælp til selvmord. For nogle kan et enkelt af disse hensyn være afgørende i deres stillingtagen. Andre kan have den opfattelse, at det er den samlede vægt, som en flerhed af disse modhensyn må tillægges, der er udslagsgivende.

9.1. Behovet for beskyttelse af gamle og svært syge mod opgivelse af livet

De interesser, som et samfundsmæssigt fællesskab har i at fastholde et alment forbud mod aktiv dødshjælp, omfatter ikke mindst hensynet til at beskytte alvorligt og håbløst syge, som uden denne valgmulighed ikke ville have ønsket at få døden fremskyndet. En legalisering kan - til trods for de gode intentioner bag ønskerne herom - ikke uden videre antages at indebære en almindelig forbedring af vilkårene for svært syge, men vil meget vel kunne have virkninger i modsat retning. Lovliggørelse ville utvivlsomt indebære en udvidelse af nogle menneskers selvbestemmelsesret, men den ville for andre betyde en undergravelse af mange patienters mulighed for reel selvbestemmelse. Alvorligt syge har behov for beskyttelse både mod at blive dræbt, mod pression i den retning og mod den utryghed, som må antages at ville være en virkning af at lovliggøre aktiv dødshjælp.⁶² Selv om der stilles krav om patientens samtykke, vil den meget svækkede patient - og måske ikke altid med urette - kunne få det indtryk, at det alligevel er andre, der bestemmer.

Lovliggørelse ville skabe en risiko for, at skrøbelige individer udsættes for - faktiske eller oplevede - tilskyndelser til at vælge døden. Fortsat at være i live ville ikke længere være noget givet, men noget, der er på valg. Og spørgsmålet om det rette valg ville være påtrængende for nogle af de svært syge, som kan føle sig under stærkt psykisk pres i retning af at træffe et ansvarligt valg. Alvorligt syge patienter ville kunne få den opfattelse, at valget af døden var, hvad omgivelserne forventede af vedkommende, og at det ville være egoistisk at vælge livet.⁶³

Man ville næppe kunne undgå situationer, hvor den syge opfatter sin ret som en pligt til at dø.⁶⁴ Det må påregnes, at en beføjelse til at give afkald på livet af en del håbløst syge ville blive udnyttet først

og fremmest for omgivelsernes skyld. Formentlig vil omtanke for pårørende og andre mennesker, måske ligefrem skyldfølelse, undertiden kunne bevirke, at patienten træffer valget med henblik på at befri omgivelserne for byrden ved at konfronteres med - og have ansvar for at lindre - vedkommendes lidelser. Med en legalisering ville en sådan stræben efter beskedenhed og selvudslettelse kunne komme til friere udfoldelse, og nogle mennesker ville ligefrem kunne opleve, at en begæring om afkortning af livet er deres eneste valg. Dette ville også kunne gøre sig gældende i tilfælde, hvor denne holdning fra en overordnet betragtning er ubegrundet eller overdreven i forhold til de materielle og følelsesmæssige ressourcer, som omgivelserne råder over.

Direkte eller skjult pres fra andre ville kunne forekomme eller opleves i et eller andet omfang. Plejen af og omsorgen over for håbløst syge stiller store krav til omgivelserne. For samfundet som helhed kan indsatsen være kostbar, for pårørende og bekendte kan der kræves stor opofrelse, for sundhedspersonalet kan der være stort ubehag forbundet med at stå over for langvarig lidelse. Risikoen ville være nærliggende for, at nogen - bevidst eller ubevidst, direkte eller indirekte, af uegennyttige eller egennyttige bevæggrunde - kommer til at formidle det indtryk, at det nok ville være bedst, om patienten begærede den fornødne bistand til at forlade denne tilværelse. En samfundsmæssig anerkendelse af denne valgmulighed ville i sig selv være befordrende for såvel den enkelte som omgivelsernes tilskyndelse til at opleve opretholdelsen af livet som værende af underordnet betydning i forhold til andre hensyn. Dermed forstærkes oplevelsen af at leve et uværdigt liv, samtidig med at livsgnisten svækkes.⁶⁵

Man kan i værste fald forestille sig situationer, hvor en ægtefælle eller andre pårørende giver den hidtil hjemmeplejede syge valget mellem indlæggelse på plejehjem eller aktiv dødshjælp, og hvor den syge vælger det sidste af instinktiv ængstelse for alternativet. Det kan næppe afvises, at en sådan situation i al sin gru ville kunne forekomme.⁶⁶

Mindre frastødende - men alligevel ubehageligt - ville det være, hvis den syges valg ikke beroede på pression, men alene på egne overvejelser vedrørende alternativene. Hvis den pågældende nærer en grundløs eller stærkt overdreven ængstelse for, at mulighederne for ordentlig pleje og omsorg er for ringe, opfylder et ønske om aktiv dødshjælp reelt set ikke kravet om, at ønsket skal være velinformeret. I det omfang ængstelsen er velbegrundet, må samfundets svar herpå være at forbedre sine serviceydelser i almindelighed, ikke at understøtte den enkeltes forståelige opgivenesshed.

9.2. Lægens afgørende indflydelse - selvbestemmelsesretten som illusion

Den reelle endelige afgørelse af, i hvilke tilfælde der kan udøves aktiv dødshjælp, ville formentlig typisk slet ikke bero hos patienten, men hos lægen. Hermed hævdes det ikke, at en læge, der måtte stå over for et valg vedrørende aktiv dødshjælp, på nogen måde ville lade sig lede af uetiske bevæggrunde. Der peges blot på en række uomgængelige psykologiske faktorer i forbindelse med spillet mellem læge og patient, faktorer som selv den mest idealistiske og omhyggelige læge ikke er upåvirket af.

Ved en lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville drab efter begæring/hjælp til selvmord i princippet blive behandlingsmæssige foranstaltninger på linie med andre alvorlige lægelige indgreb. Lægens valg af at indlade sig på aktiv dødshjælp i det individuelle tilfælde må nødvendigvis bero på udøvelsen af særdeles vanskelige skøn vedrørende patientens tilstand, kundskaber og ønsker. Forskning og almindelig erfaring viser, at patienter i almindelighed er meget afhængige af lægers anbefalinger. Forståeligt nok mener læger, at de med deres fagkundskab har den bedste indsigt i, hvad der tjener deres patienters interesser. Svært syge patienter gør i vidt omfang, hvad lægen anbefaler, uden at underkaste de foreslåede foranstaltninger en nærmere prøvelse. En læge er ofte ikke bare en neutral eksekutor af patientens vilje, men har afgørende indflydelse på forløbet og udfaldet af en behandlingskontakt.⁶⁷ Hvis en læge er velvillig over for tanken om dødshjælp, kan patienten opleve dette som udtryk for, at reelle alternative tilbud ikke står til rådighed. Selv om man antager, at enhver læge i alle sådanne situationer udelukkende har tanke for patientens bedste, vil patientens valg af aktiv dødshjælp således ofte ikke fuldt ud være en reel udøvelse af selvbestemmelse.

9.3. Ændring af lægens faglige selvopfattelse - ødelæggelse af patient-læge forholdet og sygehusvæsenets image

Lægens traditionelle opgave og faglige pligt er at forebygge sygdomme og fremme sundhed. Lægen skal efter evne lindre smerte og hjælpe den syge med at genvinde sit helbred.⁶⁸ En beføjelse til at yde dødshjælp vil ikke umiddelbart kunne forenes med den form for lægevirksomhed, som vi kender i dag. Hvis læger får beføjelse til som led i deres lægegerning på visse betingelser at afkorte liv, vil dette tværtimod kunne gøre lægerollen mindre entydig. Dette vil kunne kompromittere såvel lægers egen som andres opfattelse af lægehvervet, den lægelige profession og sundhedsvæsenet.

En adgang til at vælge døden med andres bistand vil kunne fjerne eller mindske tilskyndelsen til at understøtte patientens lyst til at leve. Den, der møder en svært syg med bevidsthed om sin beføjelse til under visse omstændigheder at aflive vedkommende, vil kunne have vanskeligt ved med den ønskelige styrke at opmuntre patienten til at leve videre. Lægen vil - ligesom andre - lettere kunne komme til at tilkendegive eller udstråle det budskab, at patientens liv ikke er værd at leve. En hurtig melding om, at lægen er rede til at yde dødshjælp, vil i særlig grad kunne bestyrke patientens oplevelse af håbløshed. Hvis lægen får rådighed over midler, hvormed patientens liv kan afsluttes, kan tilskyndelsen også opstå til i nogle tilfælde ligefrem selv at bringe spørgsmålet herom på bane, noget som hollandske erfaringer tilsyneladende viser beklagelige eksempler på. Det vil i hvert fald kunne blive mindre nærliggende at iværksætte en optimal indsats med hensyn til omsorg og pleje, især hvis en sådan indsats er meget ressourcekrævende. Sundhedspersonalet vil let komme til at opleve, at indsatsen over for de patienter, som ikke vælger en afkortning af livet, er særligt byrdefuld.

Fortalerne for lovliggørelse forudsætter, at dødshjælp kun udøves på baggrund af lægens omhyggelige, indfølelse og tilbageholdende drøftelser med patienten, og at lægen tager alle relevante alternativer i betragtning, herunder de til rådighed stående tilbud om pleje og omsorg. Der forudsættes en dialog og rådslagning, hvorunder lægen søger at forstå patientens egentlige behov for afslutningsvis eventuelt at godtage patientens ønske om dødshjælp, men uden selv at tilskynde hertil. Disse forudsætninger stiller overordentligt store krav til lægens menneskekundskab, åbenhed, lytteevne, formidlingsevne, ansvarsfølelse og overskud. Lægen skal kunne tale meningsfuldt med patienten om døden og kunne udforske patientens følelser og psyke, patientens forhold til andre, baggrunden for patientens ønske, osv. Ideelt set forener alle læger i rimelig grad de nævnte egenskaber og formår i deres lægelige gerning at praktisere i passende overensstemmelse med idealet. Realiteten kan dog ikke altid være i overensstemmelse med dette ideal, og der er grund til at tro, at dette ikke mindst gør sig gældende i dagens specialiserede, teknologiserede og hektiske sundhedsvæsen.

Selv om en ordning, der indebærer, at læger kan hjælpe folk til at dø, hviler på de mest agtværdige motiver, ville en lovliggørelse af aktiv dødshjælp indebære væsentlig risiko for, at nogle læger - bevidst eller ubevidst - i mindre grad satsede på at redde liv og gøre svært syge patienters tilværelse så god som muligt.

Udsigten til et godt forhold mellem patient og læge ville i mange tilfælde blive forringet, hvis patienten ikke længere kunne have en tryk forvisning om, at lægens opgave alene er at hjælpe patienten bedst muligt gennem livet, ikke at være med til at vælge mellem livet og dets afslutning. Patienten kunne med rette opleve usikkerhed og ubehag, hvis læger fik tillagt beføjelse til at hjælpe med livsafkortning. Nogle patienter ville måske ligefrem være bange for at blive aflivet uden at have samtykket. Nogle ville opleve et større eller mindre pres med henblik på fremsættelse af en begæring, og de ville være ængstelige for konsekvenserne af at afvise aktiv dødshjælp, hvis de fornemmede, at lægen var indstillet på at indlade sig herpå. Nogle patienter ville i hvert fald opleve et fravær af opmuntring til at holde fast i livet. En legalisering ville dermed kompromittere tillidsforholdet mellem læge og patient til skade for begge parter.

Lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville være ensbetydende med en uønsket medikalisering af samme type, som mere alment er blevet kendetegnende for tilrettelæggelsen af sundhedsvæsenets opgaver, som i stærkt tiltagende grad er blevet præget af en teknologisk indfaldsvinkel. Aktiv dødshjælp kan opfattes som den endegyldige tekniske løsning på brutaliteten ved livets afslutning, a quick fix: If you cannot cure me, kill me!⁶⁹

At overlade det til netop lægelig fagkundskab at gøre en ende på livet indebærer, at naturlige modforestillinger svækkes, og at nogle mennesker lettere beslutter sig herfor uden at have fuld klarhed over, hvad noget sådant indebærer.

Læger er ikke i kraft af deres profession i besiddelse af nogen særlig teknisk eller moralsk sagkundskab, som kan berettige, at netop de skulle tillægges særlige beføjelser i forbindelse med afgørelser om afkortning af liv.⁷⁰ En sådan afgørelse er ikke af lægelig beskaffenhed.

De betæneligheder, som er forbundet med at overlade beføjelserne i forbindelse med aktiv dødshjælp til læger, må føre til, at man - hvis man ønsker at anerkende aktiv dødshjælp - overvejer, om ikke ansvaret for at udføre det fornødne bør påhvile andre end læger.⁷¹

De foreløbige resultater fra en spørgeskemaundersøgelse blandt godt tre hundrede danske læger bekræfter meget klart antagelsen om, at et betragteligt flertal af danske læger er modstandere af aktiv dødshjælp.

Nogle af de adspurgte læger oplyser at have foretaget hjælp til selvmord/drab efter begæring (2% hhv. 5%). Man kan ikke ud fra undersøgelsens resultater sige noget om, hvor mange tilfælde af aktiv dødshjælp disse læger har udøvet, eller hvor ordinære/ekstraordinære disse tilfælde i diverse henseender kan have været. I sagens natur er andelen af læger, som har udøvet hjælp til selvmord/drab efter begæring, størst blandt de svarpersoner, som er blevet opfordret hertil (7% - 13%).

En tredjedel finder, at hjælp til selvmord/drab efter begæring kan være i overensstemmelse med lægerollen og bør være lovlig. Denne andel er tilsyneladende klart mindre end, hvad man har fundet blandt læger i forskellige udenlandske undersøgelser.

En tiendedel af de adspurgte læger har uden information til patienten eller de pårørende givet morfin i livsforkortende doser større end nødvendigt med henblik på smertelindring. Ni tiendedele af de adspurgte tager afstand herfra, og de fleste fastholder denne indstilling også for det tilfælde, at praksis blev lovlig (83%).⁷²

Det støtter den opfattelse, at man ikke bør lovliggøre aktiv dødshjælp, at den overvejende del af de personer, som i forbindelse med deres faglige virksomhed har erfaring med og er berørt af spørgsmålet, er modstandere.

9.4. Beslutningsgrundlagets usikkerhed

Ved en lovliggørelse af aktiv dødshjælp måtte man først og fremmest fastlægge nogle forudsætninger med hensyn til patientens tilstand, kundskaber og ønsker.

Sædvanligvis tages der udgangspunkt i, at en sådan ordning skal omfatte *håbløst syge patienter med uudholdelige lidelser*. Dette krav kan også tænkes formuleret på andre måder, men det er uomgængeligt, at et hvilket som helst kriterium vil være præget af en betydelig vaghed og skønsmæssighed.

Det ville næppe være muligt at tilvejebringe en relevant og præcis afgrænsning ved at tage udgangspunkt i patientens prognose eller invaliditetsgrad. Ingen af disse forhold er på nogen objektiv eller entydig måde forbundet med spørgsmålet om patientens livskvalitet. Dette ville ikke engang være tilfældet ved en afgrænsning til *terminale situationer*, idet der også herved kan forstås flere forskellige ting, som er omfattet af en forholdsvis løs faglig terminologi.

I tillæg til fastsættelsen af de grundlæggende kriterier for, at en læge har ret til at yde aktiv dødshjælp, kan man opstille en række andre krav med henblik på at skabe klarhed og sikkerhed for korrekte afgørelser. Med sådanne krav kan man dels søge at placere *beslutningskompetencen* på den bedst tænkelige måde, dels søge at tilrettelægge sagsbehandlingen hensigtsmæssigt.

Det kan således gøres til en forudsætning, at to læger uafhængigt af hinanden vurderer patientens tilstand, kundskaber og ønsker. Kvaliteten af sagsbehandlingen kan søges højnet ved at der stilles krav om, at den ene eller begge læger har særlig relevant sagkundskab, f.eks. med hensyn til psykiatri eller smertebehandling. Der kan også involveres andre faggrupper, f.eks. psykologer. Yderligere kunne man tænke sig den mulighed, at beslutningen vedrørende eventuel imødekommelse af patientens begæring skal træffes på grundlag af en indstilling fra - eller ved enstemmighed i - et nærmere bestemt

tværfagligt samråd. Indberetningspligt til embedslæge/sundhedsstyrelse og anklagemyndighed kunne også tænkes, sådan som man kender det fra den hollandske ordning.

Uanset den nærmere udformning af de forskellige forudsætninger af en ordning med lovlig adgang til aktiv dødshjælp kan man, i realiteternes verden, næppe skabe tilstrækkelig god sikkerhed for, at de opstillede kriterier opfyldes og håndhæves efter hensigten. Dette hænger først og fremmest sammen med den tidligere nævnte omstændighed, at der nødvendigvis vil være meget vide skønsmålinger forbundet med afgørelser om, hvorvidt betingelserne for udøvelse af aktiv dødshjælp er opfyldt. Hertil kommer, at brist på såvel materielle som menneskelige ressourcer bidrager til, at der vil bestå en væsentlig risiko for fejl og misbrug. Selv velmenende beslutninger kan være forhastede, dårligt underbyggede og fejlbehæftede.⁷³ I de følgende afsnit vil der blive redegjort nærmere for nogle faktorer, som vil kunne bevirke en tendens til, at kravene slækkes eller slet ikke kan administreres.

Diagnose og prognose - behandlingsmuligheder

Nogle diagnoser er oplagte, mange er det ikke. Selv med en sikker diagnose vil forudsigelser om forventede udviklingsforløb ofte være overordentlig usikre. Dette gælder ikke blot i sygdommens indledende stadier, men også i den afsluttende fase. Selv ved dødelig sygdomme er det ofte usikkert, om en tilstand i svær lidelse vil blive afløst af en midlertidig bedring eller vil kunne lindres; og skulle dette ikke være tilfældet, kan man ofte iagttage, at patienten indstiller sig på sine symptomer og vænner sig til at opleve disse som tålelige.

Ved afståelse fra livsforlængende behandling vil usikkerheden eller tvivlen så at sige komme livet til gode. Måske indtræder der mod forventning en - mere eller mindre betydelig, kortvarig eller langvarig - bedring i patientens tilstand til trods for unndladelser af behandling. Dette vil alt andet lige ikke være ensbetydende med, at beslutningen om at afstå fra behandling var forkert - og den er i hvert fald ikke uigenkaldelig. Omvendt forholder det sig med dødshjælp, som ikke levner plads til justering af diagnose eller prognose - her er der ingen vej tilbage, heller ikke i de tilfælde, hvor patienternes levetid kunne være blevet lang.

Mulighed for lindring

En betingelse for aktiv dødshjælp vil typisk være, at der hverken findes behandlingsmuligheder eller acceptable muligheder for lindring. I realiteten findes der stort set altid - om end ikke i alle tilfælde - effektive muligheder for lindring, men det vil ofte kunne være vanskeligt at efterprøve, om disse muligheder er blevet tilstrækkelig godt udnyttet i det konkrete tilfælde.

Forklaringen på patientens overvejelser kan som nævnt være ønsker om ikke at ligge nogen til byrde, oplevelse af håbløshed og tab af selvværd, ængstelse for at være opgivet af omgivelserne. Sådanne forestillinger kan næsten altid afdæmpes ved fornøden støtte og omsorg.

Som omtalt i kapitlet om lindring, omsorg og pleje kan en begæring om aktiv dødshjælp også skyldes, at der er tale om en egentlig, behandlingskrævende depression eller anden psykisk forstyrrelse. En sådan tilstand - der indebærer, at patienten slet ikke har den fornødne fornuftshabilitet - vil i de fleste tilfælde kunne afhjælpes ved en behandlingsindsats.

Smertebehandlingen er her i landet forholdsvis godt udviklet. Det er ikke desto mindre almindeligt antaget, at mange patienter ikke får adækvat og tilstrækkelig behandling af deres smerter. Oplevelsen af stærk og varig fysisk smerte er forbundet i en vekselvirkning med oplevelsen af hjælpeløshed, ængstelse, opgivenhed og egentlig depression. En sådan tilstand befordrer tilskyndelser til afkortning af livet. Patientens opgivenhed kan bero på, at der er behov for en bedre smertebehandling, hvilket der næsten altid vil være mulighed for at iværksætte.

Det kan ikke ganske udelukkes, at en begæring om aktiv dødshjælp i nogle tilfælde *kan* skyldes livstræthed, som ikke kan overvindes. Selv en begæring, der tilsyneladende bunder i en afklaret overbevisning om at ville dø, kan imidlertid vise sig at være udtryk for helt andre behov end et egentligt ønske om at få afkortet livet. Begæringen kan skyldes en trang til fællesskab med nogen i en vanskelig livsfase forbundet med belastende overvejelser og anden lidelse. Den kan indebære en appel

om bekræftelse eller afkræftelse af en beslutning, som patienten er usikker på. Den kan dække over en trang til at få lægen til at ytre, at vedkommende har omsorg for patienten, og at patientens liv er noget værd. Den kan være udtryk for mere diffus ensomhedsfølelse, ængstelse eller angst; en appel om opmærksomhed og omsorg; en afprøvning af om nogen bryder sig om, hvorvidt den pågældende lever eller dør; en tilkendegivelse af desperation; eller helt enkelt et råb om hjælp. En indfølelse tilbagemelding på en begæring om aktiv dødshjælp kan i sig selv have en lindrende effekt. Den kan bevirke, at patienten oplever sig som mindre ensom, hjælpeløs, bebyrdende og ængstelig. Og omvendt - ved at inkludere sig på en nærmere drøftelse af muligheden for aktiv dødshjælp, bekræftes en sådan patient uvilkårligt i sin oplevelse af, at vedkommendes liv ikke længere er bevaringsværdigt.

I praksis vil en lovliggørelse af aktiv dødshjælp kunne svække tilskyndelsen til grundige undersøgelser af, om der på den ene eller anden måde kan gøres tilstrækkeligt for at lindre. En lovliggørelse vil dermed kunne bidrage til en undergravelse af individets personlige integritet i nogle tilfælde, selv om den i andre tilfælde er et værn herom eller i hvert fald er ment sådan.

Frivillig og velovervejet begæring

Som grundlag for aktiv dødshjælp ville der formentlig blive krævet en frivillig og velovervejet begæring om at dø, afgivet på et velinformeret grundlag. Ofte vil man i praksis ikke være i stand til at skelne med fornøden sikkerhed mellem det autonome/eksistentielt velovervejede ønske om at dø og den uselvstændige, overfladiske, depressivt betingede eller fremtvungne begæring.

Forudsætningen om, at patienten er fornuftshabil, bygger på forestillinger om, at det med tilstrækkelig sikkerhed skulle kunne lade sig gøre at afklare, om patienten er i stand til at forstå og overskue fordele og ulemper ved foranstaltningen, at afveje dem indbyrdes og i forhold til alternativerne. Dette forudsætter bl.a., at patienten ikke lider af en egentlig depression, idet en sådan tilstand kan svække patientens evne til at forstå information, afveje alternativer samt foretage vurderinger, som er vedvarende stabile og i overensstemmelse med patientens personlige værdigrundlag. Imidlertid viser forskning vedrørende selvmord, at en overordentlig stor andel af suicidale personer havde en alvorlig sindslidelse ved selvmordshandlingen, og at disse lidelser i mange tilfælde kunne have været behandlet. Undersøgelser viser tillige, at mange læger ikke er tilstrækkelig godt uddannede til at diagnosticere eller behandle depressioner, bl.a. fordi symptomerne på sådanne tilstande - herunder f.eks. tab af appetit, søvnforstyrrelser - ofte tilsløres af eller forveksles med symptomerne på alvorlige somatiske lidelser. En læge, som på baggrund af et ønske fra en patient om dødshjælp skulle bedømme vedkommendes handleevne, ville let overse en depression og være henvist til private spekulationer over de psykiske virkninger af alderdom og svær sygdom.

Indgående patientkendskab og samvittighedsfuldhed

En af de betingelser, som fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp typisk opstiller, er, at en læge kun må inkludere sig på noget sådant, hvis vedkommende har et så nært/meningsfuldt forhold til patienten, at en tilstrækkeligt omhyggelig beslutning bliver mulig.⁷⁴ Mange læger erkender imidlertid, at der er for lidt tid til at snakke med de enkelte patienter, også de svært syge.⁷⁵ Et kriterium af den nævnte type er særdeles vagt og skønsbetonet. Det vil i det væsentlige komme til at fungere alene som en programmerklæring uden praktisk betydning for patienternes retssikkerhed, og bedømmelsen af læge-patient forholdets karakter vil komme til at afhænge af den enkelte læges individuelle indstilling.

Det er almindelig kendt, at kun et fåtal af de personer, som udtrykker ønske om at begå selvmord, faktisk udfører dette. Og patienter med alvorlige sygdomme udviser ofte en overordentlig stor tilpasningsevne til den vanskelige situation, også når denne udvikler sig endnu mere ugunstigt, i hvert fald hvis de får tilstrækkelig støtte og omsorg. Det må antages, at selv alvorligt syge patienter så godt som i alle tilfælde kan bringes til at frafalde en tidligere tilbøjelighed til at søge livet afkortet. Dette kan bero på iværksættelse af bedre smertebehandling, på behandling af en depression eller på anden lindrende og støttende indsats. Selv om to eller flere læger samvirker om tilvejebringelsen af et forsvarligt beslutningsgrundlag, vil deres samlede kundskaber og indsigt ikke altid være tilstrækkelige til at sikre, at beslutningen om at yde dødshjælp ikke er overilet.

9.5. Risikoen for udskridning til ikke-frivillig dødshjælp

Enhver ordning med adgang til frivillig lægelig dødshjælp må antages at ville være præget af manglende stabilitet. Det vil være vanskeligt at regulere, kontrollere og styre udviklingen. Der vil være en væsentlig risiko for, at den fører til anerkendelse og praktisering af ikke-frivillig dødshjælp og dermed udarter til noget, der indebærer særlig store risici for fejl og misbrug.

Anerkendelse af, at mennesker med uudholdelige lidelser har ret til afkortning af deres liv, gør det vanskeligt at forklare, hvorfor læger ikke skulle have ret eller pligt til at afkorte livet for patienter, som også må formodes at have uudholdelige lidelser, men som - på grund af vedvarende bevidstløshed eller anden inhabilitet - ikke er i stand til at udøve nogen selvbestemmelsesret.⁷⁶

Udskridningsrisikoen beror ikke mindst på, at begrundelsen for at yde dødshjælp i den ene eller den anden form ofte vil være det oplevede behov for at afhjælpe svære lidelser og ophæve en uværdig tilstand. Barmhjertighedsmotivet kan imidlertid lige så vel være bærende for anerkendelsen af drab uden som med samtykke. Hvis det er et gode at blive befriet for lidelser af en bestemt art og styrke, må dette i princippet gælde uafhængigt af vedkommendes egne tilkendegivelser. Patientens ytringer kan kun tillægges afgørende betydning i forbindelse med afklaringen af lidelsernes karakter og status i etisk og retlig henseende. Fra en overordnet betragtning bør beredvilligheden til at udøve barmhjertighed i almindelighed ikke afhænge af, om modtageren selv har bedt derom.⁷⁷ Den patient, som på grund af tilfældigheder og skæbnens ugunst ikke kan ytre sig, skal vel ikke stilles dårligere end den, der selv kan afgive den fornødne begæring?

Formodningen vil kunne blive, at patienten ville have samtykket, hvis muligheden derfor havde været til stede. Der åbnes således for, at lægen selv træffer valget på patientens vegne ud fra en hypotetisk indvilligelse, eller at man tillægger en tredje person beføjelse til at afgive stedfortrædende samtykke, alt med henblik på patientens eget bedste, men uden patientens reelle deltagelse.

En udskridning i retning af videregående praktisering af ikke-frivillig dødshjælp ville ikke nødvendigvis forudsætte en yderligere lovliggørelse. Læger ville helt forståeligt kunne opleve lovens grænse som vilkårlig og urimelig og ville have en stærk tilskyndelse til at handle i overensstemmelse med, hvad patienten måtte formodes at ville have ønsket.⁷⁸

Fra en amerikansk artikel kan hentes følgende - tænkte men klargørende - eksempel vedrørende behandlingen af en indsigelse fra sønnen til en mand, hvis liv var blevet afkortet ved lægelig aktiv dødshjælp. Patienten led af kræft, men var ikke i en terminal tilstand. Han havde på et tidspunkt sagt til sin familie, at hvis det skulle blive aktuelt, ønskede han ikke livsforlængende behandling, og at han endog ville foretrække at få sit liv afkortet. Mens canceren efterfølgende var i ro, fik patienten et slagtilfælde og var herefter ikke længere fornuftshabil. Hans læge gav ham nu en dødelig dosis medicin. Lægen blev tiltalt, men frifundet af en jury, som lagde afgørende vægt på, at dødshjælpen var udtryk for omsorg og respekt for selvbestemmelsen, selv om lovens formelle betingelser ikke var opfyldt.⁷⁹

Der kan ikke føres endegyldigt bevis for, at den nævnte udskridning i et eller andet omfang rent faktisk vil indtræffe. Der kan heller ikke føres noget afgørende modbevis.

Nogle går i debatten åbent ind for ikke-frivillig aktiv dødshjælp over for visse patienter, som på grund af sygdom eller mangelfuld udvikling ikke er i stand til at udøve nogen selvbestemmelsesret. Dette standpunkt kan være begrundet med, at der angiveligt ikke er nogen værdi ved et fortsat liv, fordi en sådan patient vedvarende vil savne evnen til bevidst kontakt med omgivelserne. Nogle mener, at sådanne væsener slet ikke har et liv i den betydning, i hvilken livet værdsættes (f.eks. den indflydelsesrige bioetiker Peter Singer).

Legalisering af aktiv dødshjælp på grundlag af en aktuel begæring fra en fornuftshabil patient ville med en vis sandsynlighed også føre til, at der efterfølgende opstod ønsker om at få forhåndsbeğæringer om aktiv dødshjælp på et tidspunkt ud i fremtiden tillagt gyldighed i lighed med livstestamenter vedrørende passiv dødshjælp. Der vil hos mange blive vakt et forståeligt ønske om at kunne afgive en forhåndserklæring for det tilfældes skyld, at man skulle have eller få en sygdom af en art, der typisk udvikler sig sådan, at patienten på et eller andet tidspunkt ikke længere kan betragtes som fornuftshabil, f.eks. Alzheimers syndrom.

Efter en lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville det også blive nærliggende at fremsætte ønske om at få slækket på kravet om en faktisk foreliggende begæring og i stedet bygge på en formodning om, at en sådan begæring ville være blevet fremsat, hvis den pågældende havde været i stand hertil. Det ville nemlig også for f.eks. personer med organisk betinget hjerneskade eller medfødte svære psykiske handicaps kunne gøres gældende, at sådanne individer har behov for og ret til lindring, selv om de ikke selv har evnen til at begære dødshjælp.

På mange måder tages der i vort samfund hensyn til ældres, handicappedes og svært syges særlige behov. Alligevel kommer sådanne grupper ofte til kort, når ressourcerne skal fordeles. Tilbøjeligheden til at betragte stærkt handicappede som mindreværdige har også i vor tid grobund i menneskesindet. Den relativisering af menneskeværdet, som en hel eller delvis opgivelse af eutanasisforbuddet uvægerligt vil indebære, vil kunne have en betænkelig indflydelse på sådanne tendenser. Hvis samfundet anerkender, at der kan opstilles målestokke for menneskeværd, vil vejen også være gjort mere fri for også at rydde andre modforestillinger til side, ændre disse målestokke og se bort fra det oprindelige samtykkekrav.

Samfundsøkonomisk har det stor betydning, at kun få mennesker nu om dage dør pludseligt og uventet, og at langt de fleste dør under behandlings- og plejekrævende omstændigheder. En væsentlig del af midlerne i de industrialiserede landes sundhedsvæsen anvendes til livsforlængende behandling af patienter, som kun overlever i kortere tid. Om end den danske sundhedssektors andel af bruttonationalproduktet er blandt de laveste i EU, er sundhedsvæsenets finansiering er en tung post på de offentlige budgetter, og der ikke er udsigt til politisk opbakning bag ønsker om mærkbart øgede budgetter.

9.6. Skred i holdninger og praksis

En lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil indebære ophævelse af et grundfæstet forbud, som i vor kulturtradition har absolut karakter på næsten alle områder, nemlig drabsforbuddet.

Loven og praksis på bestemte livsområder påvirker vore holdninger og værdier. Lovliggørelse og praktisering af aktiv dødshjælp ville være et signal om, at det enkelte menneskes liv ikke har absolut værd. Derved ville samfundets normgrundlag være ændret væsentligt. Det ville være legitimt at tildele det enkelte menneskes liv relativ værdi. Vor moralopfattelse ville blive en anden i en fundamental henseende. Det kan ikke udelukkes, at dette ville indebære en vis almindelig forrøelse i synet på mennesker, som på grund af alderdom eller svær sygdom er til byrde for andre. Hertil kommer, at der psykologisk set ville være et andet beredskab og en anden legitimitet med hensyn til diskussion af, hvor grænsen egentlig skal gå. Nu ville den jo ikke længere principielt være absolut, men tilfældig, elastisk og flytbar.⁸⁰

Det må antages, at der i praksis altid vil være et både etisk og retligt gråzoneområde med hensyn tillægelig dødshjælp. I visse tilfælde vil der blive udøvet dødshjælp, selv om dette er på kanten eller den forkerte side af loven. Placeringen af dette gråzoneområde er formentlig allerede blevet ændret med den tiltagende accept af forskellige former for passiv dødshjælp. Tidligere eksisterende modforestillinger er i en eller anden udstrækning nedbrudt. En lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville bidrage yderligere hertil, og virkningen måtte forventes at være noget andet og mere end blot en legalisering af aktiviteter, som allerede i et vist omfang udøves. Der er grund til at regne med, at en lovliggørelse også i både holdningsmæssig og praktisk forstand ville indebære, at man ophævede ét gråzoneområde, men skabte eller udvidede et nyt, hvor der kunne udøves lægelig dødshjælp. En sådan udvikling er i sig selv overordentlig betænkelig.

9.7. Undergravelse af lighedssynspunkter

Udøvelse af aktiv dødshjælp ville kunne forstærke tendenser i retning af - mere eller mindre ubevidst - at udøve forskelsbehandling i sundhedsvæsenet. Alt andet lige må det påregnes, at de svageste - herunder de gamle, de mest alene, de særligt sagtmødige, de meget svækkede - vil være mest udsat for opgiveness, fejl og misbrug. På samme måde som i uddannelsessystemet, på arbejdsmarkedet, på boligmarkedet og på andre samfundsområder er det i sundhedsvæsenet vanskeligt at opnå reel lighed i behandlingen af forskellige samfundsgrupper.⁸¹

Visse patientgrupper måtte påregnes at være særligt sårbare over for sundhedsfaglig opgiveness eller pression. Det ville gælde de stærkt og uhelbredeligt syge, herunder kræftpatienter og AIDS patienter i fremskredne sygdomsstadier. Det ville formentlig også gælde visse grupper af sindslidende og stofmisbrugere, hvoriblandt ikke mindst sidstnævnte gruppe allerede betragtes som en særlig byrde og ikke er synderlig velkomne nogen steder i hospitalssystemet. Særligt for sådanne grupper vil det kunne blive nærliggende at inkludere sig på lægelig dødsbistand som værende til patientens eget bedste.

10. Om nogle grundlæggende sondringer

10.1. Drab efter begæring - hjælp til selvmord

Traditionelt har man i princippet betragtet drab efter begæring med større strengthed end hjælp til selvmord. Forklaringen skal især søges deri, at der i sidstnævnte tilfælde forudsættes et højere aktivitetsniveau af den, der søger døden. Det må antages, at det alt andet lige er lettere at fuldføre et sådant forehavende og sværere at fortryde undervejs, når ikke man selv, men en anden skal foretage den afgørende handling.

Forskellige forslag er i visse andre lande blevet fremsat om lovliggørelse af hjælp til selvmord, medens forbuddet mod drab efter begæring opretholdes.⁸² Enkelte lande, bl.a. Sverige og Tyskland, har ikke nogen særregel om hjælp til selvmord, men her er sådanne handlinger i et vist omfang strafbare efter andre bestemmelser.

I det væsentlige gør de samme betæneligheder, som knytter sig til lovliggørelse af drab efter begæring, sig også gældende i forhold til lovliggørelse af hjælp til selvmord.

I praksis kan det i visse tilfælde ligefrem være vanskeligt at skelne handlinger, der teoretisk set udgør drab efter begæring hhv. hjælp til selvmord, fra hinanden. Dette var således tilfælde i en kendt svensk sag fra slutningen af 1970'erne, hvor en person lagde en dødelig dosis tabletter på tungen af en lammet person, som efter også at have fået indgivet væske i munden slugte tabletterne (Hedeby-sagen).⁸³

Hollandske erfaringer viser i øvrigt, at selv om lægelig hjælp til selvmord er lovlig, foretrækker både læger og patienter at lade lægen foretage den afgørende handling, dvs. drab efter begæring.⁸⁴

10.2. Fravalg af livsforlængende behandling - tilvalg af livsafkortende foranstaltninger

I henhold til lægeloven skal patientens fravalg af livsforlængende behandling altid respekteres i forbindelse med en aktuel sygdomssituation. En forhåndstilkendegivelse om noget sådant fra en nu inhabil patient skal respekteres, hvis døden er uafvendelig, og skal tillægges stor vægt, hvis den nu varigt inhabile patient er svært invalideret. Der lægges med andre ord afgørende vægt på patientens selvbestemmelsesret i disse sammenhænge.

Både fra en etisk og en retlig synsvinkel må individets selvbestemmelsesret i almindelighed tillægges afgørende vægt i forbindelse med lægelig behandling. Det er derfor med fuld føje, at der både herhjemme og internationalt tages udgangspunkt i kravet om information og samtykke. Hvis fornuftshabile patienters fravalg af behandling ikke skulle respekteres, ville dette indebære en beføjelse til at anvende magt - eller svig - for at gennemføre den behandling, som er lægeligt indiceret. En sådan almindeligt gældende ordning ville i et samfund som vort indebære en urimelig krænkelse af den enkeltes frihed og personlige integritet. Dette gælder ikke mindst, hvis behandlingen er stærkt belastende for patienten og kun med usikkerhed eller mindre sandsynlighed giver udsigt til bedring/overlevelse. Kun særlige tilfælde giver anledning til tvivl og debat, især ud fra forestillinger om, at de livsreddende foranstaltninger i disse tilfælde er i høj grad effektive, og at de pågældende patienter efterfølgende vil bifalde behandlingen (behandling af selvmordskandidater, blodtransfusion til Jehovas Vidner, mv.)

Den vidtgående anerkendelse af patientens selvbestemmelsesret og lægens beføjelser, når det gælder undladelse af at iværksætte eller fortsætte livsforlængende behandling, kan give en vis anledning til at

nære en række af de samme betæneligheder, som når et gælder bedømmelsen af konsekvenserne af en eventuel lovliggørelse af aktiv dødshjælp. I begge sammenhænge er der risiko for underbehandling. Imidlertid opvejer fordelene ved at kunne undlade at iværksætte hhv. afbryde forskellige former for livsforlængende behandling langt de dermed forbundne risici. I erkendelse af, at valget mellem tilvalg eller fravalg af livsforlængende behandling i meget høj grad beror på individuelle vurderinger og værdier, og at risikoen for fejl og misbrug er forholdsvis lille, at spørgsmålet har betydning for en meget stor gruppe af patienter, samt at udviklingen af metoder til livsforlængelse til dels har haft store omkostninger, er det rigtigt at tillægge patientens selvbestemmelse afgørende vægt i denne sammenhæng.

Også ønsket om at begå selvmord eller modtage dødshjælp beror i høj grad på individuelle vurderinger og værdier. Dette ønske næres imidlertid af en langt mindre gruppe patienter, og en imødekommelse af ønsket ville medføre langt videregående samfundsmæssige skadevirkninger, end når det drejer sig om adgangen til at afstå fra livsforlængende behandling. Betydningen og berettigelsen af at tildele det enkelte individ friheder og rettigheder må altid afvejes imod de samfundsmæssige konsekvenser, herunder den eventuelle skade, som andre individer udsættes for ved udøvelsen af disse friheder og rettigheder. Ud fra en sådan samfundsmæssig helhedsvurdering har selvbestemmelsesretten ikke samme vægt i forbindelse med spørgsmålet om tilvalg af aktiv dødshjælp, som den har ved spørgsmålet om fravalg af livsforlængende behandling.⁸⁵

10.3. Om retlig regulering af undtagelsestilfælde - etik/(straffe)ret

Den offentlige debat om sundhedspolitiske spørgsmål føres ofte ud fra enkelttilfælde, som af medierne præsenteres i dramatiserende iscenesættelse. Budskabet bag sådanne reportager om stærkt lidende mennesker er som regel det enkle, at når nu samfundet og lægerne *kan* afhjælpe lidelserne for de skildrede personer, så *bør* man også gøre dette. Sådant sættes dagsordenen gennemgående med hensyn til brug af nye lægelige teknikker som kunstig befrugtning, organtransplantation, genteknologi mv. Den samme form for offentlig meningsdannelse kan iagttages, når det gælder spørgsmålet om afgørelser ved livets afslutning.

Enkelttilfælde er imidlertid ikke altid egnede som udgangspunkt for en almen regeldannelse. Den medmenneskelige handling, som i det givne tilfælde er moralsk rigtig - eller i hvert fald moralsk forsvarlig - er ikke nødvendigvis et eksempel på, hvad der ud fra en overordnet samfundsmæssig bedømmelse skal være *normen*, men kan meget vel være præcis det modsatte, nemlig udtryk for en *undtagelse* fra en almen regel.

Mange nærer formentlig den opfattelse, at drab efter begæring/hjælp til selvmord i sjældne tilfælde er moralsk velbegrundede handlinger. Sådanne tilfælde kan til og med af nogle opfattes som ikke alene forenelige med, men ligefrem et udslag af lægegerningen. Som følge af lægens forpligtelser over for patienten kan civil ulydighed - og deraf følgende retlig lempelighed - således være berettiget i helt ekstraordinære tilfælde. Dette berettiger dog ikke uden videre til almene lempelser i de lovregler og moralregler, der værner om livets ukrænkelighed.

En positiv indstilling til dødshjælp i visse individuelle tilfælde betyder ikke, at man mener, at dødshjælp skal legaliseres. Spørgsmålet herom er et juridisk problem, som der kan findes mange andre aspekter ved end rent etiske. (Göran Hermerén, *Eutanasi - en debattskrift*, side 95.)

Selv om det i enkeltstående tilfælde måske kan være moralsk rigtigt at udøve aktiv dødshjælp, kan man ikke udforme lovregler og retningslinier, som lige præcis indfanger de afgørende momenter i sådanne sager. Hvis man på strikte betingelser tillader meget omhyggelige og samvittighedsfulde læger at udøve dødshjælp, giver man samtidig mindre omhyggelige og samvittighedsfulde læger samme beføjelse.

De principper, der er afgørende for, at det enkelte individs dispositioner i et konkret tilfælde bedømmes som etisk rigtige, er ikke nødvendigvis et godt grundlag for udformningen af en almen regel eller praksis. Forekomsten af enkeltstående tilfælde, hvor det - undtagelsesvis - er etisk acceptabelt at deltage i afkortning af et andet menneskes liv, indebærer ikke nødvendigvis, at sådanne handlinger skal lovliggøres. En lovliggørelse kan have så negative virkninger, at en samlet bedømmelse må falde ud til

ugunst herfor. Gradbøjningen af menneskelivets værdi, risikoen for udskridning, tvetydigførelsen af lægerollen, det øgede pres på patienter med svækket modstandskraft, er væsentlige faktorer, som må vejes op i forhold til den belastning, der vil være forbundet med at ifalde (straffe)retligt ansvar i tilfælde, hvor der opleves et behov for ansvarsfrihed. I denne afvejning må det tages i betragtning, at 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 opretholder den størst mulige sikkerhed mod fejl og misbrug i et større perspektiv.

Selv for den samvittighedsfulde og omhyggelige læge vil risikoen for at få en straffesag på halsen dog være yderst minimal på grund af en række omstændigheder, herunder bl.a. fordi sådanne sager bevismæssigt vil stå svagt, ikke mindst vedrørende det fornødne forsæt. Den eneste sag, som herhjemme har ført til tiltalerejsning for (ikke-frivillig) aktiv dødshjælp, endte med frifindelse i et nævningeting. Også i andre lande er straffesager vedrørende eutanasi ekstremt sjældne - bortset fra netop Holland, hvor grænserne for det lovlige prøves af med en række tiltalerejsninger.

Selv om der stort set aldrig rejses tiltale mod læger for drab efter begæring/hjælp til selvmord, og selv om det måtte antages, at sådanne handlinger forekommer i et eller andet omfang, kan man ikke deraf udlede, at det eksisterende forbud er uden betydning og lige så godt kunne ophæves. Forbuddet bevirker utvivlsomt en udtalt og ønskelig tilbageholdenhed hos læger med at inklude 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. Den ulovlige aftale, som lægen i så fald indgår med patienten, er i sagens natur af helt privat karakter, hvilket indebærer, at lægen ikke kan hente legitimation for sin handling i andet end sin personlige overbevisning.

Selv om man har den opfattelse, at det under ganske særlige omstændigheder kan være moralsk rigtigt at yde lægelig hjælp til selvmord eller foretage drab efter begæring, kan man udmærket samtidig mene, at loven bør opretholde et generelt forbud mod sådane handlinger, idet en lovliggørelse ville indebære væsentlig risiko for samfundsmæssige skadevirkninger, som er uforholdsmæssige i forhold til de fordele, man kan opnå derved. Der kan ikke opstilles generelle retningslinier. Etisk berettigede barmhjertighedsgerninger må fortsat være strafsanktionerede, og den etiske bedømmelse er lægens individuelle. Det er beklageligt men nødvendigt at godtage omkostningerne ved opretholdelse af et alment forbud, til trods for, at det ikke kan udelukkes, at det i ganske særlige tilfælde må anerkendes som moralsk forsvarligt at overtræde det. 86

Ganske vist er det muligt at skitsere - og i enkelte tilfælde måske ligefrem dokumentere - tilfælde, hvor alle tænkelige betingelser er opfyldt. Patienten er utvivlsomt habil; vedkommende er blevet undersøgt og behandlet for eventuel depression; adækvat smertebehandling er iværksat; muligheden for bedring af sygdommen er udelukket; de pårørende og lægen er til fulde støttende og har entydigt patientens interesser for øje. I virkelighedens verden er tingene sjældent så enkle og utvetydige. Med de til rådighed stående ressourcer - menneskeligt og samfundsmæssigt - vil det imidlertid ikke med selv nok så målrettet styring være muligt at undgå fejl, misbrug og deraf afledt ængstelse. Kontruktionen af idealtilfælde til brug for den offentlige debat rækker ikke ved fastlæggelsen af en overordnet samfundsmæssig policy, som kræver, at der tages højde for hverdagens realiteter i sundhedsvæsenet.

11. Det Etske Råds flertals konklusion

Spørgsmålet om lovliggørelse af aktiv dødshjælp er kompliceret og vanskeligt. En lovliggørelse ville utvivlsomt være en imødekommelse af nogles ønske om selvbestemmelsesret også på dette område, men ville indebære en indskrænkning af andres faktiske selvbestemmelse ved at åbne op for pression mod skrøbelige personer i udsatte positioner. Lovliggørelse ville utvivlsomt også kunne være et gode med henblik på visse tilfælde, hvor patienten gennemgår stærk og langvarig lidelse; at disse tilfælde er

få eller ligefrem sjældne, ændrer ikke i sig selv ved dette forhold.

Det må imidlertid lægges til grund, at de positive sider af en ordning med adgang til aktiv dødshjælp langt overskygges af de med en lovliggørelse forbundne negative konsekvenser for samfundet og den enkelte, herunder ikke mindst gradbøjningen af menneskelivets værdi, risikoen for udskridning, tvetydigførelsen af lægerollen og det øgede pres på gamle og svært syge patienter. Hverken hensynet til den enkeltes selvbestemmelsesret, hensynet til at afhjælpe menneskelig lidelse eller andre overordnede etiske principper tilsiger med tilstrækkelig styrke en lovliggørelse af aktiv dødshjælp.

Der må lægges særlig vægt på det forhold, at enhver form for lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville være ensbetydende med at tillægge læger skønsbetonede magtbeføjelser, som det ikke ville være muligt at undergive den fornødne kontrol. Læger ville skulle udøve overordentlig vanskelige skøn vedrørende alvorligt syge patienters tilstand, kundskaber og ønsker. Patienterne ville være meget afhængige af lægers anbefalinger og ville også på dette område ofte være tilbøjelige til at følge disse.

I diskussionen om lovliggørelse af aktiv dødshjælp må der særligt gøres opmærksom på, at næsten alle patienters behov for smertebehandling, psykosocial støtte samt pleje og omsorg kan imødekommes i rimelig grad. Det er overordentlig bekymrende, at en sådan indsats ikke altid foretages, hvor det er muligt, hvilket der bør sættes de fornødne ressourcer ind for at få ændret på. Det er skræmmende, at der er tilfælde, hvor selv den optimale indsats ikke kan afhjælpe stærk smerte eller anden overvældende lidelse. Med tanke på disse tilfælde må det erkendes, at opretholdelse af forbuddet mod aktiv dødshjælp har sin pris. En lovliggørelse af aktiv dødshjælp for at hjælpe disse patienter ville imidlertid indebære alvorlige og uacceptable risici for mange andre patienter.

Aktiv dødshjælp bør ikke anerkendes som en almen foranstaltning til afhjælpning af menneskelig lidelse. Dødbringende tabletter eller indsprøjtninger er en overforenklet løsning på et sammensat problemkompleks, som fordrer kundskab, menneskeligt overskud, ressourcer og omsorg.

Fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp gør gældende, at en sådan ordning ikke alene vil være til gavn for de - formentlig forholdsvis få - patienter, som ville benytte sig af muligheden, men også for en - antagelig ret stor - gruppe af patienter, som ville kunne opnå en vigtig tryghed i kraft af bevidstheden om at kunne kontrollere situationen, hvis valget af dødshjælp skulle blive aktuelt. Det kan da heller ikke udelukkes, at lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville kunne få en sådan tryghedsskabende virkning. Det må imidlertid fremhæves, at ønsket om at opnå denne form for kontrol efter alt at dømmes er mest udtalt blandt mennesker, som ikke selv er i en nødsituation. De foreliggende undersøgelser viser, at meget få alvorligt og uhelbredeligt syge ønsker at begå selvmord. Vedholdende ønsker herom forekommer først og fremmest blandt patienter, som lider af alvorlige depressioner, som der findes behandling for.

Det må yderligere tages i betragtning, at den eksisterende lovgivning hjemler den nødvendige anvendelse af lindrende midler også i tilfælde af, at døden derved kan fremskyndes. I den forbindelse skal der tillægges patientens eventuelle egne ønsker betydelig vægt. Særligt sagkyndige har oplyst, at denne mulighed kun sjældent har praktisk betydning. Også i sådanne sjældne tilfælde kan læger og patienter imidlertid lovligt kontrollere dødsprocessen meget langt. På den baggrund kan argumentet vedrørende aktiv dødshjælp som tryghedsskabende mekanisme kun tillægges mindre betydning.

Lovliggørelse af aktiv dødshjælp er ikke det eneste svar på de forskellige svagheder, der måtte være ved den nuværende praksis. De mange væsentlige betæneligheder ved en lovliggørelse tilsiger, at man snarere værner sig mod, at svært syge patienter nærer unødigt angstelse over for dødsprocessen ved at sikre efterlevelse af intentionerne bag de gældende regler, således at så vidt muligt alle svært syge patienter modtager fornøden smertelindring, information, støtte, omsorg og pleje. Udviklingen med hensyn til at yde døende patienter lindring, omsorg og støtte i bredere forstand er stadig undervejs, og mulighederne for yderligere at fremme patienternes interesser på disse områder er formentlig langt fra udtømt.

12. Det Etske Råds flertals

anbefalinger vedrørende spørgsmålet om dødshjælp

1) Aktiv dødshjælp bør ikke lovliggøres

Det Etske Råds flertal anbefaler, at det gældende almene forbud mod aktiv dødshjælp opretholdes, således at forbuddet fremover stadig omfatter lægelig drab efter begæring/hjælp til selvmord. Rådet anerkender, at en adgang til aktiv dødshjælp ville kunne være en fordel for ganske enkelte patienter med vedvarende svære lidelser. Flertallet lægger imidlertid til grund, at skadevirkningerne for andre mennesker, herunder ikke mindst andre patienter, kan være særdeles betydelige ved en lovliggørelse. De med en lovliggørelse forbundne negative konsekvenser for samfundet og den enkelte omfatter især gradbøjningen af menneskelivets værdi, risikoen for udskridning til ikke-frivillig dødshjælp, tvetydigførelsen af lægerollen og det øgede pres på gamle og svært syge patienter. Disse spørgsmål er nærmere drøftet i redegørelsens *Del III*, som afsluttes med flertallets konklusion i *kapitel 11*.

2) Fravælgelse af livsforlængende behandling - lindring af døendes lidelser

Rådets flertal lægger i sin bedømmelse af spørgsmålet om eventuel lovliggørelse af aktiv dødshjælp meget stor vægt på to forhold. For det første er der efter gældende regler og praksis en vidtgående adgang til at fravælge enhver form for behandling, herunder også at give afkald på livsforlængende behandling. Uafvendeligt døende patienters ønske herom skal ifølge lovgivningen altid respekteres, også i tilfælde af at et sådant ønske er fremsat forud for den aktuelle sygdomssituation i et livstestamente. For det andet skal det fremhæves, at der i de senere år er udviklet meget effektive metoder til smertelindring, ligesom tilrettelæggelsen af den øvrige indsats i forbindelse med livets afslutning i disse år er genstand for stor opmærksomhed.

3) Faglige standarder og retningslinier for omsorg ved livets afslutning

Det Etske Råds flertal finder det påkrævet, at sundhedsmyndigheder og sundhedsfaglige organisationer fortsætter udviklingen af faglige standarder og retningslinier vedrørende god smertebehandling samt anden lindrende og støttende virksomhed i forbindelse med livets afslutning. Med adækvat smertebehandling, psykosocial hjælp samt fornøden pleje og omsorg i øvrigt kan næsten alle alvorligt og uhelbredeligt syge patienters behov imødekommes i rimelig grad. Det er overordentlig bekymrende, at en sådan indsats ikke altid foretages, hvor det er muligt, hvilket der bør sættes de fornødne ressourcer ind for at få ændret på.

4) Morfindrop og livsafkortning

Rådet tilslutter sig i øvrigt de overvejelser, som ligger til grund for lægelovens regler om, at i en situation, hvor en patient er uafvendeligt døende, kan lægen indgive de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet. Flertallet finder det ønskeligt, at de ansvarlige sundhedsmyndigheder viderefører bestræbelserne på at vejlede om forståelsen af disse reglers rækkevidde og fører fornødent tilsyn med praksis, herunder ved at foretage eller fremme systematiske undersøgelser af praktikker og medarbejderholdninger. Flertallet finder den sammenhæng anledning til at udtrykke bekymring over fremkomsten af oplysninger, som indebærer, at praksis er uensartet, og at anvendelsen af morfindrop på enkelte afdelinger tilsyneladende ikke altid administreres i overensstemmelse med lovens intentioner. Det er endvidere rådets flertals opfattelse, at anvendelse af såkaldte sløvedrop kun bør foregå med den yderste tilbageholdenhed i meget sjældne tilfælde, hvor anden smertebehandling er åbenbart utilstrækkelig.

5) Uddannelse, forskning og udvikling

Rådets flertal betragter den øgede opmærksomhed omkring vigtigheden af støtte, omsorg og pleje ved livets afslutning som meget væsentlig. Flertallet skal anbefale sundhedsmyndigheder og sundhedsfaglige organisationer at satse i videre omfang end hidtil på uddannelse, forskning og udvikling inden for dette område. Der skal i den forbindelse særligt peges på vigtigheden af at indrette sundhedsvæsenet således, at der sikres døende mennesker god tværfaglig omsorg i trygge og normaliserede omgivelser med gode muligheder for kontakt til pårørende.

6) Behandling af depression og kriser

Rådets flertal finder det af særlig betydning, at ansvarlige instanser sikrer, at der i sundhedsvæsenet findes et godt beredskab til afklaring af, om svært syge patienter lider af behandlingskrævende depressioner, som uden fornøden fagkundskab kan være vanskelige at skelne fra andre symptomer. Flertallet ønsker yderligere at tilskynde til, at der hos sundhedspersonalet udvikles et beredskab til at hjælpe patienter igennem personlige kriser, således at overvejelser om selvmord og begæring om aktiv dødshjælp bedst muligt imødegås ved en indsats af støtte, omsorg og andre lindrende foranstaltninger.

7) Information og selvbestemmelse med hensyn til omsorg ved livets afslutning

Rådets flertal ønsker tillige at pege på vigtigheden af at sikre, at såvel patienter og pårørende som den brede offentlighed modtager såvel generel som individuel oplysning om de mange muligheder for støtte, omsorg og pleje, som står til rådighed. Et højt informationsniveau på dette område er en nødvendig forudsætning for, at patienten og de pårørende får den størst mulige grad af reel selvbestemmelse med hensyn til behandling og pleje. Det er flertallets opfattelse, at den videst mulige udøvelse af en sådan selvbestemmelsesret er af afgørende betydning for, at den enkelte patient oplever at få den bedst tænkelige støtte fra omgivelserne ved livets afslutning. Selvbestemmelsesretten bør dog fortsat begrænses af, at adgangen til lægelig dødshjælp afvises.

DEL V

DET ETISKE RÅDS MINDRETALS ANBEFALINGER

VEDRØRENDE LOVLIGGØRELSE AF AKTIV DØDSHJÆLP

13. Mindretallets Udtalelse

Et mindretal af Det Ethiske Råd bestående af Jørgen Husted kan ikke støtte flertallets anbefaling af opretholdelsen af forbuddet mod aktiv dødshjælp. Mindretallet anbefaler, at forbuddet tages op til overvejelse med den mulighed for øje, at der gennemføres en afkriminalisering af visse snævert afgrænsede former for lægelig aktiv dødshjælp.

13.1. Indledning

13.1.1. Uenighedens art

Uenigheden de to parter imellem er med sin særlige karakter bestemmende for det følgende. Parterne deler udgangspunkt i alle væsentlige henseender. I særdeleshed gælder dette to springende punkter. Ifølge det første anerkendes, at aktiv dødshjælp i visse tilfælde kan være en etisk forsvarlig ja måske ligefrem etisk påkrævet, handling at udføre for lægen. Efter det andet skal forslag om afkriminalisering af aktiv dødshjælp helt afgørende bedømmes ud fra de forventelige skadevirkninger af en sådan lovændring. Uenigheden drejer sig næsten udelukkende om vurderingen af det sidste punkt.

Diskussionen er således af en anden type end den, man bl.a. kan påtræffe vedrørende fri abort. Her kunne den ene part gå ind for fri abort for derved at udbrede området for anerkendelsen af den enkeltes selvbestemmelsesret, den anden part gå imod for at værne tanken om det menneskelige livs ukrænkelighed. De to parter skulle så udfolde deres respektive positioner og begrunde, hvorfor den

pågældende værdi skal sættes i højsædet. En læser kunne så søge at finde sine egne ben i forhold til den opstilling. Her ligger landet anderledes. Hvis en handling er etisk forsvarlig eller ligefrem etisk uomgængelig, synes det oplagt, at den alt andet lige ikke skal være strafbar. Loven må ikke gøre det forkert at gøre det rigtige. Givet den grundlæggende enighed mellem de to parter, påhviler det således flertallet at vise, hvordan alt andet ikke er lige, sådan at de pågældende i sig selv etisk rigtige handlinger alligevel skal være strafbare.

Flertallet påtager sig at løfte denne byrde. Det fremfører en lang række argumenter for at godtgøre påstanden om de forventelige skadevirkninger og disses uacceptable karakter. Flertallet finder sin egen argumentation overvældende og henter deri belæg for den konkluderende anbefaling.

For så vidt rummer argumentationen intet nyt. Alle dens overskrifter er gamle kendinge fra kronikker, debatindlæg mv. Imidlertid er det flertallets store fortjeneste, at det har formået at samle, præcisere og uddybe alle de gængse indvendinger mod afkriminalisering i en omfattende struktur, som ikke har set sin lige i den danske debat. Således kan det siges, at flertallets udførlige fremstilling viser, hvordan sagen imod aktiv dødshjælp for tiden står i Danmark.

Som det vil fremgå af det følgende, anser mindretallet denne argumentation for langt fra overbevisende. Og den bedømmelse skyldes vel at mærke ikke et forskelligt udgangspunkt eller ståsted, men en undersøgelse af argumentationen og dens forudsætninger. Hele uenigheden handler om, hvorvidt flertallets påstand om skadevirkninger står til troende, dvs. hvorvidt dets gode grunde for den nu også er gode nok. Mindretallets alternative anbefaling hviler dermed på den opfattelse, at modstanderne af afkriminalisering ikke formår at vise, hvorfor i dette tilfælde etisk rigtige eller uomgængelige handlinger skal være strafbare og forhindres i at finde sted.

13.1.2. En forskel i perspektiv

En del af det fælles udgangspunkt er som nævnt anerkendelsen af, at der forekommer tilfælde, hvor lægens udøvelse af aktiv dødshjælp uden tvivl er til fordel for det dødssyge menneske (side 14). I sådanne tilfælde er passiv dødshjælp ingen farbar vej, idet der ingen igangværende livsopretholdende behandling er at afbryde, ej heller nogen, hvis undladelse vil udfri mennesket af elendigheden. I sådanne tilfælde er forbedret smertebehandling heller ingen løsning. Enten er problemet et andet end smerter (f.eks. omfattende forrådnelse), eller tilfældet er af den slags, hvor selv optimal smertebehandling ikke slår til (side 109). Der er kun to muligheder: at gribe ind og gøre ende på lidelsen (og dermed gavne patienten) eller lade forløbet gå sin gang til den bitre ende (og dermed undlade at gavne, ja måske ligefrem skade dette menneske).

Flertallet afviser, at dette udgangspunkt taler for afkriminalisering. Som begrundelse anfører det i sin konklusion to overvejelser, hvoraf den ene slår på to forhold:

Rådets flertal lægger i sin bedømmelse af spørgsmålet om eventuel lovliggørelse af aktiv dødshjælp meget stor vægt på to forhold. For det første er der efter gældende regler og praksis en vidtgående adgang til at fravælge enhver form for behandling, herunder også at give afkald på livsforlængende behandling. Uafvendeligt døende patienters ønske herom skal efter loven altid respekteres, også i tilfælde af, at et sådant ønske er fremsat forud for den aktuelle sygdomssituation i et livstestamente. For det andet skal det fremhæves, at der i de senere år er udviklet meget effektive metoder til smertelindring, ligesom tilrettelæggelsen af den øvrige indsats i forbindelse med livets afslutning i disse år er genstand for stor opmærksomhed." (side 159-160).

Som det fremgår af udgangspunktet, har de to nævnte forhold, hvorpå Det Etske Råds flertal lægger megen vægt, intet med sagen at gøre. Forholdene går på situationer, hvor der er alternativer af den ene eller anden slags (passiv dødshjælp/ forbedret smertelindring). Hvor der findes sådanne fremkommelige og lovlige alternativer, kommer aktiv dødshjælp i udgangspunktets forstand slet ikke på tale. Forslag om afkriminalisering drejer sig alene om de tilfælde, hvor det af en eller anden grund nu engang er endt med, at der ingen rimelige alternativer er.

Den anden af flertallets overvejelser er denne:

Rådet anerkender, at en adgang til aktiv dødshjælp ville kunne være en fordel for ganske enkelte patienter med vedvarende svære lidelser. Flertallet lægger imidlertid til grund, at skadevirkningerne for andre mennesker, herunder ikke mindst andre patienter, kan være særdeles betydelige ved en lovliggørelse." (side 159).

Med andre ord synes Det Ethiske Råds flertal at anse opgaven for den at afveje fordelene for nogle få mod skaden for de mange. Såfremt det sidste opvejer det første, er sagen dermed afgjort.

Mindretallet er uenig i den opfattelse af opgaven. Grundlæggende for dansk demokratisk tradition er tanken om menneskers ligeværd. Enhver er vigtig og lige så vigtig som enhver anden. Med sine institutioner, love mv. skal fællesskabet leve op til at tage hvert enkelt menneske alvorligt, vise det respekt og omsorg som et individ i egen ret. Således er der grænser for, hvordan de mange kan behandle de få - og dermed sikre sig selv en fordel eller undgå en ulempe på disses bekostning. Det er velkendt, at i mange væsentlige henseender (her kan f.eks. tænkes på ytringsfriheden) må flertallet tage en omkostning på sig for at sikre de færre en anstændig behandling. Med Poul Henningsens ord:

Demokratiets frihed for individet er en begrænset og betinget frihed, som både pålægger samfundet og menneskene ubrydelige forpligtelser: nemlig til ikke at skade andres berettigede interesser. Den har således intet med tøjlesløshed at gøre. Demokratiets frihed betyder respekten for individets selvstændighed."

Set i det perspektiv er opgaven ikke den at veje fordelene for de få op mod skaden for de mange. Tværtimod bør man tænke om mennesker som hver især selvstændige individer, som mål i sig selv, og ikke som posteringer i et stort regnskab, hvor et plus hos den ene opvejer et minus hos den anden. Den drejer sig om at vise skyldig hensyntagen til den enkeltes berettigede interesser". Berører spørgsmålet om aktiv dødshjælp blot en almindelig interessekonflikt, eller er der for en del mennesker her noget langt mere dybtgående på spil, måske en del af selve meningen med deres liv? Og hvis spørgsmålet vedgår nogle menneskers berettigede interesse", har samfundet en ubrydelig forpligtelse til at tage dette alvorligt og anstrenge sig for så vidt som overhovedet muligt at imødekomme disse mennesker. Da er en henvisning til de angivelige skadevirkninger på de mange ikke nok til at afgøre sagen. Snarere viser den henvisning måske blot, at fællesskabet her har en opgave i at forebygge, afbøde og formindske sådanne eventuelle skadevirkninger.

Her kan knyttes an til Folketingets vedtagelse, i maj 1992, af den ændring af lægeloven, som lovfæstede livstestamentet. Fra forskellig side, bl.a. lægeforeningen og et stort flertal i Det Ethiske Råd, havde man frarådet sådan lovændring med den begrundelse, at imødekommelse af nogle menneskers ønsker om at kunne oprette et lovfæstet livstestamente ville medføre skadevirkninger for de mange og helheden. Et stort flertal vedtog ikke desto mindre ændringen, og af ordførerindlæggene fremgår flertallets forpligtelse på så vidt som overhovedet muligt at imødekomme borgerne i den slags væsentlige, dybt personlige anliggender.

Denne forskel i perspektiv har naturligvis stor betydning for, hvilke krav man vil stille til skadevirkningsargumenter for at tillægge dem afgørende vægt. Alligevel vil det vise sig, at mindretallets utilfredshed med flertallets argumenter ikke afhænger af perspektivforskellen.

13.2. Forudsætninger

13.2.1. Drab efter begæring?

Ud over at anerkende, at aktiv dødshjælp i sjældne tilfælde er bedst for det pågældende menneske, fastslår flertallet tillige, at lægen i disse tilfælde må siges at handle moralsk forsvarligt:

Det er beklageligt men nødvendigt at godtage omkostningerne ved opretholdelse af et alment forbud, til trods for, at det ikke kan udelukkes, at det i ganske særlige tilfælde må anerkendes som moralsk forsvarligt at overtræde det." (side 152).

Nu siger det sig selv, at hvis en handling som udført i en konkret situation er etisk forsvarlig eller rigtig, har den sin status som sådan i kraft af visse træk ved den pågældende situation. Den samme handling vil være etisk forsvarlig i enhver anden situation med nøjagtig de samme træk. Spørgsmålet

er så, hvad det er for træk eller almene betingelser, der kan gå igen fra situation til situation, og som hver gang gør handlingen moralsk forsvarlig.

Ved opstillingen af disse betingelser er der naturligvis stort spillerum for uenighed. Imidlertid er også her flertal og mindretal ganske af samme mening. Blandt de vigtigste kan nævnes:

- patienten lider af en sygdom, der uafvendeligt vil føre til døden inden for en kort periode;
- patienten befinder sig i en tilstand af udsigtsløs og uudholdelig lidelse;
- patienten er undersøgt og behandlet for eventuel depression;
- bedst mulig smertebehandling er iværksat;
- lægen har ingen for patienten acceptable muligheder for bedring af situationen;
- patienten er bevidsthedsklar og beslutningsdygtig;
- læge og patient har over en længere periode gentagne gange grundigt gennemdrøftet den mulige udvikling og de mulige handlinger;
- patienten har af egen drift bragt spørgsmålet om aktiv dødshjælp på bane;
- Med hensyn til den nu opståede situation har patienten gentagne gange fremsat en velovervejet, veloplyst, fri og oprigtigt ment begæring om aktiv dødshjælp;
- patienten genfremsætter nu den samme kvalificerede begæring med fuld forståelse af situationens alvor.

Hvis lægen uden forbehold kan indestå for, at disse betingelser er opfyldt; hvis lægen klart erkender, at patientens stillingtagen er rigtig for dette menneske, og hvis lægen med sin samvittighed kan leve med at udføre denne handling til sin patients bedste (ja, måske kan lægen ikke leve med andet), så er den aktive dødshjælp etisk forsvarlig.

Når det fælles udgangspunkt her fører til uenighed, skyldes dette ikke kun den forskellige vurdering af skadevirkningspunktet. Forskellen går ikke mindst på udlægningen af udgangspunktet.

For mindretallet er det klart, at en afkriminalisering af den skitserede form for etisk forsvarlig aktiv dødshjælp ingenlunde indebærer, at nogen patient har ret til at få indgrebet udført, eller at nogen læge har pligt til at udføre det.

Når flertallet konsekvent taler om aktiv dødshjælp/drab *efter begæring*, vækker dette mindelser om abort *efter begæring* (dvs. fri abort"). I det sidste tilfælde har den gravide kvinde ret til indgrebet (i Danmark tilmed krav på vederlagsfri udførelse), og har visse læger pligt til at udføre det (nemlig hvis de har påtaget sig en bestemt stilling), ligesom det offentlige har påtaget sig pligt til at indrette indgrebet som en ydelse i sundhedsvæsenet. Kvinden bærer det fulde ansvar for afgørelsen, og lægen har kun ansvar for information og faglig korrekt udførelse. Abort efter begæring åbner en valgmulighed for den gravide kvinde. Hun kan vælge det til eller fra, definitionen af situationen såvel som dens endelige afgørelse er suverænt hendes. Hvis blot hun fremsætter begæring om indgrebet, og det kan udføres fagligt korrekt, er sagen afgjort. I den opståede situation bestemmer kvinden selv, hvad der skal ske, og der er ingen bindinger på hendes bestemmelsesmulighed.

Med en afkriminalisering af etisk forsvarlig aktiv dødshjælp vil det forholde sig helt anderledes. Her har lægen det fulde ansvar for handlingen. Afgørelsen er ene og alene lægens. Dertil kommer, at der for hverken læge eller patient er tale om noget tilvalg, nogen valgmulighed. Enten er de nævnte betingelser opfyldt, eller de er det ikke. Overhovedet ingen af disse betingelser bliver opfyldt, blot fordi den ene eller anden vil det eller vælger det. Ingen kan opfyldes ved viljesakter. Selvfølgelig kan en patient af den ene eller anden grund bestemme sig til at kalde sin situation for udsigtsløs og uudholdelig lidelse", og selvfølgelig kan en patient hovedkulds bestemme sig for at bede om aktiv

dødshjælp: selve disse beslutninger ændrer dog ikke ved situationen, og ingen af dem indebærer, at de relevante betingelser opfyldes. En patient kan ikke vælge at have gennemdrøftet sin situation med lægen gennem længere tid. En patient kan ikke vælge gentagne gange at have fremsat en velovervejet, veloplyst fri og oprigtigt ment anmodning om aktiv dødshjælp. En patient kan ikke bare vælge, at alle lægens hjælpemuligheder er udtømt. En patient kan ikke vælge, at lægen efter omhyggelig og samvittighedsfuld overvejelse anser patientens stillingtagen for den eneste rigtige og klart til patientens bedste. Lige så lidt kan en læge tilvælge noget af dette, og lige så lidt kan lægen vælge at anse patientens stillingtagen for kvalificeret på den krævede vis.

Den slags afgørelser, der her er tale om for både patientens og lægens vedkommende har grundlæggende karakter af *erkendelser*. Ad vanskelige og byrdefulde veje skal de begge for eget vedkommende nå frem til en velbegrundet indsigt, de fuldt kan indestå for: Dette er det bedste og det rigtige!".

Noget lignede gælder i andre af livets forhold, hvis mennesker tager sig selv og andre alvorligt. Selvfølgelig kan folk vælge at gifte sig, skille sig, kløve en søskendeflok, få selektiv abort på et foster med mongolisme, begå selvmord, ofre sig for andre, forlade andre, lægge sit liv om, blive organdonor, fravælge en gavnlig behandling, afbryde en udsigtsløs behandling, sætte en gammel forælder på plejehjem, oprette et livstestamente mv. af ren vilkårlighed eller med helt frivole grunde. Men hvor mennesker tager tingene alvorligt og anstrenger sig, kan der bag de samme valg ligge erkendelse og vished - Dette er det rigtige" (Jævnfør Martin Luthers: Her står jeg. Jeg kan ikke andet."). Og ofte kan den ene ved at sætte sig i den andens sted, indleve sig, stille spørgsmål og lytte nå frem til at kunne sige: Ja, jeg giver dig ret. Sådan må det være."

Det er den slags situationer, der er på tale i spørgsmålet om afkriminalisering af etisk forsvarlig aktiv dødshjælp. Hvor man i mange af de ovennævnte tilfælde giver folk et valg og ansvar i håbet om, at de vil forvalte det ansvarligt og seriøst, er selve ideen her, at for at dødshjælpen kan være etisk forsvarlig, må der direkte kræves (og kunne dokumenteres) en meget høj grad af ansvarlighed og seriøsitet.

Punktet om den dødssyges kvalificerede begæring er en blandt andre nødvendige betingelser, aldrig en tilstrækkelig betingelse: ansvaret er lægens, og patienten bestemmer ikke over lægen. Punktet om den kvalificerede begæring er altafgørende for, at det kan komme til at stå som en klar erkendelse mellem de to parter, hvad der er det rigtige og det bedste for patienten. I sådanne spørgsmål kan lægen ikke skønne om patientens bedste uden et nært kendskab til dennes inderste tanker, livsværdier og forhåbninger. Og uden et engageret menneskeligt modspil fra lægen kan patienten ikke forstå og forholde sig til sin situation, dens muligheder og mangel på samme.

Dette punkt om den dødssyges kvalificerede begæring udlægger flertallet nu på sin egen måde. Efter mindretallets opfattelse er denne udlægning i strid med ovenstående afklaring og således ikke dækkende for sagens kerne. Som det vil vise sig, har forskellen i udlægning stor betydning for den endelige stillingtagen. Flertallets specielle udlægning udgør nemlig forudsætningen for såvel dets kritik af argumentationen for afkriminalisering som for dets argumentation mod afkriminalisering (skadevirkningspunktet). For flertallet synes det grundlæggende spørgsmål at være om fornuftshabile personer bør (..) have en ret til at træffe væsentlige afgørelser vedrørende deres liv og død, og (om) de bør have en juridisk billigelse af denne ret til at udøve selvbestemmelse" i overensstemmelse med deres individuelle værdiopfattelse." (Side 84).

På de følgende sider belyses denne udpegning af det grundlæggende spørgsmål ved hjælp af forskellige tilgange til selvbestemmelse og retten dertil. Skønt udpegningen derved modificeres noget, farer flertallet fort med sin specielle udlægning som det fremherskende. Bl.a. hedder det:

Lovliggørelse ville skabe en risiko for, at skrøbelige individer udsættes for - faktisk eller oplevede - tilskyndelser til at vælge døden. Fortsat at være i live ville ikke længere være noget givet, men noget, der er på valg." (Side 132).

En samfundsmæssig anerkendelse af denne valgmulighed ville i sig selv være befordrende for såvel den enkelte som omgivelsernes tilskyndelse til at opleve opretholdelsen af livet som værende af underordnet betydning i forhold til andre hensyn."(Side 132).

En adgang til at vælge døden med andres bistand vil kunne fjerne eller mindske tilskyndelsen til at understøtte patientens lyst til at leve." (Side 134).

Aktiv dødshjælp kan opfattes som den endegyldige tekniske løsning på brutaliteten ved livets afslutning, a quick fix": If you cannot cure me, kill me!" (Side 136).

Anerkendelse af, at mennesker med uudholdelige lidelser har ret til afkortning af deres liv, gør det vanskeligt at forklare, hvorfor læger ikke skulle have ret eller pligt til at afkorte livet for patienter, som også må formodes at have uudholdelige lidelser, men som - på grund af vedvarende bevidstløshed (!) eller anden inhabilitet - ikke er i stand til at udøve nogen selvbestemmelsesret." (Side 142).

Betydningen og berettigelsen af at tildele det enkelte individ friheder og rettigheder må altid afvejes imod de samfundsmæssige konsekvenser, herunder den eventuelle skade, som andre individer udsættes for ved udøvelsen af disse friheder og rettigheder. Ud fra en sådan samfundsmæssig helhedsvurdering har selvbestemmelsesretten ikke samme vægt i forbindelse med spørgsmålet om tilvalg af aktiv dødshjælp, som den har ved spørgsmålet om fravalg af livsforlængende behandling." (Side 149).

Fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp gør gældende, at en sådan ordning ikke alene vil være til gavn for de - formentlig forholdsvis få - patienter, som ville benytte sig af muligheden, men også for en - antagelig ret stor - gruppe af patienter, som ville kunne opnå en vigtig tryghed i kraft af bevidstheden om at kunne kontrollere situationen, hvis valget af dødshjælp skulle blive aktuelt." (Side 154).

Som den røde tråd gennem disse udtalelser og mange andre løber udlægningen af punktet om den dødssyges begæring som dette, at personen udøver en ret, råder over en valgmulighed, foretager et tilvalg, selv kontrollerer forløbet mv.

Det er allerede blevet gjort gældende, at efter mindretallets mening går flertallet hermed fejl af en meget væsentlig del af meningen med begæringens punkt. Som følge deraf kan flertallet heller ikke forklare, hvorfor ingen af de eksisterende love eller debatterede lovforslag i andre lande opererer med, at patienten her skulle have en ret, lægerne tilsvarende en pligt; og heller ikke, hvorfor så godt som ingen fortalere for afkriminalisering går ind for noget sligt. Herom hedder det hos flertallet:

Når princippet om selvbestemmelsesret af mange fremhæves som bærende begrundelse for lovliggørelse af aktiv dødshjælp, kan man få det indtryk, at afgørelsen af, om en persons liv er værd at leve, tilsyneladende lægges helt i hænderne på vedkommende selv. Hjælperen er tilsyneladende kun eksekutor, ikke egentlig eller primær beslutningstager. Denne betragtningsmåde beror dog nok på en illusion, for der advokeres næsten aldrig for en anerkendelse af en ubetinget og fuldstændig selvbestemmelsesret, men kun for en betinget og begrænset ret.

Når det kommer til stykket, bygges der som regel på en forudsætning om, at selvbestemmelsesretten i virkeligheden ikke skal være eneafgørende, men ledsages af tillægskriterier vedrørende patientens tilstand (..) Kun få gør sig til fortalere for, at der bør være adgang til aktiv dødshjælp, alene fordi nogen selv måtte ønske det. Det måtte også påregnes, at læger normalt kun ville være indstillet på overhovedet at yde aktiv dødshjælp, hvis forskellige betingelser med hensyn til patientens tilstand var opfyldt (..) En konsekvent hævde af selvbestemmelsesretten som øverste princip måtte egentlig føre til, at aktiv dødshjælp ikke alene blev legalt for personer med visse lidelser, men for alle, som på velinformeret grundlag traf et valg herom." (Side 122).

Den selvbestemmelsesret, fortalere antages at tale for, skulle altså være betinget, nemlig af patientens tilstand (denne skal bl.a. være dødssyg). Når fortalere næsten ikke taler om ret til dødshjælp slet og ret, skulle det være, fordi de viger tilbage for, at alle mulige, raske som syge, kan rekvirere aktiv dødshjælp hos en læge.

Atter her opfatter mindretallet sagen anderledes. Næsten ingen taler for en ret i forbindelse med begæringens punkt, fordi dette overhovedet ikke drejer sig om at udstyre nogen patient med en ret til at bestemme over nogen læge. Når det så kraftigt fastslås, at der ikke argumenteres for nogen ret for den dødssyge til at vælge aktiv dødshjælp, er det bestemt ikke for at lægge afstand til tanken om, at alle og

enhver skulle have en sådan ret, dødssyg eller ikke. Det er for at gøre det helt klart, at der ikke er tale om nogen ret. Begæringspunktets pointe er en ganske anden, og efter den giver flertallets megen omtale af ret, tilvalg og kontrol slet ingen mening

13.2.2. Respekt for selvbestemmelse

Også under denne overskrift er flertal og mindretal på linje i udgangspunktet. Om individets selvbestemmelsesret i forbindelse med lægelig behandling skriver flertallet:

Både fra en etisk og retlig synsvinkel må individets selvbestemmelsesret i almindelighed tillægges afgørende vægt i forbindelse med lægelig behandling. Det er derfor med fuld føje, at der både herhjemme og internationalt tages udgangspunkt i kravet om information og samtykke. Hvis fornuftshabile patienters fravalg af behandling ikke skulle respekteres, ville dette indebære en beføjelse til at anvende magt - eller svig - for at gennemføre den behandling, som er lægeligt indiceret. En sådan almindeligt gældende ordning ville i et samfund som vort indebære en urimelig krænkelse af den enkeltes frihed og personlige integritet. Dette gælder ikke mindst, hvis behandlingen er stærkt belastende for patienten og kun med usikkerhed eller mindre sandsynlighed giver udsigt til bedring/overlevelse. Kun særlige tilfælde giver anledning til tvivl og debat, især ud fra forestillinger om, at de livsreddende foranstaltninger i disse tilfælde er i høj grad effektive, og at de pågældende patienter efterfølgende vil bifalde behandlingen (behandling af selvmordskandidater, blodtransfusion til Jehovas vidner mv.)" (Side 148).

Derpå diskuteres og afvises tanken, at den samme respekt for fornuftshabile patienters selvbestemmelsesret skulle tale for afkriminalisering af aktiv dødshjælp. Mindretallet kan tilslutte sig såvel det første om selvbestemmelsesrettens betydning i forbindelse med lægelig behandling i almindelighed som det sidste om denne rets mangel på betydning hvad angår aktiv dødshjælp.

Alligevel fører også her den udgangsvise enighed til dybtgående uenighed. For mindretallet er en nærmere bestemt sondring mellem en ret til selvbestemmelse og selvbestemmelse af afgørende betydning. Ikke så få mennesker i dagens Danmark anser det for grundlæggende værdifuldt, at det enkelte menneske i frihed og ansvar formår at leve op til den opgave, et menneskeliv er. Noget af det underlige ved menneskelivet består i, at det ikke lever sig af sig selv: det *skal* leves, nemlig af den, hvis liv det er. Opgaven går ud på at skabe noget værdifuldt ud af det levede liv med dets muligheder og begrænsninger. Med til det underlige ved menneskelivet hører også, at mennesket aldrig blot er, hvad det er: den og den person med de og de meninger, holdninger, normer, værdier, planer, forehavender, forhold til andre, sat i den og den menneskelige ramme og udsat for de og de krav og forventninger. Nok er den enkelte så at sige kastet ind i alskens forskellige forhold, dog er det samtidig altid et forhold til disse sine forhold: det må løbende forholde sig til sig selv, sine ønsker, meninger, livsværdier, holdninger, planer mv. Tager individet nu sig selv alvorligt som et væsen med dette grundvilkår, må det bestemme eller betænke sit liv, dvs. med sine overvejelser, valg og handlinger forsøge at udkaste og efterleve et bud på, hvad der for dette menneske med disse forudsætninger er værd at være og værd at gøre her i livet. Derved tager individet ansvar for sit liv og giver det levede liv indhold, retning og fylde. Efterhånden skaber det et lille moralsk univers med bånd, overbevisninger, forhold, engagementer og forpligtelser, hvorigennem dets opfattelse af selvværd, selvrespekt, værdighed, integritet og en mening med livet gøres til noget konkret.

Efterhånden kan det levede liv ligefrem begynde at leve sit eget liv, så personen ved nye korsveje på livets vej finder sig stillet som den tidligere omtalte Luther, på én gang fri og bundet, og siger: Her står jeg, og jeg kan ikke andet!". At gøre det andet vil være at svigte sig selv - og de mennesker, dette selv omslutter. Har en person fået kæmpet sig frem til en overbevisning om, hvad der i dette liv for alvor betyder noget, har denne person med andre ord fået noget kært i sit liv, må det kæmpe for, hvad det har kært - dø, om så det gælder".

Ingen siger, at alle danskere har lyst eller evne til at skabe et sådant personligt levet liv. Mange sjasker (som Martin A. Hansens løgner) uhjælpeligt med deres liv, andre ønsker blot at komme rimeligt bekvemt gennem livets store ildebrand, og atter andre får deres liv uhjælpeligt spoleret af andre mennesker eller barske vilkår. Alligevel er dette et ideal, der tiltaler en del mennesker i Danmark: at hver enkelt får skabt sig et vellykket og værdifuldt liv ud fra egne muligheder - et sammenhængende,

meningsfyldt hele, der udtrykker personens karakter og hans eller hendes vision om et liv brugt i en søgen efter et godt liv; et liv, der er personens eget", i det væsentlige selvbestemt gennem en livslang stræben og skaben i frihed i liv og tro".

For at et menneske kan tage sig selv alvorligt og leve op til den opgave, menneskelivet er, må det tages alvorligt af andre. I de mange forhold og møder livet igennem må det møde omsorg, respekt, interesse, kort sagt et engageret medmenneskeligt modspil fra Den Anden" i de konkrete forhold. Også de andre", fællesskaberne og fællesskabet, må gøre deres skyldighed og skabe en livssituation for den enkelte, hvorudfra denne kan tage sit liv op. Der må skabes forskellige og på hver deres måder værdifulde valgmuligheder livet igennem, et råderum, hvor personen med handlekraft, reelle valgmuligheder og hjælp og støtte kan prøve sig frem, og endelig et frirum, hvor fravær af andres indblanden, tvang, manipulation og kontrol giver mulighed for selvbestemmelse i stort og småt. Endelig må samfundslivet være præget af en række kollektive goder, der nærer, opmuntrer og fremmer den enkeltes mulighed for at skabe et værdifuldt liv i frihed og ansvar: tolerance, kulturel mangfoldighed, åndsfrihed, en mangfoldighed af værdifulde livsformer, værdsættelse af menneskers forskelligartethed og af menneskelig individualitet. Hvert enkelt menneskes liv udspiller sig i den dybeste afhængighed af andre mennesker. Oftest er denne elementære afhængighed blevet brugt til at slavebinde eller undertrykke mennesker - eller til for deres eget bedste at fastlåse dem i en livssituation, hvor de til gengæld for den nægtede selvbestemmelse skulle kunne opnå lykken. I tanken om selvbestemmelse indgår derimod et ideal om således at forme afhængigheden, at der midt i al afhængigheden kan skabes en selvstændighed for den enkelte.

Ud fra den opfattelse er det egentligt værdifulde det værdifulde menneskeliv. Den præsterede selvbestemmelse har sin værdi ved at være en væsentlig bestanddel deraf. Lykkeligvis er der mange vidt forskellige ting, der med held og anstrengelse kan skabes i et levet liv, så det får værdi for både den, hvis liv det er, og de andre mennesker, som er med i eller berørt af det. Men livet må leves, dets forehavender udvælges, sammenstykket og slidsomt skabes af hver enkelt. Intet liv bliver bedre eller mere værdifuldt ved, at andre tager over og indretter det efter værdier - uanset hvor uomtvistelige - som det pågældende menneske ikke selv indefra og forfra har fundet frem til at erkende som sådanne.

Sådan set er retten til selvbestemmelse hverken faldet ned fra himlen eller på anden måde et givet udgangspunkt. Tror man på det værdifulde i individets selvbestemmelse i dets livs skaben, vil man kæmpe for, at den enkelte så vidt muligt får ordentlige betingelser i livets væsentlige henseender. Én, men altså også kun en blandt andre mindst lige så vigtige, fremgangsmåder er at knæsatte tanken om individets selvstændighed og selvbestemmelsesret og søge at udbrede den til de vigtige livsområder.

I de seneste to årtier har den medicinske etik i Danmark undergået en gennemgribende omvæltning. Set på én måde kendetegnes denne ved, at lægens fordums alenestående hjælpepligt (At gavne, og frem for alt ikke at skade!") nu er blevet begrænset af en knæsat formel selvbestemmelsesret tillagt den fornuftshabile patient. Det gælder en lang række punkter: abort efter begæring, informeret samtykke, journalindsigt, retten til at fravælge enhver form for tilbudt behandling (herunder også effektivt livreddende behandlinger såsom blodtransfusion), retten til at få behandling afbrudt (herunder livsopretholdende behandling, jævnfør passiv dødshjælp"), retten til udfærdige bindende livstestamenter, retten til at nægte deltagelse i medicinske forsøg og forsøgsvisse behandlinger, retten til at tillade obduktion, organdonation mv.

Spørgsmålet er nu, hvad disse formelle ændringer er udtryk for. Er det blot selvbestemmelsesretten, der overføres fra andre livsområder til det sundhedsmæssige? Eller er de formelle ændringer snarere udtryk for en mere dybtgående proces, hvor mange sundhedsprofessionelle har erkendt, at deres hjælpeindsats på forskellige måder har at gøre med selve nerven i individers liv - og at muligheden for selvbestemmelse også under disse vilkår er en bærende værdi i dette arbejde? Er f.eks. kravet om informeret samtykke blot et krav om at tilsikre et vist mål af respekt samt adgang til en passende deklareret ydelse? Eller er det snarere en bekendelse til det afgørende i, at lægen så vidt muligt med oplysning, information, støtte og vejledning hjælper sin patient til at overveje alternativerne, afklare sine værdier og nå frem til en afgørelse, han eller hun kan leve videre med og tro på? Er forbuddet mod at bruge tvang, manipulation og fortielse over for den fornuftshabile patient blot - som flertallet i den oven citerede passage lægger op til - udtryk for helt almen afstandtagen fra sådanne midler (der krænker personens integritet mv.)? Eller er det snarere del af en understregning af, hvor væsentligt det

er, at hjælpeindsatsen i stort og småt skal sigte mod at værne om og så vidt muligt fremme og opbygge patientens evne til at møde de nye livsudfordringer på måder, der er forenelige med dennes livsværdier, sådan at selvværd, livsmød, ansvar, tro og håb derved kan fastholdes eller skabes - og ikke tværtimod bliver de første ofre for sygdommen og/eller behandlingen?

Netop i forbindelse med debatten om afkriminalisering af aktiv dødshjælp er det værd at minde om, hvor dyrt den nyindstiftede selvbestemmelsesret mht. behandling tager sig betalt hver eneste dag i dagens Danmark. Personer, der sandsynligvis kunne have været hjulpet af behandling, går i hundene i druk og narko. Alvorligt syge mennesker forlader sygehusene ubehandlede eller udsat for en langt ringere behandling end den optimale. På den konto afkortes mange liv med lange åremål. Ældre mennesker, der kunne være hjulpet med institutionsanbringelse, hutler sig igennem i største elendighed. På psykiatriske sygehuse gennemlides psykotiske patienter ufattelige kvaler, skønt den lindrende medicin kun er få meter borte. På vore sygehuse både sulter og tørster mennesker ihjel - hvor tvangsmidler er ved hånden. Svært syge patienter, som kunne have været holdt i live længe, ja måske havde overlevet krisen, får deres liv afsluttet ved undladelse eller afbrydelse af livsopretholdende behandlinger. Nyttige medicinske forsøg må opgives på grund af manglende deltagelse. Fuldt ud levedygtige personer i deres bedste lder dør på grund af manglende blodtransfusion. Svært sindslidende mennesker i dyb krise udskrives til jammerlig ensomhed og måske selvmord. Alt sligt og en del mere af samme slags lever vi med - og skal vore sundhedsarbejdere leve med i dagligdagen - skønt der sagtens kunne gøres noget ved det, blot man ville tillade de gammeldags formynderiske midler (løgn, fortællelse, manipulation, tvang mv. til patientens eget bedste). Og når man peger på det enkelte tilfælde og spørger: "Jamen, hvorfor dog?", er svaret hver gang det samme: "Nu om dage har folk jo ret til selv at bestemme. Så hvis de ikke vil hjælpes, kan vi ikke tvinge dem!"

Som allerede nævnt accepterer flertallet uden forbehold den nyindstiftede selvbestemmelsesret med hensyn til behandling mv. Og som nævnt når flertallet frem til, at forskellige grunde klart taler imod, at den samme selvbestemmelsesret skulle kunne overføres til aktiv dødshjælp. Som også nævnt retter flertallet med det sidste bager for smed, idet stort set ingen fortalere for og overhovedet ingen love om afkriminalisering foreslår eller fastslår en sådan overførsel af selvbestemmelsesretten.

Derimod vil en række fortalere for afkriminalisering, herunder Det Ethiske Råds mindretal, slå til lyd for, at den samme værdi, der har været bærende for hele omvæltningen med den synlige overskrift "Retten til selvbestemmelse", nemlig værdien af individets selvbestemte tilstedeværelse i dets levede liv, gør spørgsmålet om aktiv dødshjælp presserende i dagens Danmark. Hvis det er rigtigt, at der udfoldes så store anstrengelser, accepteres så store omkostninger, stilles så store krav til sundhedsprofessionelle i denne værdis navn på de andre områder, må den også tages dybt alvorligt her. Under alle omstændigheder må det tages alvorligt, at en del mennesker i dette land, herunder måske visse sundhedsprofessionelle, tænker i sådanne baner om deres egne liv og nogle af de liv, de kommer til at få afgørende indflydelse på.

13.2.3. Selvbestemmelse og aktiv dødshjælp

Det er klart, at mennesker ikke skal give døden mere, end hvad dødens er. Hvor forståeligt det end er, at mennesker segner i uudholdelig og udsigtsløs kval og blot ønsker sig udfriet; og hvor forståeligt det end kan være, at deres medmennesker, f.eks. læger, af dybtfølt barmhjertighed og medlidenhed efterkommer deres bøn og gør ende på lidelsen, er dette alligevel at fornægte livets mulighed. Hvor et menneske klart er døende, og yderligere behandling kun kan opretholde de elementære livsfunktioner en stakket stund, eller hvor et menneske klart er døende, og hvor lindring af frygtelig smerte kun vil fremskynde dødstidspunktet en kende, er det ofte i personens interesse at dø lidt før snarere end lidt senere. Men hvor der fortsat er liv tilbage, er der altid håb. Opgaven er da at få noget godt ud af dette livets gode, hvor karrigt det end måtte være afmålt. At søge at løfte den er langt mere byrdefuld end den lette udvej - gøre en ende på livet -, og ofte mislykkes det jammerligt. Til gengæld er det også velkendt, hvordan livet formår at sejre på dødens tærskel. Uanset hvor tilsyneladende udsigtsløs og uudholdelig, kan gennemlidelsen af en sidste svær tid rumme store menneskelige værdier: nærhed, samhørighed, tilgivelse, forsoning, kærlighed, afklaring, gensidig forståelse, tro, følelsernes lutring, fuldbyrdelse, taknemmelighed, livsglæde, højnelse af værdighed, religiøs oplevelse; et krysteragtigt menneske kan overraske sig selv og andre med uventet styrke og sjælsadel - og sætte sig et varigt minde i andres minde. Alt dette og mere til kan livets gode vise sig at rumme, og ingen kan på forhånd

skønne om, hvad der vil blive givet af livet og menneskene. Kun ét er sikkert: gøres der ende på livet, er alt forspildt. At komme døden i møde ved aktiv indgriben, søge at snyde en, er at snyde dette menneske for dets egne muligheder.

Dette er en smuk tanke, der giver mennesker håb og styrke. Ikke desto mindre finder både flertallet og mindretallet, at den skal forstås med forbehold. Der forekommer tilfælde, hvor det fortsatte liv bestemt ikke er et gode for personen - hvor det bedste for personen er at få gjort ende på elendigheden, og hvor lægens aktive dødshjælp er etisk forsvarlig.

Her tænker flertallet først og fremmest, hvis ikke udelukkende, på tilfælde, hvor den dødssyges smerter er overvældende, og smertebehandling ikke giver rimelig lindring. Således slår flertallet bestandig på, at alternativet til afkriminalisering af aktiv dødshjælp er den stadige forbedring af smertebehandlingen, der under alle omstændigheder bør finde sted. Flertallet anerkender dog, at der gives tilfælde, hvor end ikke optimal smertebehandling kan hidføre rimelig lindring.

Set fra mindretallets synspunkt kan tilfælde af etisk forsvarlig dødshjælp udgøre andre slags end den, hvor ulidelige smerter ses som det altoverskyggende. Ikke smerter, men værdighed, integritet og lidelse, indtager her den centrale plads. Og i forklaringen af de sidstnævnte begreber indgår forestillingen om selvbestemmelse som det væsentlige.

I debatten om passiv dødshjælp var krumtappen begrebet om den værdige død. Mange mennesker frygtede for at komme i en situation, hvor de praktisk taget var døde, men hvor den moderne medicinske teknologi blev udnyttet til en udsigtsløs opretholdelse af visse elementære livsfunktioner. Man krævede at få lov til dø, når man var død for denne verden. Et slagord var, at lægerne ikke skal gøre, hvad det er teknisk muligt at gøre, men hvad det har mening at gøre. Mange fandt, at den udsigtsløse behandling, alene bestemt af maskinernes og organresternes ydeevne, var krænkende for værdigheden og beredte mennesket en grum og uværdig død. I denne sammenhæng betyder "værdighed" det samme som "menneskelig værdighed". Lægen skal ikke bevare menneskeligt liv *for enhver pris*: der er visse måder at behandle mennesker på, som er forkerte, helt uanset målet og helt uanset, hvem denne person er. Og det forkerte består i, at man derved krænker personens menneskelige værdighed.

Den samme tanke om sammenstød mellem nye bio-medicinske handlemuligheder og forestillingen om menneskelig værdighed er velkendt fra andre områder: det hvide snit, livslangt ophold på totalinstitutioner (psykisk udviklingshæmmede, svært sindslidende), forsøg med mennesker, hjernedødkriterium, organ donation, organtransplantation, selektiv abort, ekstremt for tidligt fødte børn, reagensglasbefrugtning, håndtering af befrugtede menneskeæg, handel med væv og organer, kloning af menneskeæg, genterapi på kønsceller mv.

I debatten om aktiv dødshjælp optræder ordet "værdighed" igen. Således er kategorien tab af "værdighed" klart den mest fremtrædende i de hollandske undersøgelser af dødssyges patienters begrundelser for at appellere til deres læger om aktiv dødshjælp. Men denne gang står ordet for noget andet end *menneskelig værdighed*. Det er måske, hvad Rainer Maria Rilke forsøgte at indfange med ordene:

O Herr, gib jedem seinen eignen Tod,

Das Sterben, das aus jedem Leben geht,

Darin er Liebe hatte, Sinn und Not."

Hvor frygten i debatten om passiv dødshjælp gik på dette at ende sine dage som et kunstfærdigt medicinsk præparat, er drivkraften i spørgsmålet om aktiv dødshjælp noget andet: håbet på en død, der er tro mod ens liv. Og hvor man i den første debat så at sige udefra kunne udpege nogle situationer og sige: "Uanset hvem dette menneske er, er denne måde at behandle det på krænkende for dets værdighed.", er begrebet "værdighed" denne gang uløseligt knyttet til det enkelte levede liv set indefra. Hvad der for den ene kan være en værdig død, tro mod det levede liv, kan for den næste være dybt uværdigt, e hån mod alt, hvad han eller hun havde fået kært. At blive bundet til en pæl og skudt ned

som en gal hund er vel under alle omstændigheder en grim død. Alligevel formåede tyskerne og deres danske bødler, i sin tid i Ryvangen, forhåbentlig ikke at forhindre frihedskæmperen Kim og hans lidelsesfæller i at få en værdig død.

For nogle mennesker betyder det meget, hvordan deres død bliver. Den hører med til det levede liv, kan give det en smuk afrunding og bekræfte dets værdier, ligesom den kan ødelægge hele tegningen. Nogle mennesker betragter deres liv som en gave fra Gud, en opgave at leve op til, hvor udståelsen af hver evig eneste dags kval og pine har mening som del af opgaven. Et sådant menneske vil forsøge at stride sig gennem den sidste prøvelsens tid med taknemmelighed, fortrøstningsfuldhed og værdighed. Hvis nu en læge anså patientens smerter for utålelige og meningsløse og drevet af barmhjertighed valgte at gøre en ende på det hele, ville lægen måske mene at gøre sin pligt ved at gøre det, der klart forekommer at være til bedste for patienten. Men lægen ville tage forfærdeligt fejl: for selv om det er et gode at undgå de sidste dages eller ugers svære smerter, er det et uopretteligt onde mod dette menneskes liv ikke at få lov til at stride den sidste kamp til enden. Og skulle tanken om aktiv dødshjælp strejfe det forpinte menneske, ville han eller hun foragteligt afvise den som utænkkelig.

Andre ser anderledes på det. Med vidt forskellig baggrunde og med tanke på vidt forskellige livsafslutninger er der mennesker, som hellere end gerne vil give afkald på nogle dage eller uger for derved at opnå noget andet - at dø som sig selv, med sin personlighed og karakter i behold (undgå personlighedens opløsning, narkomani, dyb og vedvarende sløvhed mv.), at dø omgivet af sine kære, i sin rede og med hjælp af en læge og andre, til hvem man gennem lang tid har opbygget et nært og tillidsfuldt forhold, at dø som et menneske, der endnu kan både give og modtage, at dø, når man er rede til det, at dø, når man har opnået det, man ville opnå med sin døds kamp (f.eks. opleve en vigtig mærkedag i familien og til den ende have underkastet sig barske livsforlængende behandlinger); at undgå at opleve sig selv i omfattende forrådnelse, gispe sig til døde, blive helt hjælpeløs og totalt afhængig af andres hjælp i alle henseender eller andet.

Heller ikke i situationer af den sidste slags kan det udefra afgøres, hvad der er det bedste for det pågældende menneske. Ligesom i tilfældet med det menneske, der anser sit liv for en gave fra Gud, giver det slet ikke mening at udpege et isoleret træk ved situationen (f.eks. svære smerter) og så udtale sig om, hvad der i almindelighed er bedst for mennesker i situationer af den slags. Om en svært syg og forpint hund skal til dyrlæge for at aflives nu eller først senere, er vel alene et spørgsmål om, hvad disse dage eller uger indeholder af smerter og andet ubehag. Hvad der er bedst for den ene hund er også bedst for den anden. Om det for et bestemt menneske er bedst at dø på den ene eller anden måde, afhænger derimod ofte af noget helt andet end blot indholdet af de sidste dage isoleret betragtet, nemlig af noget, der er særegent for just dette menneske: indholdet af dets levede liv, dets selvrespekt, oplevelse af værdi, meningsfuldhed, selvopfattelse, forhold til andre og tanker om egen værdighed. Det er i forhold hertil, de sidste dages eller ugers indhold har deres betydning.

13.2.4. Uudholdelig og udsigtsløs lidelse

Flertallet anfører nogle gange, at blandt de betingelser, der efter nogles mening kan gøre aktiv dødshjælp etisk forsvarlig, indgår uudholdelig og udsigtsløs lidelse". I den forbindelse lægger flertallet meget stor vægt på smertebehandling og anden form for lindrende behandling og pleje. Selve begrebet lidelse og det særlige ved menneskelig lidelse (til forskel fra f.eks. hundens) berøres kun sporadisk. Dog hedder det:

Undersøgelser viser, at den legale anvendelse af opioider her i landet nu er den højeste i verden, hvilket bl.a. afspejler en forholdsvis høj grad af beredvillighed til at foretage effektiv smertebehandling. Dette kan betragtes som et klart fremskridt i forhold til tidligere tiders overdrevne tilbageholdenhed med anvendelse af smertestillende brug af opioider. Udviklingen kan imidlertid også have mindre positive træk. Det store forbrug af medicin betragtes i visse fagkredse som kompensation for, at den palliative kundskab og indsats i andre henseender er utilstrækkeligt udviklet. Nogle har den opfattelse, at der for ensidigt fokuseres på somatiske smerter, på dæmpning af smerter og sløvning af patienterne ved hjælp af medicin, således at de psykologiske, sociale og eksistentielle aspekter af lidelsen ved livets afslutning i for høj grad negligeres." (Side 62-63).

Næst efter kærligheden er lidelsen velnok det mest bearbejdede tema i verdenslitteraturen. Og med sin

korsfæstede Gud tilbyder kristendommen hvert enkelt lidende menneske en fælle i nøden -én, der selv véd, hvad det vil sige. Også i Jesu lidelseshistorie indgår smerter (pint og plaget under Pontius Pilatus": tornekrans, nagler gennem hænderne, lansestik, en svamp med eddike). Alligevel er smerterne vel det mindste. I lidelsen -der jo kan skyldes mange andre livsindbrud end svær sygdom -oplever mennesket den mulige, truende eller tilstundende udslettelse af sit liv og sit væsen. Mennesket må her forholde sig til sig selv som et skabende væsen, hvis skabte livsforhold (værdier, forhold til andre, forhåbninger, forehavender, selvopfattelse, minder, karakteregenskaber, evner...) måske helt skal opløses og blive til intet.

I *Den afrikanske farm* og vintereventyret *Sorgagre* viser Karen Blixen, hvordan dyb lidelse kan føre til højnelse af menneskets værdighed, nemlig hvis den enkelte selv eller andre formår at give dette menneske værdighed og dermed give lidelsen mening. Og på underfundig vis minder evangeliernes beretninger om den korsfæstede Jesus om lidelsens betydning på godt og ondt. Her får et liv i tro -vished ville Jesus ikke have, idet han afviste fristelserne i ørkenen -to meget forskellige afslutninger. Udefra betragtet er forløbene de samme, men i Jesu korsord åbner sig et svælg. I Johannesevangeliet udånder Jesus med ordene: Det er fuldbragt!". Udstået er den lidelse, han selv havde forudset. Bragt er ofret til menneskenes frelse. Fuldbyrdet er troens gerning. I de to første evangelier, Matthæus og Markus, gives ingen trøst, og sættes en anden krone på værket. Mennesket bryder igennem i menneskesønnen. Måske er han blot et lille forvildet menneske, slet ikke Guds søn, Frelseren. Under alle omstændigheder martres hans sjæl og i dybeste fortvivlelse udånder Jesus anklagende mod himlen: Min Gud, hvorfor har du forladt mig?".

Efter flertallets mening kan såkaldt uudholdelig og udsigtsløs lidelse næsten altid afhjælpes ved målrettet indsats af psykologer, psykiatere, socialarbejdere og plejepersonale. Fænomenet skulle altså betegne et svigt og ikke noget, der også hører med til menneskelivet. Efter flertallets mening skyldes næsten alle begæringer om aktiv dødshjælp udiagnosticerede og derfor ubehandlede depressioner. Altså atter et svigt, der næsten altid kan afhjælpes ved indsats af passende tværfaglige behandlerteam. Det kan være, flertallet har ret. Imidlertid kan det også være, at flertallet slet ikke har ret. Måske er der her nogeti menneskelivet, som ikke bare kan behandles eller forklares bort, men som må tages alvorligt. Måske sker det af og til, at dødsmerkede mennesker uhjælpeligt befinder sig i en tilstand af uudholdelig og udsigtsløs lidelse. Måske er det mennesker, der har udstået en meget lang lidelseshistorie, gennem år, ja årtier, har troet, håbet, slidt og stridt, og nu slet og ret ikke kan mere (omend dele af organismen ubønhørligt kan lidt endnu). Da er det en barsk og ukærlig sag at udlægge deres bøn om hjælp og nåde som et krysteragtigt tilvalg af et teknologisk fix: if you cannot cure me, kill me!". Da må den gode læge tværtimod lytte til menneskets korsord og samvittighedsfuldt spørge sig selv, hvad de smukke lægeord: Stundom at helbrede, ofte at lindre, aldrig at skade, altid at trøste" her skal blive til.

Flertallet vil ikke høre tale om den sidste slags overvejelser. Det står fast på sine netop omtalte meninger. Taget i betragtning, at flertallet næsten ikke drøfter spørgsmålet om menneskelig lidelse og selv medgiver, at der er grund til at tro, "...at de psykologiske, sociale og eksistentielle aspekter af lidelsen ved livets afslutning i for høj grad negligeres", bør flertallets ord herom næppe have lov til at være de sidste.

Efter mindretallets mening bør disse aspekter af lidelsen ved livets afslutning slet ikke negligeres. De berører et menneskeligt grundvilkår, som må ses i øjnene og tages alvorligt.

13.3. Skadevirkningerne

13.3.1. Glidebanen

Også her deler mindretallet udgangspunkt med flertallet. Den afgørende overvejelse for eller imod afkriminalisering af aktiv dødshjælp handler om konsekvenserne, negative såvel som positive, af en sådan lovændring.

Begge parter er endvidere enige i, at en afkriminalisering vil muliggøre aktiv dødshjælp i de tilfælde, hvor handlingen er etisk rigtig. Imidlertid mener flertallet at have overbevisende argumenter for den påstand, at en afkriminalisering uvægerligt vil føre til aktiv dødshjælp i et større antal tilfælde, hvor

handlingen er forkert. For at undgå de mange forkerte handlinger, vil flertallet så forbyde de rigtige.

Nærmere bestemt tænker flertallet her på to slags negative konsekvenser. Der er først tilfælde af *misbrug*, hvor lægen med gode eller onde motiver udnytter den nye lov til at udføre dødshjælp i situationer, der faktisk ikke opfylder de fastsatte betingelser. Dernæst er der *udvidelse* af dødshjælpsområdet: en afkriminalisering af etisk forsvarlig aktiv dødshjælp vil blive opfattet som afkriminalisering af aktiv dødshjælp i det hele taget og føre til lovændringer med afkriminalisering af former for dødshjælp, som er etisk forkerte.

Flertallet bruger en bestemt metafor til belysning af sin centrale påstand om afkriminaliseringens uundgåelige skadevirkninger. Ved en eventuel afkriminalisering vil det danske samfund begive sig ud på en *glidebane*. Tanken skulle være, at lovændringen vil indlede en proces, der ikke lader sig styre, og hvor man hovedkulds, viljeløst og afmægtigt drives frem mod et uønsket endemål.

Som bekendt behøver det ikke gå galt på en glidebane. Omtanke, forsigtighed og kloge forholdsregler hjælper godt. Derfor siger det sig selv, at en vurdering af flertallets påstand må være helt afhængig af en vurdering af den konkrete afkriminalisering, dvs. lovgivning, hvormed det første skridt tages. Afkriminalisering af aktiv dødshjælp kan vel indrettes så lemfældigt og ugarderet, at tingene næsten ikke kan undgå at gå galt. Omvendt skulle det også være muligt at indrette en afkriminalisering på velgennemtænkt vis - med vidtgående sikringer mod misbrug, dokumentationskrav, uafhængig kontrol, udførlig indberetningspligt, strenge betingelser og definitioner mv. -, sådan at faren for katastrofale følger bliver minimal.

På den baggrund skal mindretallet udtrykke sin protest og beklagelse over, at flertallet gentagne gange har afvist et ønske fra mindretallet om at indhente et juridisk responsum om modeller for indarbejdning af en afkriminalisering i dansk lovgivning. I forbindelse med et sådant responsum kunne der have været drøftet helt konkrete forslag til de forskellige former for sikring og andre nødvendige forholdsregler.

Når flertallet trods sin egen glidebanemetafor ikke vil gå ind på overvejelse af forskellige muligheder for kontrol, styring, sikring mv., må tanken være den, at det under alle omstændigheder vil gå galt; nogle former for afkriminalisering vil sikkert være mindre skadevoldende end andre: dog vil de alle, helt uanset den konkrete indretning, have uacceptable omkostninger.

Denne udlægning bekræftes af de tre argumenter, flertallet giver for det synspunkt, at en afkriminalisering vil føre til en *praksis* gående ud på at udføre etisk forkert dødshjælp. Det er her vigtigt at fastholde, at spørgsmålet ikke drejer sig om, hvorvidt der efter en eventuel afkriminalisering vil være tilfælde af misbrug. Sådan er det jo med enhver lov. Flertallet anfører af og til angivelige eksempler på misbrug fra Holland. Det helt afgørende for flertallets påstand er imidlertid ikke, om der er eksempler - de kunne jo være ret enestående - men om der vil udvikle sig en egentlig praksis af misbrug: det er det, der er påstanden. I Danmark gives der sikkert visse, ja måske en hel del, eksempler på forkert brug eller direkte misbrug af bestemmelsen om dobbelteffekten (måske var patienten ikke døende, måske gav man ikke det stærke smertestillende middel mod smerter, men for at udfri mennesket af anden lidelse). Men hverken disse eksempler eller muligheden for omfattende misbrug godtgør, at der har udviklet sig en praksis med misbrug.

13.3.2. En afkriminalisering kan ikke administreres efter hensigten

Herom hedder det:

"Uanset den nærmere udformning af de forskellige forudsætninger af en ordning med lovlig adgang til aktiv dødshjælp kan man, i realiteternes verden næppe skabe tilstrækkelig god sikkerhed for, at de opstillede kriterier opfyldes og håndhæves efter hensigten(..) I de følgende afsnit vil der blive redegjort nærmere for nogle faktorer, som vil kunne bevirke en tendens til, at kravene slækkes eller slet ikke kan administreres." (Side 138).

Som disse faktorer nævnes:

- diagnoser og prognoser ("Selv med en sikker diagnose vil forudsigelser om forventede

udviklingsforløb ofte være overordentlig usikre." (Side 138)).

- mulighed for lindring: "En betingelse for aktiv dødshjælp vil typisk være, at der hverken findes behandlingsmuligheder eller acceptable muligheder for lindring". (Side 139).

Flertallet anfører, at det ofte er svært at konstatere, at mulighederne er udtømt, ligesom patientens begæring om dødshjælp kan skyldes en depression. Sammenfattende hedder det:

"I praksis vil en lovliggørelse af aktiv dødshjælp kunne svække tilskyndelsen til grundige undersøgelser af, om der på den ene eller anden måde kan gøres tilstrækkeligt for at lindre." (Side 140).

- Frivillig og velovervejet begæring: "Ofte vil man i praksis ikke være i stand til at skelne med fornøden sikkerhed mellem det autonome/eksistentielt overvejede ønske om at dø og den uselvstændige, overfladiske, depressivt betingede eller fremtvungne begæring." (Side 140).

-Indgående patientkendskab og samvittighedsfuldhed: "En af de betingelser, som fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp typisk opstiller, er, at en læge kun må indlade sig på noget sådant, hvis vedkommende har et så nært/meningsfuldt forhold til patienten, at tilstrækkeligt omhyggelig beslutning bliver mulig. Mange læger erkender imidlertid, at der er for lidt tid til at snakke med de enkelte patienter, også de svært syge. Et kriterium af den nævnte type er særdeles vagt og skønsbetonet." (Side 141).

Hertil skal bemærkes, at flertallet med disse punkter blot opregner de helt almene vilkår for lægelig virksomhed. I klinisk arbejde træffer læger følgesvangre og ofte uomgørlige beslutninger med eller på vegne af deres patienter: radikale, risikable, lemlæstende operationer, behandlinger med svære bivirkninger, tvangsbehandlinger, selektiv abort, afsked med arbejdsmarkedet i ung alder, unndladelse af livsforlængende behandling, indstilling af behandling, belastende undersøgelser, genoplivning mv. Hver gang er den kliniske situation på den ene eller anden måde dybt berørt af den ene eller alle de nævnte faktorer: usikkerhed om diagnose, om prognose, om konsekvenser for den enkelte patient, om alternativer, om patientens situationsforståelse og om lægens evne til at etablere et nært og tillidsfuldt samarbejde med patienten. En meget væsentlig del af den medicinske etik er jo netop at udvikle høje professionelle standarder og strenge procedurer til at forvalte dette svære vilkår. Og almindeligvis underkaster syge personer sig lægers hjælp, ja lægger i bogstaveligste forstand deres liv i lægens hænder, i tillid til, at vilkåret kan forvaltes rimeligt og ansvarligt.

Når læger i alle andre sammenhænge må leve med dette vilkår og stræbe efter at leve op til det som en udfordring, er det mærkeligt, hvis man netop skulle give fortabt i tilfældet med aktiv dødshjælp. Hvis lægen i de andre situationer af og til må konstatere, at her er betingelserne ikke rimeligt opfyldt, vil den foreskrevne og praktiserede reaktion være, at man afstår fra at gøre det, man ikke ordentligt kan tage ansvar for. Hvorfor skulle det være anderledes med just aktiv dødshjælp? Hvorfor skulle lægen netop her undlade at insistere på de sædvanlige professionelle normer og bare lade stå til? Hvis der for dette område opstilles en række strenge kriterier i direkte forlængelse af de almindeligt anerkendte kriterier for klinisk virksomhed, kunne man da ikke forvente, at læger også her vil udvise ansvarlighed? Hvorfor skulle en læge ikke også her vige tilbage i tilfælde af blot antydning af rimelig tvivl?

13.3.3. Patienten bestemmer over lægen"

Dette kunne være en overskrift for flertallets andet argument, som indledes med ordene:

De interesser, som et samfundsmæssigt fællesskab har i at fastholde et alment forbud mod aktiv dødshjælp, omfatter ikke mindst hensynet til at beskytte alvorligt og håbløst syge, som uden denne valgmulighed ikke ville have ønsket at få døden fremskyndet." (Side 131).

Videre hedder det, at sådanne mennesker har behov for beskyttelse både mod at blive dræbt, mod pression i den retning og mod den utryghed, som må antages at ville være en virkning af at lovliggøre aktiv dødshjælp:

Lovliggørelse ville skabe en risiko for, at skrøbelige individer udsættes for -faktiske eller oplevede -

tilskyndelser til at vælge døden. Fortsat at være i live ville ikke længere være noget givet, men noget, der er på valg." (Side 132).

Flertallet forudser, at en del dødssyge mennesker vil vælge at lade sig dræbe for at skåne omgivelserne, f.eks. pårørende. Desuden kan sundhedsprofessionelle med øje for omkostningerne, bekendte, ægtefæller og andre med øje for egen ulejlighed finde på at presse den syge, så denne opfatter sin ret" som en pligt til at dø".

Mindretallet er enig i, at sådanne tilfælde ville betegne et klart misbrug. Blot erproblemet, at med henblik på at godtgøre, at et sådant misbrug må forventes, antager flertallet uden videre, hvad det skal bevise: at misbrug vil finde sted.

Hele vejen gennem det relevante afsnit taler flertallet om, at patienten kan vælge at blive dræbt af sin læge (har en anerkendt valgmulighed, et tilvalg, en ret osv.). Som tidligere omtalt er dette ganske misvisende og heller ikke indeholdt i eksisterende eller foreslåede ordninger for afkriminalisering. Ingen patient har ret til aktiv dødshjælp, og ingen læge har pligt til at udføre det. Der er ikke tale om drab efter begæring". Patienten kan ikke bare tilvælge det -og kan derfor heller ikke presses til at tilvælge det. Hvis lægen ikke er fuldt overbevist om, at de strenge betingelser er opfyldt, har lægen både ret og pligt til at afvise en sådan anmodning. I disse betingelser indgår, at lægen skal have gjort alt for at sikre sig, at der netop ikke er tale om pression af den ene eller anden slags. Naturligvis står det til enhver tid den syge frit at fremsætte sin anmodning, men dermed er sagen langtfra afgjort. Den samvittighedsfulde og ansvarsbevidste læge skulle meget gerne være garanten for, at der ikke foreligger mistanke om pres eller lignende.

Det er klart, at hvis lægen svigter og groft tilsidesætter bestemmelserne ved at lade den syge bestemme, og hvis lægen eller andre fremtvinger denne beslutning, vil resultatet være et helt uacceptabelt misbrug. Men dette resultat er kun forventeligt, hvis man allerede har antaget forekomsten af misbrug.

Naturligvis kan det ikke udelukkes, at der eventuelt vil forekomme grove eksempler på sådant misbrug. Imidlertid forsøger flertallet jo at vise, at der sandsynligvis vil udvikle sig en egentlig praksis af den slags. Én eller et par svaner gør jo ingen sommer. Spørgsmålet er da, hvorfor der skulle ske det? Hvilke grunde er der til at forvente, at læger og pårørende ville tilsidesætte afkriminaliseringens strenge betingelser for at kunne slippe godt afsted med at dræbe de svært syge mennesker?

Flertallet antyder her visse motiver (omkostningsbevidsthed, undgå opslidning mv.), giver dog ingen grund til at tro, at disse kedelige motiver skulle vinde over andre og mere ædle. For at belyse sagen kan der tænkes på de områder, hvor der faktisk er tale om, at patienten *selv bestemmer* ud fra en reel valgmulighed: Fravælgelse af behandling for alvorlig sygdom, hvor patienten af den ene eller anden grund ikke vil give samtykke. Afbrydelse af behandling. Passiv dødshjælp. Livstestamenter. I modsætning til ved aktiv dødshjælp er der her ofte tale om meget langvarige og omkostningskrævende behandlings- og plejeforløb.

Her er der altså et relevant erfaringsområde. Det må nu spørges, om der i dagens Danmark på disse områder kendes til problemer af den art, flertallet forudser for den aktive dødshjælps vedkommende. Presser læger eller andre de ældre eller svært syge til at oprette livstestamenter? Presser læger, pårørende mv. svært syge til at fravælge dyre og belastende behandlingsforløb, der måske kun giver en ret ringe udsigt til overlevelse? Er læger stort set ligeglade med kvaliteten af deres patienters samtykke til eller afvisning af behandlingsforslag, sådan at andres pression har nærmest frit spil? Bliver svært syge mennesker på den ene eller anden måde presset til at insistere på passiv dødshjælp? Har der under dække af de relevante lovændringer (informationspligt, informeret samtykke, undladelse/afbrydelse af udsigtsløs behandling mv.) udviklet sig en praksis, hvor ældre eller svært syge tilskyndes til at vælge den hurtige, lette og omkostningsfrie exit? Hvis svaret herpå er et nej", er der efter mindretallets mening dermed god grund til at forvente, at en strengt defineret og sikret afkriminalisering af aktiv dødshjælp også kan gives et menneskeligt ansigt.

13.3.4. Lægen bestemmer over patienten

Under overskriften "Selvbestemmelse som illusion" indleder flertallet sit tredje misbrugs-argument med ordene:

Den reelle endelige afgørelse af, i hvilke tilfælde der kan udøves aktiv dødshjælp, ville formentlig typisk slet ikke bero hos patienten, men hos lægen." (Side 133).

Det fastslås så, at forskning og almindelig erfaring viser, at patienter i almindelighed er meget afhængige af deres lægers anbefalinger: Svært syge patienter gør i vidt omfang, hvad lægen anbefaler, uden at underkaste de foreslåede foranstaltninger en nærmere prøvelse." (Side 133-134). Og videre:

..enhver form for lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville være ensbetydende med at tillægge læger skønsbetonede magtbeføjelser, som det ikke ville være muligt at undergive den fornødne kontrol. Læger ville skulle udøve overordentlig vaskelige skøn vedrørende alvorligt syge patienters tilstand, kundskaber og ønsker. Patienterne ville være meget afhængige af lægers anbefalinger og ville også på dette område ofte være tilbøjelige til at følge disse." (Side 153).

Noget senere anføres det, at når fortalere for afkriminalisering lægger stor vægt på lægens menneskekundskab, åbenhed, lytteevne, formidlingsevne og overskud, må det ses i øjnene, at denne forudsætning kan være svær at opfylde i dagligdagen:

Ideelt set forener alle læger i rimelig grad de nævnte egenskaber og formår i deres lægelige gerning at praktisere i passende overensstemmelse med idealet. Realiteten kan dog ikke altid være i overensstemmelse med dette ideal, og der er grund til at tro, at dette ikke mindst gør sig gældende i dagens specialiserede, teknologiserede og hektiske sundhedsvæsen." (Side 135).

Sagt med rene ord betyder dette forblommede udsagn, at i det moderne danske sundhedsvæsen, som lykkeligvis har både teknologi og specialer, formår læger ikke at møde deres patienter med rimelig åbenhed, lytteevne, formidlingsevne og medmenneskelighed; og det skulle ikke blot gælde i almindelighed, men også i de tilfælde, det her drejer sig om, altså hvor læger påtager sig at hjælpe meget alvorligt syge mennesker. Dette uddybes senere i to omgange:

En af de betingelser, som fortalere for lovliggørelse af aktiv dødshjælp typisk opstiller, er, at en læge kun må indlade sig på noget sådant, hvis vedkommende har et så nært/meningsfuldt forhold til patienten, at tilstrækkeligt omhyggelig beslutning bliver mulig. Mange læger erkender imidlertid, at der er for lidt tid til at snakke med de enkelte patienter, også de svært syge. Et kriterium af den nævnte type er særdeles vagt og skønsbetonet. Det vil i det væsentlige komme til at fungere alene som en programerklæring uden praktisk betydning for patienternes retssikkerhed (..)" (Side 141).

Uanset den nærmere udformning af de forskellige forudsætninger af en ordning med lovlig adgang til aktiv dødshjælp kan man, i realiteternes verden, næppe skabe tilstrækkelig god sikkerhed for, at de opstillede kriterier opfyldes og håndhæves efter hensigten. Dette hænger først og fremmest sammen med den tidligere nævnte omstændighed, at der nødvendigvis vil være meget vide skønsbeføjelser forbundet med afgørelser om, hvorvidt betingelserne for udøvelse af aktiv dødshjælp er opfyldt. Hertil kommer, at brist på såvel materielle som menneskelige ressourcer bidrager til, at der vil bestå en væsentlig risiko for fejl og misbrug. Selv velmenende beslutninger kan være forhastede, dårligt underbyggede og fejlbehæftede." (Side 138).

Den indledningsvise påstand om, at svært syge patienter i vidt omfang og uden videre følger lægens anbefalinger, forekommer ret tvivlsom. Dette så meget mere, da det her skulle handle om en anbefaling om at begære aktiv dødshjælp, hvor det ellers skulle være den fortvivledes villighed til at gribe efter ethvert anbefalet strå, der kunne give selv den mindste udsigt til bedring.

Accepterer man nu for argumentets skyld denne påstand, synes flertallets ræsonnement at gå ud på, at der må forventes en situation, hvor en del læger anbefaler deres patienter aktiv dødshjælp på et helt uholdbart beslutningsgrundlag; i lægens overvejelser indgår andet end rent kliniske hensyn (patients alder, status mv.), lægen er fortravlet og skæver til prioritering af samfundsmæssige ressourcer. Så vil en afkriminalisering føre til en misbrugspraksis.

Hertil skal for det første bemærkes, at flertallet atter en gang forudsætter misbrug for at sandsynliggøre

forudsigelsen om misbrug. I ingen af de eksisterende eller foreslåede ordninger" er det tilladt lægen af egen drift at bringe spørgsmålet om dødshjælp på bane, endsige anbefale det. Flertallet taler om, at: ...en hurtig melding om, at lægen er rede til at yde dødshjælp, i særlig grad vil kunne bestyrke patientens oplevelse af håbløshed." (Side 134). Den bedømmelse er givetvis rigtig, og derfor må noget sådant heller ikke forekomme. Således forudsætter dette forsøg på at vise, at ordningen vil blive omgået, at den på disse måder bliver omgået. Når flertallet frit og frejdigt henregner lægelige anbefalinger af dødshjælp blandt lægelige anbefalinger i øvrigt for dernæst at problematisere dem som sådanne, er opstillingen altså gal til at begynde med.

For det andet skal det bemærkes, at flertallets ræsonnement enten er intetsigende eller dybt foruroligende. Den første mulighed er, at flertallet blot gør opmærksom på noget, som enhver med lidt forstand på sagen kender til: at lægers vejledning og rådgivning inddrager andre faktorer end snævert kliniske (er det f.eks. rimeligt, at en person på 98 underkaster sig en meget belastende operation, der ikke er synderligt lindrende, mobiliserende el.a., men først og fremmest forbedrer overlevelseschancen på længere sigt?); at læger ofte må handle under tidspress, og at læger må tage hensyn til anvendelsen af de afmålte ressourcer. Der er her tale om vilkår, læger må arbejde under, og en del mennesker har vel tillid til, at disse vilkår kan administreres fagligt og personligt ansvarligt. I så fald skulle de anførte punkter ikke give anledning til nogen særlig alarm i forbindelse med spørgsmålet om aktiv dødshjælp.

Den foruroligende mulighed er, at når flertallet anser disse velkendte punkter for alarmerende i forbindelse med aktiv dødshjælp, må de samme punkter anses for alarmerende i det hele taget. Punkterne skulle da vise, at læger i vidt omfang er inhabile vejledere og beslutningstagere. Det er klart, at da må der forudses vidtgående misbrug af en afkriminalisering af aktiv dødshjælp. Hvis læger i den grad er ofre for vilkårlige faktorer og hensyn, må det, som flertallet advarer imod, nødvendigvis gå galt. Men i så fald må hele den aktuelle tingenes tilstand i lægelig virksomhed være ret så katastrofal, og man tør knap tænke på, hvad fordomsfulde, fortravlede og omkostningsbevidste læger i dag går og gør med deres patienter i vidtgående misbrug af alle ordninger og love.

Hvis det sidste alligevel ikke er flertallets mening, skylder det et argument for, at de nævnte faktorer må anses for særligt alarmerende i forbindelse med aktiv dødshjælp. Argumentet, som her og der skinner igennem, måtte vel være, at en del af de mennesker, der nu og i de kommende årtier udøver lægelig virksomhed i Danmark, er ret opsatte på at få lejlighed til at aflive deres svært syge patienter. Det Etske Råds flertal mener sig endog i stand til at udpege de grupper, hvis medlemmer må påregnes at være særligt udsat for sundhedsfaglig opgiveness og pression i retning af aktiv dødshjælp.

Alt andet lige må det påregnes, at de svageste -herunder de gamle, de mest alene, de særligt sagtmødige, de meget svækkede -vil være mest udsat for opgiveness, fejl og misbrug. På samme måde som i uddannelsessystemet, på arbejdsmarkedet, på boligmarkedet og på andre samfundsområder er det i sundhedsvæsenet vanskeligt at opnå reel lighed i behandlingen af forskellige samfundsgrupper.

Visse patientgrupper måtte påregnes at være særligt sårbare over for sundhedsfaglig opgiveness eller pression. Det ville gælde de stærkt og uhelbredeligt syge, herunder kræftpatienter og AIDS patienter i fremskredne sygdomsstadier. Det ville formentlig også gælde visse grupper af sindslidende og stofmisbrugere, hvoriblandt ikke mindst sidstnævnte gruppe allerede betragtes som en særlig byrde og ikke er synderlig velkomne nogen steder i hospitalssystemet. Særligt for sådanne grupper vil det kunne blive nærliggende at inkludere sig på lægelig dødshjælp som værende til patientens eget bedste." (Side 146).

Præmissen for en slig tankegang kan selvfølgelig kun være den, at de nævnte grupper -velnok størstedelen af de mennesker, der for alvor har med det danske sundhedsvæsen at gøre -allerede nu er genstand for omfattende opgiveness og pression fra deres lægers side. Med andre ord atter en ret foruroligende påstand om realiteternes verden" fra flertallets side.

13.3.5. Glidebanens anden del: udvidelse af området for aktiv dødshjælp. Fra frivillig til ikke-frivillig dødshjælp

Flertallet fastslår, at der vil være en væsentlig risiko for, at afkriminalisering af frivillig dødshjælp vil føre til anerkendelse og praktisering af ikke-frivillig dødshjælp og dermed udarte til noget, der

indebærer særligt store risici for fejl og misbrug.

Som den første begrundelse for sin påstand tilbyder flertallet følgende:

Anerkendelse af, at mennesker med uudholdelige lidelser har ret til afkortning af deres liv, gør det vanskeligt at forklare, hvorfor læger ikke skulle have ret eller pligt til at afkorte livet for patienter, som også må formodes at have uudholdelige lidelser, men som -på grund af vedvarende bevidsthedsløshed eller anden inhabilitet -ikke er i stand til at udøve nogen selvbestemmelsesret." (Side 142).

Hvordan mennesker i vedvarende bevidstløshed kan have uudholdelige lidelser, må her stå hen i det uvisse. Under alle omstændigheder skulle argumentet være, at hvis man accepterer den ene slags dødshjælp binder man sig også logisk til den anden: begrundelsen for den første overføres uden videre til den anden.

For helt at blokere det argument skal man dog blot huske på, at uudholdelig lidelse kun er én blandt flere af de betingelser, der skulle gøre et tilfælde af aktiv dødshjælp etisk rigtig. Patienten skal også være dødssyg, alle hjælpemuligheder udtømt, mv., og, sidst men ikke mindst: patienten skal være bevidsthedsklar og genfremsætte en flere gange tidligere fremført, velovervejet, fuldt informeret, med lægen udførlig gennemdrøftet begæring om hjælpen. Patientens erkendelse og modnede beslutning ska klart foreligge og erkendes som sådan af lægen. Dette er en nødvendig, ufravigelig betingelse for, at dødshjælpen kan anses for rigtig. Dermed skulle det være overordentlig let at forklare, hvorfor en accept af frivillig dødshjælp ikke også er accept af noget ganske andet, nemlig ufrivillig dødshjælp: det opfylder slet og ret ikke betingelserne og har intet at skaffe med begrundelsen.

Flertallet tilbyder endnu ét argument:

Udskridningsrisikoen beror ikke mindst på, at begrundelsen for at yde dødshjælp i den ene eller anden form ofte vil være det oplevede behov for at afhjælpe svære lidelser og ophæve en uværdig" tilstand. Barmhjertighedsmotivet kan imidlertid lige så vel være bærende for anerkendelsen af drab uden som med samtykke. Hvis det er et gode at blive befriet for lidelser af en bestemt art og styrke, må dette i princippet gælde uafhængigt af vedkommendes egne tilkendegivelser. Patientens ytringer kan kun tillægges afgørende betydning i forbindelse med afklaringen af lidelsernes karakter og status i etisk og retlig henseende. Fra en overordnet betragtning bør beredvilligheden til at udøve barmhjertighed i almindelighed ikke afhænge af, om modtageren selv har bedt derom. Den patient, som på grund af tilfældigheder og skæbnens ugunst ikke kan ytre sig, skal vel ikke stilles dårligere end den, der selv kan afgive den fornødne begæring?" (Side 142).

Mindretallet er enig i, at dette at vise nogen barmhjertighed i al almindelighed ikke skal være afhængig af, om denne har bedt om det. Nu handler det imidlertid hverken om barmhjertighed i almindelighed eller om livsafkortning med barmhjertighed som eneste motiv. Det handler om frivillig aktiv dødshjælp, hvor barmhjertigheden kun er et motiv blandt andre, f.eks. respekt for personens selvbestemmelse, integritet og værdighed. I den sammenhæng har patientens ytringer, ikke mindst dennes modnede beslutning i den ene eller anden retning, en helt anden status end blot at bidrage til ...afklaringen af lidelsens karakter i etisk og retlig henseende." Selv om det alt andet lige må regnes for et gode at blive befriet for lidelser af en bestemt art og styrke, er det jo klart, at alt andet ikke er lige: visse mennesker, måske de fleste, vil gerne afstå fra dette unægtelige gode for at opnå et andet gode, f.eks. at leve deres liv igennem til den bitre ende. For andre kan sagen -som tidligere fremstillet -stille sig helt anderledes. Så skønt man udefra kan have meninger om det nævnte gode alt andet lige, kan man fra samme position, dvs. uden nært kendskab til personens egen opfattelse, overhovedet ikke have nogen mening om, hvad der er bedst for den pågældende. Frivillig aktiv dødshjælp til mennesker er noget andet end medlidenhedsafgivning af en hund.

Men kan man da ikke i mangel af bedre forsøge at skønne om eller kvalificeret gætte på, hvad der ville have været indholdet af dette menneskes ytringer? Naturligvis, og dette er da også flertallets tredje tanke:

Formodningen vil kunne blive, at patienten ville have samtykket, hvis muligheden derfor havde været tilstede. Der åbnes således for, at lægen selv træffer valget på patientens vegne ud fra en hypotetisk

indvilligelse, eller at man tillægger en tredje person beføjelse til at afgive stedfortrædende samtykke, alt med henblik på patientens eget bedste, men uden patientens reelle deltagelse". (Side 142-143).

Skønne og formode kan man, alt hvad man vil. Problemet er bare, at i intet forslag til eller nogen ordning for afkriminalisering har sådanne ting nogen som helst status. Der åbnes ikke for dem: tværtimod udelukkes de eftertrykkeligt som helt uacceptable, og med god grund. Så spørgsmålet er, hvorfor en ordning, der udtrykkeligt og med klare grunde forbyder den slags, må antages at åbne dør og port for det? Betyder landets love da intet for dets læger?

Herpå giver flertallet som svar:

En udskridning i retning af videregående praktisering af ikke-frivillig dødshjælp ville ikke nødvendigvis forudsætte en yderligere lovliggørelse. Læger ville helt forståeligt kunne opleve lovens grænse som vilkårlig og urimelig og ville have en stærk tilskyndelse til at handle i overensstemmelse med, hvad patienten måtte formodes at have ønsket." (Side 143).

Skønt ingen afkriminaliseringsforslag drejer sig om ufrivillig aktiv dødshjælp, kan det vel ikke helt udelukkes, at der kunne være særlige tilfælde, hvor en sådan handling ville være etisk forsvarlig. Det er imidlertid ikke noget sådant, flertallet har i tankerne med sit udskridningsargument her: bekymringen er, at der vil være en udskridning fra noget etisk rigtigt til noget etisk klart forkert (der indebærer særlig store risici for fejl og misbrug", side 142). Dermed skulle flertallets svar indebære, at danske læger i vid udstrækning må forudses at ville tage sig selv tilrette og vende lægelov, straffelov mv. ryggen som blot vilkårlige og urimelige indretninger. Og de ville kaste sig ud i noget, der ikke blot var klart ulovligt, men også klart uetisk set fra det synspunkt, der ville være lagt til grund for afkriminaliseringen af frivillig aktiv dødshjælp. Men hvis mange af vore læger under alle omstændigheder og tilmed helt forståeligt" kan forventes at tolke loven og gøre, som begge dele passer dem, har det jo i det hele taget ikke mening at diskutere for og imod lovforslag.

Det skal straks omtales, hvordan flertallet gør brug af et støtteargument beregnet på at udfylde dette hul i udskridningsargumentet. Argumentet skal vise, hvordan der er noget helt særligt ved en lov om afkriminalisering af frivillig aktiv dødshjælp. Det pågældende skulle gøre, at netop i dette tilfælde frem for alle andre bliver lovens overholdelse efter ånd og bogstav umulig, lovovertrædelser forståelige og vidtgående misbrug uundgåelige.

Afslutningsvis hører det med til bekymringen om udvidelsen af området for aktiv dødshjælp, at flertallet forudser en fremtid med ønsker om at få forhåndsbeğæringer om aktiv dødshjælp på et tidspunkt ud i fremtiden tillagt gyldighed i lighed med livstestamenter vedrørende passiv dødshjælp:

Der ville hos mange blive vakt et forståeligt ønske om at kunne afgive en forhåndserklæring for det tilfældes skyld, at man skulle have eller få en sygdom af en art, der typisk udvikler sig sådan, at patienten på et eller andet tidspunkt ikke længere kan betragtes som fornuftshabil, f.eks. Alzheimers syndrom.

Efter en lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville det også blive nærliggende at fremsætte ønske om at få slækket på kravet om en faktisk foreliggende begæring og i stedet bygge på en formodning om, at en sådan begæring ville være blevet fremsat, hvis den pågældende havde været i stand hertil. Det ville nemlig også for f.eks. personer med organisk betinget hjerneskade eller medfødte svære psykiske handicaps kunne gøres gældende, at sådanne individer har behov for og ret til lindring, selv om de ikke selv har evnen til at begære dødshjælp." (Side 144).

Her skulle der med andre ord være endnu en bekymring for udskridning. Nu er dette, at nogle personer fremsætter ønsker om det ene eller andet, jo ikke ensbetydende med, at disse ønsker efterkommes med lovgivning eller ulovlig lægelig praksis. Dertil kommer, at der allerede nu er mennesker, f.eks. en større bevægelse i USA, som med styrke fremfører sådanne ønsker, især med hensyn til svær senil demens. Her er dette ikke en følgevirkning af lovliggørelse af frivillig aktiv dødshjælp, idet denne ikke er lovliggjort disse steder. Sådanne røster kendes også fra dagens Danmark.

Efter mindretallets mening er der her tale om en stor og indtil videre aldeles uoverskuelig etisk

udfordring, som til sin tid må tages meget alvorligt. Den indeholder mange helt uafklarede spørgsmål, f.eks. hvorvidt de udsigtsløst og meget svært demente skal være dødsyge af anden sygdom for at få aktiveret livstestamentet. For nogle rejser der sig her et forfærdeligt skræmmebillede, for andre det modsatte. At bruge skræmmebilledet som håndfast udskridningsargument mod den form for frivillig aktiv dødshjælp, der her omtales, ville på grund af sagens uafklarede stilling, herunder det uafklarede forhold mellem de to former for dødshjælp (hvis det sidste da overhovedet er dødshjælp), være ganske usagligt. Derfor bifalder mindretallet også, at flertallet blot nævner den mulige sammenhæng kortfattet og i dette tilfælde undlader at gøre krav på at kunne forudse en uundgåelig udskridning fra det første til det sidste. Den mulighed består jo også, at et samfund, der i tide, gennem en ordentlig folkelig debat og på anstændig vis kommer på højde med den første udfordring, vil vise sig at være godt skikket til, når tiden kommer, at være den anden voksen.

13.4. Flertallets støtteargument: den magiske grænse

13.4.1. Udskridningsargumenterne i nyt lys

Det fremgår nu, at mindretallet anser hvert eneste af flertallets argumenter for udueligt. Den gennemgående skavank er en form for ufuldstændighed: hver gang mangler der noget afgørende. Hvorfor stiller flertallet sig tilfreds med noget, der hver gang, ret beset, er i den grad utilfredsstillende som argument betragtet? Forklaringen synes at være, at flertallet hele tiden betragter sagen fra et bestemt ståsted. Og medgives må det, at set i lyset af den pågældende forudsætning får de i sig selv tyndbenede argumenter en overbevisende kraft. Med ét kan alle mindretallets kritiske spørgsmål besvares, kan alle de gabende huller fyldes ud.

Hvordan lyder da denne altafgørende forudsætning? Jo, tanken synes at være, at ligesom der i mange menneskers liv er handlinger mod andre eller en selv, som slet og ret er moralsk utænkelige, som det ville være moralsk selvmord at udføre, som ville slette og ødelægge alt af værdi i dette liv; således går der også i ethvert samfundsliv til enhver tid en nærmest absolut etisk grænse: overskridelser af den opfattes som uhyrlige og rystende; grænsen er med til at sætte selve forskellen mellem godt og ondt, og det er først på baggrund af den, at alle de andre etiske og moralske forestillinger får indhold og gyldighed. Og ligesom det hos Dostojevskij, i *Brødrene Karamasov*, hedder: Hvis Gud er død, er alt tilladt!", fornemmer mange vel, at hvis denne grænse falder -hvis f.eks. lovgivningsmagten ligefrem tillader overskridelser -så skrider det hele: så er alt tilladt. Grænsen er en magisk grænse: handlinger, der viser sig at betegne overskridelser af den, antager pludselig helt nye og forfærdende dimensioner.

Mindretallet har stor sympati for denne betragtningsmåde. Dets forbehold går alene på flertallets forvaltning af den i sammenhængen her.

Det er flertallets opfattelse, at afkriminalisering af aktiv dødshjælp netop vil udgøre en sådan grænseoverskridelse. Flertallet mener, at krænkelse af grænsen tydeligt viser sig på tre punkter, hvor noget grundlæggende og dyrebart trues af at blive sat over styr. Det ene punkt går på tanker om menneskelivets ukrænkelighed og om menneskers ligeværd. Det andet på selve den traditionelle kerne i forståelsen af det særlige ved lægelig virksomhed, herunder ikke mindst dennes forpligtelse på bevarelsen af menneskeligt liv. Og endelig omhandler det tredje punkt det forbud mod drab (at tage uskyldigt liv), som hører med til grundlaget for ethvert civiliseret samfund.

Set i det lys bliver flertallets argumentation fuldt forståelig. Det forhold, at en afkriminalisering ikke bare ville være en lovændring blandt andre, hvor noget tillades, som før var forbudt, men ville være en markant overskridelse af den magiske grænse, forklarer fint, hvordan flertallet formår at stille sig tilfreds med sin tilsyneladende så mangelfulde argumentation. De forskellige udskridningsargumenter antager nu en helt anden skikkelse. Nu bliver det med ét forståeligt, hvorfor lægerne netop her skulle blæse på loven og tage sig selv tilrette. Nu bliver det forståeligt, hvorfor det bliver umuligt at afvise ønsker om ufrivillige dødshjælp, når samfundet først har anerkendt den frivillige. Nu kan det indses, hvorfor lægerne i netop dødshjælpssammenhængen ikke vil kunne leve ansvarligt op til deres almindelige arbejdsvilkår (usikkerhed om diagnoser, om prognoser, om den enkelte patients bedste, mangelfuldt personkendskab, fortravlethed, krav om ressourcebevidsthed mv.). Og på samme måde udfyldes de andre huller. Når det just i dødshjælpssammenhængen må forudses, at de almindelige forholdsregler ikke slår til, og tingene går galt, skyldes det, at afkriminaliseringen i kraft af sin

indeholdte grænseoverskridelse vil nedbryde hele den moral og det normsæt, der i almindelige sammenhænge får de almindelige forholdsregler til at blive taget alvorligt og dermed virke efter hensigten.

Således står flertallet trods alt med en stærk og fast sammentømret argumentation. Set i dét lys forekommer alt i bedste orden. Spørgsmålet er så, hvorvidt det uden videre er en given sag, at afkriminalisering af aktiv dødshjælp udgør en slig grænseoverskridelse. For flertallet er det en given sag. I mange passager nøjes flertallet med at fastslå dette som en angivelig kendsgerning. Intetsteds indlader det sig på en egentlig begrundelse for denne påstand. Dermed er flertallets argumentation nok stærk, dog kun stærk for den, der allerede er enig med flertallet.

Jamen, *behøver* man da argumentere for noget så grundlæggende? Kommer det punkt ikke, hvor fornuftsovervejelserne slipper op, og man må nøjes med at pege på sagen og sige: Kan du ikke se det? Prøv at tænke over det igen!?" Sådan et punkt kommer måske, alligevel er ikke dermed sagt, at man er kommet til det her. Det er velkendt, at mange mennesker i Danmark har ment og fortsat mener, at lignende grænseoverskridelser er inde i billedet i forbindelse med fri abort, selektiv abort, passiv dødshjælp, dobbelteffektbestemmelsen, livstestamenter, organtransplantationer, hjernedøds kriteriet, kunstig befrugtning, forsøg med befrugtede menneskeæg, afskaffelse af dødsstraffen mv. Ofte har de fremført synspunkter i stil med flertallets her. Og hver gang har skiftende flertal ment sig berettiget til at tilsidesætte dem som ikke tvingende for helheden. Derfor må også flertallet her være villig til at sætte sit synspunkt på prøve og betragte det som andet end en given sag. Måske er det denne gang flertallets synspunkt, som ikke er spor tvingende. Velkendt er det også, at forestillinger som livets ukrænkelighed, menneskers ligeværd, lighed, den lægelige professions sande kerne og drab er alt andet end entydige. Af dem alle findes der mange og vidt forskellige udlægninger med gode krav på at blive taget alvorligt. At ville nøjes med blot at bruge ordene og så medskikke et par nødtørftige bemærkninger går derfor næppe an.

13.4.2. En gradbøjning af menneskelivets værd

I løbet af sin fremstilling af de forskellige udskridningsargumenter insisterer flertallet gentagne gange på sin opfattelse som noget givet:

Tilbøjeligheden til at betragte st% handicappede som mindreværdige har også i vor tid grobund i menneskesindet. Den relativisering af menneskeværdet, som en hel eller delvis opgivelse af eutanasi forbuddet uvægerligt vil indebære, vil kunne have en betænkelig indflydelse på sådanne tendenser. Hvis samfundet anerkender, at der kan opstilles målestokke for menneskeværd, vil vejen også være gjort mere fri for også at rydde andre modforestillinger til side, ændre disse målestokke og se bort fra det oprindelige samtykkekrav." (Side 144).

Lovliggørelse og praktisering af aktiv dødshjælp ville være et signal om, at det enkelte menneskes liv ikke har absolut værdi. Derved ville samfundets normgrundlag være ændret væsentligt. Det ville være legitimt at tildele det enkelte menneskes liv relativ værdi. Vor moralopfattelse ville blive en anden i fundamental henseende." (Side 145).

Disse passager peger tilbage til et tidligere afsnit, hvor opfattelsen udfoldes mere udførligt. Heri udtrykkes de følgende tanker:

Det er en rodfæstet opfattelse, at det enkelte menneske har en absolut værdi, at hvert menneske er uendeligt meget - og dermed lige meget - værd. Denne traditionelle opfattelse af menneskeværdet ville blive undergravet med en lovliggørelse af aktiv dødshjælp.

I en legalisering af aktiv dødshjælp ville der ligge en anerkendelse af, at individer ikke er lige meget værd, og dermed en udhuling af princippet om livets ukrænkelighed. Nogle menneskers liv ville herefter ikke være mere værd, end at man på visse betingelser kan udslette det eller være behjælpelig hermed. Menneskeværdet ville blive gradbøjet, relativiseret." (Side 129).

Forslagene om en eller anden form for legalisering bygger stort set alle på en forudsætning om, at lovgivningsmagten inddrages i afgrænsningen af de ikke-bevaringsværdige liv. De anviste ordninger

omfatter forskellige kriterier vedrørende den tilstand, de pågældende skal befinde sig i." (Side 129).

Som sagt insisterer flertallet hermed på rigtigheden af sin opfattelse af den særligt grænseoverskridende karakter af en eventuel afkriminalisering. Tilmed får fortalerne skubbet i skoene, at de foreslår målestokke for menneskeværd - sådan at nogle mennesker som mennesker har mere værd end andre, og nogle menneskers liv anses for ikke-bevaringsværdige.

Mindretallet finder ingen grund til at acceptere det perspektiv, flertallet her insisterer på. For at begynde med det sidste punkt om afgrænsningen af de ikke-bevaringsværdige liv er det meget let at sætte sagen i et andet lys. Den ved anvendelsen af udtrykket "ikke-bevaringsværdige liv" antydede analogi med f.eks. bevaringsværdige bygninger forekommer ubehjælpelig. I begrebet om en bevaringsværdig bygning indgår to ting: at den *kan* bevares, og at den *bør* bevares. En ikke-bevaringsværdig bygning er således en bygning, der nok kan bevares, men som det ikke er værd at bevare. Nu er forudsætningen for alle forslag om afkriminalisering den, at de pågældende liv *ikke kan* bevares. Det er aldrig et spørgsmål om, hvorvidt et liv, der kan bevares, også bør bevares eller ej. Det er altid kun et spørgsmål om den rette handling dér, hvor læge og patient er helt på det rene med, at dette liv nu er forbi. Flertallet medgiver jo selv gentagne gange, at der forekommer tilfælde, hvor aktiv dødshjælp må siges at være etisk forsvarlig. Hele debatten drejer sig om for og imod afkriminalisering af just sådanne tilfælde af etisk acceptabel aktiv dødshjælp. At vende et spørgsmål om, hvad man bør gøre, hvor livet ikke kan bevares, til et spørgsmål om, hvorvidt visse liv, der kan bevares, også bør bevares, bidrager ikke til sagens afklaring.

Som gengivet ovenfor finder flertallet, at forslagene om afkriminalisering bygger på den forudsætning, at lovgivningsmagten skal inddrages i afgrænsningen af de ikke-bevaringsværdige liv": der skal opstilles forskellige kriterier vedrørende den tilstand, et menneske skal befinde sig i, for at dødshjælpen kan komme på tale. For flertallet bliver dette uden videre mellemregning til, at forslagene vil indføre målestokke for menneskeværd.

Mindretallet kan ikke følge den udlægning. Som bekendt findes der bestemmelser vedrørende den tilstand, et menneske skal befinde sig i, for at et dobbelteffekt-indgreb kan komme på tale (dødsprocessen skal være indledt, stærke smerter, der ikke kan lindres på anden vis, mv.). Der findes bestemmelser for de tilstande, et menneske skal være i, for at passiv dødshjælp - unndladelser eller afbrydelse af udsigtsløs livsforlængende behandling - kan accepteres. Sådanne bestemmelser indgår også i lovfæstelsen af livstestamenter. Det Ethiske Råd har selv i en redegørelse om emnet udarbejdet forslag til retningslinjer om behandling/selektiv ikke-behandling af ekstremt for tidligt fødte børn. Her handler det hver gang om afståelsen fra heroiske, men meningsløse bevaringsforsøg". Og er lovgivningsmagten da ikke allerede dybt involveret i den stillingtagen, der set med flertallets øjne er en afgrænsning af de ikke-bevaringsværdige liv? Mere oplysende ville det vel være at sige, at lovgivningsmagten her støtter lægerne i deres bestræbelser for at drage den svære grænse mellem, hvad det teknisk er muligt at gøre, og hvad det menneskeligt set har mening at gøre.

Med til billedet hører, at ifølge afkriminaliseringsforslagene kan der her peges på en forskel til fordel for aktiv dødshjælp. Den ufravigelige betingelse er jo, at den, hvis liv det er, selv er nået frem til en modnet erkendelse af, at det nu har fundet sin ende. I de andre tilfælde vil det derimod ofte være sådan, at læger sammen med andet sundhedspersonale og eventuelle pårørende skal skønne, om situationen nu er den, at det ikke længere har mening at kæmpe for livet - eller den, hvor det går an at gøre noget, som fremskynder dets afslutning. En hel del gange drejer det sig om mennesker, til hvem beslutningstagerne intet eller kun et meget ringe kendskab har.

Også flertallets uforbeholdne konstatering af, at en afkriminalisering uvægerligt vil føre til en relativisering af menneskeværdet", kræver nærmere efterprøvelse. At der i en legalisering af aktiv dødshjælp skulle ligge en anerkendelse af, at menneskers liv ikke er lige meget værd, forekommer mindretallet en alt anden end selvfølgelig sag.

Flertallet medgiver selv, at aktiv dødshjælp i visse tilfælde vil være etisk forsvarligt. Nu er det klart, at når det så skal forklares, hvad det er ved disse tilfælde, som gør dem etisk forsvarlige, vil der heri ingenlunde indgå, at de pågældende mennesker har bestemte egenskaber (er handicappede, aldersstegne, tilhører en bestemt religion, menneskerace", ligger samfundet til last el.a.): da ville

dødshjælpen under ingen omstændigheder være etisk rigtig. Forklaringen ville aldrig, hverken delvist eller helt, være den, at dødshjælpen var rigtig, fordi det pågældende menneske i kraft af sådanne egenskaber er mindre værd som menneske betragtet. Tværtimod ville forklaringen være, at dødshjælpen er rigtig, fordi den er det eneste, der kan gøres for dette menneskes skyld og til dets bedste. Dens bærende begreber ville være værdsættelse af, respekt og omsorg for den enkeltes individualitet og levede liv - respekt for denne persons selvbestemmelse, integritet og værdighed - medfølelse og medlidenhed. I en eventuel lovgivning skulle dette tilkendegives med al mulig tydelighed, og lovgivningens mange sikringer skulle indrettes efter at insistere på det samme. Dertil kommer, at alle hjælpemuligheder skal være udtømt, og at alle til rådighed stående hjælpeformer betingelsesløst tilbydes alle og enhver i denne situation. Der ville overhovedet ikke være tale om en udpegning af nogen slags mennesker som kandidater til dødshjælp (alle og enhver kan komme i den situation), og der ville overhovedet ikke være tale om, at for den ene eller anden slags menneskers vedkommende er det acceptabelt at undlade at sætte ind med den hjælp, man uden videre ville tilbyde andre. Det billede, flertallet nærmest fremmaner, nemlig med travhesten med det brækkede ben, der slås for panden, så den ikke unyttigt skal koste god havre, er helt misvisende.

Hvorfor skulle en afkriminalisering af aktiv dødshjælp *med denne begrundelse* uvægerlig føre til en relativisering af menneskeværdet? Selvfølgelig kan man ikke forhindre alle mulige folk i at få alle mulige budskaber og ideologier" hentet ud af det ene eller andet. Men hvordan skulle det være en given sag, eller blot en sandsynlig konsekvens, at en eventuel afkriminalisering, forudgået af en lang folkelig debat og gennemført i al åbenhed, som sit budskab klart og tydeligt har det stik modsatte af sit officielle budskab?

Flertallet slår på, at den uundgåelige relativisering af menneskeværdet vil give grund til særlig bekymring for samfundets sårbare grupper - de handicappede, de gamle, de mest alene, de særligt sagtmødige, de meget svækkede, stofmisbrugerne mv. - der ville opleve en afkriminalisering som udtryk for, at de er en byrde for samfundet, og at man ikke ville have noget imod at slippe af med dem. Hvorfor skulle en afkriminalisering lægge særligt pres på disse grupper, og mere vigtigt, hvorfor skulle de være særligt udsat for lægelig Opgivenhed, fejl og misbrug" (side 103)? Hvis en afkriminalisering uvægerlig fører til en relativisering af menneskeværdet, skal denne opfattelse, for at have de bekymrende konsekvenser, jo slå igennem hos en helt bestemt gruppe af nøglepersoner: Danmarks læger og deres nærmeste samarbejdspartnere. Det er dem alene, der skal begå de mange fejl og praktisere den vidtgående, uhyrlige misbrug.

Er det da en given sag, at en eventuel afkriminalisering uvægerlig vil føre til, at rigtig mange danske læger og andre sundhedsprofessionelle uden videre godtager og praktiserer den skitserede gradbøjning af menneskeværd? For lægernes vedkommende ville det første og lette offer være selve ånden i den væsentligste klausul i det danske lægeløfte: ...aflægger jeg hermed det løfte..., at jeg vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse...". Og for sygeplejeskernes ville det være den første klausul i de sygeplejeetiske retningslinjer, hvorefter sygeplejersken i alt sit virke skal respektere den enkelte patients egenverdi, individuelle behov og valg. Disse hævdundne grundholdninger udgør en direkte afvisning af enhver relativisering eller gradbøjning af menneskeværdet. De er ej blot til pynt, og mindretallet ser ingen grund til at antage, at en afkriminalisering af etisk forsvarlig aktiv dødshjælp skulle medføre, at de mennesker, der nu er bundet af dem, vil opgive dem til fordel for det stik modsatte. For det modsatte ville det være: flertallets omtale af gradbøjning eller relativisering af menneskeværdet er nemlig meningsløs. Enten fastholder man tanken om menneskers ligeværd, eller man gør det ikke: at gå ind på grader af menneskeligt værd er det samme som at opgive selve tanken om menneskeværd.

Endelig må det medgives, at hvis det hele skulle skride, og danske læger kaste sig ud i misbrug af en afkriminalisering, ja tilmed et misbrug rettet mod bestemte grupper, ville budskabet deri unægteligt være, at tankerne om menneskeværd og menneskers ligeværd var bukket under. At medgive dette er imidlertid ikke at give flertallet medhold i dets opfattelse. Hele flertallets ræsonnement er jo, at afkriminaliseringen i sig selv uvægerlig vil fordrive disse tanker, sådan at afkriminaliseringen *af netop den grund* vil føre til udskridningen. Ifølge flertallet skulle det være selve afkriminaliseringen, der udsender det signal, som skulle få læger og andre til forståeligt at begive sig ud i misbruget.

13.4.3. Tvetydiggørelsen af lægerollen"

Det andet led i flertallets forklaring af det særligt grænseoverskridende og dermed udskridende i en afkriminalisering er en påstand om ødelæggelse af lægens faglige selvopfattelse og af læge-patient forholdet:

Lægens traditionelle opgave og faglige pligt er at forebygge sygdomme og fremme sundhed. Lægen skal efter evne lindre smerte og hjælpe den syge med at genvinde sit helbred. En beføjelse til at yde dødshjælp vil ikke umiddelbart kunne forenes med den form for lægevirksomhed, som vi kender i dag. Hvis læger får beføjelse til som led i deres lægegering på visse betingelser at afkorte liv, vil dette tværtimod kunne gøre lægerollen mindre entydig. Det ville kunne kompromittere såvel lægers egen som andres opfattelse af lægehvervet, den lægelige profession og sundhedsvæsenet." (Side 134).

Flertallets drøftelse af dette vigtige punkt, som det ofte anvender som forudsætning i udskridningsargumenterne, er meget kortfattet. Jævnligt gennemførte undersøgelser i en række lande, herunder Danmark, konkluderer, at en del læger, svingende fra ca. 30% til 80% af alle de adspurgte, finder frivillig aktiv dødshjælp forenelig med lægerollen og støtter forslag om afkriminalisering. Ifølge flertallet skulle disse mange læger være galt afmarcheret og ikke have forstået, hvad deres gerning grundlæggende går ud på.

Mindretallet finder, at flertallet ikke yder den pågældende medicinsk etiske og lægefaglige debat retfærdighed. Flertallets egen udlægning af lægens traditionelle opgave og faglige pligt er besynderlig. Således indgår de ord, der i citatet ovenfor tillægges det danske lægeløfte, overhovedet ikke i dette lægeløfte. Og skønt både sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme må siges at være vigtige opgaver, kan man i det ovenstående savne sygdomsbehandling, lindrende behandling, trøst og lindring af lidelse som også dele af lægehvervet. Dertil kommer, at lægehvervet traditionelt aldrig blot er defineret ved sine opgaver, men altid også er etisk bestemt: opgavernes varetagelse er altid indrammet af en medicinsk etik. Gennem tiderne har denne etik undergået forandringer, og som tidligere omtalt har de sidste to årtier ført til væsentlig nytænkning. Den medicinske paternalisme med lægen som suveræn, formynderisk beslutningstager er i Danmark og en del andre lande blevet forladt til fordel for en medicinsk etik, der lægger afgørende vægt på respekten for personer og dermed på individualitet, selvbestemmelse, integritet og værdighed. I visse nærtstående lande er denne medicinske etik indskrevet i formålsbestemmelserne for det offentlige sundhedsvæsen, og det samme var tilfældet med daværende sundhedsminister Esther Larsens forslag til lov for det danske sundhedsvæsen.

Mindretallet har allerede redegjort for, hvordan den aktuelle debat om frivillig aktiv dødshjælp kan opfattes som en del af den løbende udformning af det nye værdigrundlag. Mindretallet har også forklaret, hvordan flertallets redegørelse kan siges at gå systematisk fejl heraf ved bestandig at tale om *retten* til selvbestemmelse (*retten til at blive dræbt efter begæring mv.*).

Flertallet giver næsten ingen begrundelse for sin påstand om, at en afkriminalisering vil kunne tvetydig gøre lægerollen, ødelægge læge-patient forholdet, kompromittere lægers faglige selvforståelse, den lægelige profession og sundhedsvæsenet. Det nærmeste, flertallet kommer, er dette:

Udsigten til et godt forhold mellem patient og læge ville i mange tilfælde blive forringet, hvis patienten ikke længere kunne have en tryk forvisning om, at lægens opgave alene er at hjælpe patienten bedst mulig gennem livet, ikke at være med til at vælge mellem livet og dettes afslutning. Patienten kunne med rette opleve usikkerhed og ubehag, hvis læger fik tillagt beføjelse til at hjælpe med livsafkortning. Nogle patienter ville måske ligefrem være ængstelige for at blive aflivet uden at have samtykket. Nogle ville opleve et større eller mindre pres med henblik på fremsættelse af en begæring, og de ville være ængstelige for konsekvenserne af at afvise aktiv dødshjælp, hvis de fornemmede, at lægen var indstillet på at indlade sig derpå. Nogle patienter ville i hvert fald opleve et fravær af opmuntring til at holde fast i livet. En legalisering ville dermed kompromittere tillidsforholdet mellem læge og patient til skade for begge parter." (Side 135-136).

Nøjagtig den samme slags bekymring om ødelæggelse af lægehvervet og læge-patient forholdet er velkendt fra andre områder: fri abort, patientens krav på ærlig og fyldestgørende besked, samtykkekravet, passiv dødshjælp, livstestamenter og dobbeltefektbestemmelsen. I nogle af disse tilfælde har lægen jo også fået en vis beføjelse til ...at hjælpe med livsafkortning." Atter skylder flertallet en forklaring på, hvorfor det, der tilsyneladende ikke er gået galt i de andre sammenhænge,

netop skal gå galt her. Hvorfor skulle patienter opleve usikkerhed og ubehag, hvis lægerne kunne gå straffri i visse tilfælde af frivillig aktiv dødshjælp? Hvorfor skulle en lov med samtykke (ja, meget mere end det) som ufravigeligt krav føre til, at patienter med god grund skulle være ængstelige for at blive aflivet uden at have samtykket? Kunne folk ikke være lige så ængstelige uden denne lov, hvis de formår at tiltænke deres læger sådanne motiver? Kan patienter i dag ikke være ængstelige for, at lægen vil have dem til at begære passiv dødshjælp eller dobbelteffekt-indgreb i utide eller sige nej tak til omkostningskrævende behandlingsforløb, der kunne gavne dem?

Det må formodes, at langt de fleste patientbeslutninger i sundhedsarbejde hviler på tiltro og tillid til læger og andre sundhedsprofessionelle. Flertallet frygter, at en afkriminalisering vil undergrave dette. Også her skylder flertallet en forklaring. Så meget mere, som næsten alle de bekymrende konsekvenser, der ovenfor nævnes, kun er tænkelige i en situation, hvor en afkriminalisering groft misbruges, og patienter i almindelighed får det indtryk, at læger presser folk til at begære aflivning, bliver sure på patienter, der ikke vil lade sig aflive, og endda af og til blot afliver patienter efter eget forgodtbefindende. Således forudsætter omtalen af de bekymrende konsekvenser just det, den skal vise grund til bekymring for, nemlig udskridning og vidtgående misbrug af en eventuel afkriminalisering.

13.4.4. Delvis ophævelse af drabsforbuddet

En afkriminalisering vil efter flertallets mening nedbryde den grænse, der markeres af drabsforbuddet:

I vor kulturkreds betragtes menneskelivet i princippet som ukrænkeligt. Samfundet anerkender kun i meget begrænset omfang afvigelser fra dette synspunkt, herunder først og fremmest i forbindelse med krigsførelse og i yderst begrænset udstrækning i nødværge, lovlig retshåndhævelse og svangerskabsafbrydelse." (Side 129).

En lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil indebære ophævelse af et grundfæstet forbud, som i vor kulturtradition har absolut karakter på næsten alle områder, nemlig drabsforbuddet." (Side 145).

Dette er så den sidste drivkraft i de forskellige udskridningsargumenter. Når en afkriminalisering, helt uanset dens sikringer, vil være umulig at administrere, når læger vil tage loven i egen hånd, patienter frygte for at blive aflivet osv., skulle det ikke mindst skyldes dette syndefald: at læger, ligesom hin berømte agent, bliver licensed to kill".

Gennem hele sin redegørelse bygger flertallet konsekvent op til dette punkt. I alle sammenhænge tales der om lægens drab på patienten: aktiv dødshjælp kaldes drab efter begæring", lægen siges at dræbe sin patient med eller mod dennes vilje mv. Intetsteds sættes spørgsmålstegn ved denne sprogbrug.

Det er omstridt, om provokeret abort før den tolvte uge er drab eller noget andet. Det er omstridt, om selektiv abort af et fuldt levedygtigt foster/barn i femogtyvende uge med mongolisme er drab eller noget andet. Det er omstridt, om visse former for passiv dødshjælp er drab. Det er omstridt, om indgreb efter dobbelteffektbestemmelsen er drab. Allermest omstridt, såvel i avisindlæg, debatbøger som i en omfattende medicinsk etisk, juridisk, retsfilosofisk og filosofisk faglitteratur, er det for tiden, om aktiv dødshjælp i den her omhandlede form er drab.

Det er højst beklageligt, at flertallet her vælger blot at lade som ingenting, fastholde sin betegnelse drab" og dermed udstyre sig selv med ovenstående argument som en given sag.

Nogle mener, at aktiv dødshjælp ikke bør betegnes som drab. Hvis en hårdt såret soldat på slagmarken trygler sin kammerat om nådestødet og får det, da der ingen udsigt til hjælp er, vil mange vel mene, at soldaten faldt i kamp. Han døde af sit banesår. Hans død skyldtes ikke, at en kammerat dræbte ham. Fortalere for afkriminalisering vil på samme måde slå på, at i tilfælde af etisk forsvarlig dødshjælp dør patienten af sin sygdom. Det er sygdommen, der er skyld i, at patienten skal dø - og dør på det sted i livet. Lægen dræber ikke sin patient, er hverken skyld i, at denne nu skal dø eller snart dør. Lægen hjælper sin patient til en værdig død i overensstemmelse med dennes levned og meninger. Lægen tager ikke livet: det er allerede taget. Lægen tager ikke livet fra nogen, eller nægter nogen livets gode. Hvis det lykkes, giver lægen nogen noget, nemlig respekt, værdighed, medfølelse og en død tro mod dette levede liv.

Ud fra lignede overvejelser har mange jo gennem lang tid gjort gældende, at passiv dødshjælp og dobbelteffekt-indgreb ikke bør regnes for drab. I det ene tilfælde træder lægen tilbage og lader naturen gå sin gang", da intet andet længere har mening. I det andet forskåner lægen sin døende patient for forfærdelig pinsel vel vidende, at indgrebet fremskynder tidspunktet for dødens indtræden. Og når der vedrørende disse hersker udbredt enighed om, at der ikke er tale om drab, kunne det være rimeligt at udtrække det samme til at gælde aktiv dødshjælp. Vel er lægen aktivt indgribende ved den aktive dødshjælp til forskel fra ved den passive dødshjælps tilbagetrækning, og vel er hensigten med indgrebet ved den aktive dødshjælp, at patientens liv nu ophører, hvorimod hensigten ved dobbelteffekt-indgrebet alene er at undgå smerter, medens dødstidspunktets fremskyndelse blot er en forudsigelig, utilsigtet bivirkning; alligevel er følgerne af lægens handling eller undladelse hver gang den samme: at patienten dør til denne tid og ikke en senere, og hver gang kan det med god ret hævdes, at patienten dør af sin sygdom, ikke som følge af et drab.

Naturligvis kan man insistere på at kalde tilfælde af etisk forsvarlig aktiv dødshjælp for drab. Dermed er imidlertid ikke sagt, at sådanne tilfælde krænker det drabsforbud, flertallet lægger så stor vægt på. På samme måde kunne man vælge at regne passiv dødshjælp og dobbelteffekt-indgreb for drab, uden at det vil ændre det fjerneste ved det etisk acceptable ved disse handlinger; for man kunne hævde, at hovedvægten - også i drabsforbuddet - ikke ligger på selve handlingen og dens følger, men på den handlendes hensigt og motiver.

Tænker man sig, at en rig arveonkel lå for døden i en livsopretholdende maskine, og den griske arvenevø sneg sig ind og slukkede for maskinen, for at onklen, af hensyn til noget arveretsligt, skulle dø hurtigst muligt, ville der vel være tale om drab, og ville det være rimeligt med en hård straf. Hvis nu lægerne samme dag havde besluttet at slukke for maskinen næste morgen, kom nevøen dem altså i forkøbet; dog var hans handling den samme, som deres ville have været: at afbryde maskinen, så livet kunne udslukkes. Således kan det hævdes, at hvis nevøen dræbte onklen, ville lægerne også have dræbt ham. De ville have gjort nøjagtig, hvad han gjorde. Samme handling, samme hensigt. Når nevøen bør straffes for denne handling, lægerne derimod ikke, skulle forskellen ikke søges i spørgsmålet om drab eller ej; begge gange var eller ville der være tale om drab. Forskellen går afgørende på de respektive motiver. Nevøen udførte drabet uden hensyn til onklen, blot for at få ham ud af verden, så han selv kunne blive rig. Lægerne ville have udført deres af respekt for dette medmenneskes værdighed og respekt for et menneskes død.

På den måde taler noget for, at etisk forsvarlig aktiv dødshjælp ikke har karakter af drab og dermed ikke krænker drabsforbuddet. Andet taler for, at det nok har karakter af drab, men lige så lidt som passiv dødshjælp og forskelligt andet krænker drabsforbuddet, eftersom dette forbud ikke går på drab slet og ret. Som sagt findes her en omfattende debat, flertallet vælger at ignorere i sin argumentation. Flertallet nøjes med at fastslå, at der altid vil være tale om drab, og at en afkriminalisering af etisk forsvarlig aktiv dødshjælp under alle omstændigheder vil udgøre et så markant brud med drabsforbuddet, at dets bagvedliggende ideer om det enkelte menneskes absolutte værdi, livets ukrænkelighed mv. vil blive i den grad undergravet, at de højst uønskværdige udskridninger må anses for nærmest uundgåelige.

Efter mindretallets bedømmelse bliver flertallets stillingtagen på dette vigtige punkt hverken bedre eller dårligere end det tilsvarende i abortdebatten, hvor nogle afviser abort, andre accepterer det, alene fordi man dogmatisk hæfter eller ikke hæfter betegnelsen drab" på det.

13.5. Opretholdelse af den nuværende ordning

Flertallet medgiver, at en afkriminalisering af frivillig aktiv dødshjælp ville indebære stor gavn for et lille antal mennesker. Når flertallet så afviser afkriminaliseringen af hensyn til skaderne på et større antal, må det svare på, hvad der skal blive af læger og patienter i det lille antal tilfælde. Herom hedder det indledningsvis:

Mange nærer formentlig den opfattelse, at drab efter begæring/hjælp til selvmord i sjældne tilfælde er moralsk velbegrundede handlinger. Sådanne tilfælde kan til og med af nogle opfatte som ikke alene forenelige med, men ligefrem et udslag af lægegerningen. Som følge af lægens forpligtelser over for patienten kan civil ulydighed" - og deraf følgende retlig lempelighed - således være berettiget i helt

ekstraordinære tilfælde." (Side 150).

Et forslag om at afkriminalisere den slags, og kun den slags, tilfælde imødegås nu med to punkter. Det ene går på ulempen ved afkriminalisering, det andet på fordelene ved en opretholdt kriminalisering. Ulempen er denne:

Hvis man på strikte betingelser tillader meget omhyggelige og samvittighedsfulde læger at udøve dødshjælp, giver man samtidig mindre omhyggelige og samvittighedsfulde samme beføjelse." (Side 150).

Mindretallet kan ikke følge dette ræsonnement. Enten er det en principiel indvending mod enhver form for lovliggørelse af, at læger under strikte betingelser udfører betænkelige indgreb. Indvendingen ville da lige fuldt ramme f.eks. frihedsberøvelse og tvangsbehandling af sindslidende, passiv dødshjælp, dobbelteffekt-indgreb, højrisikable operationer, selektiv ikke-behandling af ekstremt for tidligt fødte børn, risikable forsøg mv. De strikte betingelser, hvormed samfundet her regulerer den pågældende virksomhed, fordrer omhyggelighed og samvittighedsfuldhed, og kan, sådan er meningen med dem, kun opfyldes af den omhyggelige og samvittighedsfulde læge. Det er ikke tilladelser, der giver samvittighedsfulde læger lov til noget, som samvittighedsløse læger så også får lov til: de sidste får ikke lov til noget som helst, og kan kun øve deres slette handlinger ved at bryde loven. Hvis den slags tilladelser på strikte betingelser aldrig er en farbar vej, er samfundet for alvor på herrens mark.

Den anden mulighed er, at netop på dødshjælpsområdet vil det, der sædvanligvis er en farbar vej, vise sig ufarbar. Men hvorfor dog? Herpå lyder svaret kort:

Selv om det i enkeltstående tilfælde måske kan være moralsk rigtigt at udøve aktiv dødshjælp, kan man ikke udforme lovregler og retningslinjer, som lige præcis indfanger de afgørende momenter i sådanne sager." (Side 150).

Kort efter fastslås blot: Der kan ikke opstilles generelle retningslinier." (Side 151), og den samme tanke forfølges i afsnittets konklusion:

Konstruktionen af idealtilfælde til brug for den offentlige debat rækker ikke ved fastlæggelsen af en overordnet samfundsmæssig policy, som kræver, at der tages højde for hverdagens realiteter i sundhedsvæsenet." (Side 152).

Hvis man om visse tilfælde af aktiv dødshjælp kan sige, at de er etisk forsvarlige, ja måske uomgængelige, må man også kunne sige, hvad det er ved de pågældende situationer, der giver handlingerne denne status. Det må være nogle almene træk, der kan gå igen fra situation til situation. Dermed er der, ligesom ved tvangsbehandling, dobbelteffekt-indgreb mv., udgangspunkt for overvejelser om strikte betingelser og generelle retningslinjer.

Det afviser flertallet uden videre. Det er klart, hvad der her driver værket, nemlig overbevisningen om, at der ikke kan formuleres strikte betingelser, som garanterer mod fejl og misbrug, og at der netop på dødshjælpsområdet må forudses særlig stor tilskyndelse til lægelige fejl og lægeligt misbrug.

Så vidt ulempen ved afkriminalisering af etisk forsvarlig dødshjælp. Fordelen ved at opretholde den nuværende kriminalisering skulle så være denne:

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 opretholder den størst mulige sikkerhed mod fejl og misbrug i et større perspektiv." (Side 151).

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. Den ulovlige aftale, som lægen i så fald indgår med patienten, er i sagens natur af helt privat karakter, hvilket indebærer, at lægen ikke kan hente legitimation for sin handling i andet end i sin personlige overbevisning." (Side 151).

Den nuværende ordning kræver, at lægen i det etisk forsvarlige, måske uomgængelige, tilfælde af dødshjælp lægger hovedet på blokken. Lægen må så håbe på to ting: at få sin gode vilje anerkendt og at møde mildhed. Flertallet stiller lægen en retlig lempelighed i udsigt, medgiver dog, at det for en læge kan være belastende at få hæftet en selv nok så mild strafferetlig bedømmelse på sig. Det kan være, flertallet her glemmer, hvad det selv jævnlige kalder hverdagens realiteter i sundhedsvæsenet". I forvejen er der ophængt ikke så få Damokles sværd over lægers hoveder. Skal lægen først gå gennem langs tids frygt for at blive afsløret, dernæst efter afsløringen få hele sin handel og vandel undersøgt, herunder endevendt i pressen, suspenderes, gå igennem flere års undersøgelser, retsforhandlinger, ængstelser, mistænkeliggørelse, kollegial afstandtagen og isolation mv. for endelig, hvis retfærdigheden da i det hele taget sker fyldest, at modtage sin milde dom og genoptage sit virke påhæftet prædikatet: Denne læge er dømt for drab på sin patient"?

Ved at opretholde den tilstand skal det storstilede misbrug forhindres, der efter flertallets opfattelse uvægerligt vil udløses af en afkriminalisering. Og derved sikres også bedst muligt, at de dødshjælpsindgreb, der foretages, er begrænset til netop de etisk forsvarlige eller etisk uomgængelige. På den baggrund fremføres så den følgende overvejelse:

Selv om der stort set aldrig rejses tiltale mod læger for drab efter begæring/hjælp til selvmord, og selv om det måtte antages, at sådanne handlinger forekommer i et eller andet omfang, kan man ikke deraf udlede, at det eksisterende forbud er uden betydning og lige så godt kunne ophæves. Forbuddet bevirker utvivlsomt en udtalt og ønskelig tilbageholdenhed hos læger med at inkluderes på aktiv dødshjælp." (Side 151).

Flertallet tager som nævnt næsten for givet, at den nuværende kriminalisering sikrer, at læger kun udfører etisk forsvarlig dødshjælp og gør det efter indgående etiske refleksioner. Det kan man håbe på, men selvfølgelig intet vide om. En ting er dog givet: den nuværende ordning sikrer, at læger udfører dødshjælp i *dølgsmål*, ligesom den vel også sørger for, at læger gør det helt *på egen hånd*, helt afhængig af egen mere eller mindre gode dømmekraft og ekspertforstand på den pågældende sygdom, behandlingsmuligheder mv.; den sikrer også, at der overhovedet ingen faglig løbende bearbejdelse og konsensus kan udvikle sig om de forskellige former for særlige forløb, hvor dødshjælp kan være berettiget; den udelukker enhver form for kollegial før- og efterdiskussion. I kraft af sine alvorlige konsekvenser for lægen kunne den nuværende ordning også bidrage til, at afslørede tilfælde af aktiv dødshjælp nedtysses, og at lægelige og juridiske myndigheder selvbestaltet ordner sådanne sager bag lukkede døre og bekvemt ugeneret af offentlighedens søgelys. Og måske, hvem véd, tåler de kriterier, der her anvendes til at se gennem fingre med dødshjælp, ikke dette søgelys (har nogle grupper, f.eks. læger, lettere ved at få deres bøn hørt end andre?).

Således kan den nuværende ordning vise sig at dække over andet end det, flertallet ser som eneste mulighed. At læger ikke anklages for aktiv dødshjælp eller hjælp til selvmord, kan betyde, at læger aldrig udfører sådanne handlinger. I så fald sikrer ordningen ikke, at kun etisk forsvarlige indgreb udføres: så sikrer den tværtimod, at dødshjælpen heller ikke finder sted dér, hvor den er det eneste rigtige.

At læger ikke anklages, kan også betyde, at der nok udføres aktiv dødshjælp, måske endda i ret stor målestok, men at samfundet har en lille stat i staten, som ud fra egne ideer holder justits. Nu kunne det så være, at disse tilfælde af aktiv dødshjælp stort set ville vise sig at være etisk forsvarlige; samtidig kunne det også være, at den eventuelle tavshedens sammensværgelse har givet grobund for mange underlige ideer, sådan at man accepterer" mange vidt forskellige, herunder mange etisk helt uacceptable, former for aktiv dødshjælp.

At læger ikke anklages, kan også betyde, at der nok udføres aktiv dødshjælp, men at det sker helt i dølgsmål og så godt skjult, at næsten ingen andre kommer til at vide af det. Det skulle da være i de tilfælde og i de nicher i sundhedsvæsenet, hvor lægen uden at blive kigget over skuldrene af andre kan se sit snit til at gøre det. Og hvor flertallet taler om lægens ulovlige aftale indgået med patienten", kunne man her, ligesom også ovenfor, have sin mistanke om, at lægen ville gøre bedst i at skønne, fornemme og gætte - ofte ville pårørende eller andre hjælpere kunne få nys om en sådan kontrakt, sådan at dølgsmålet også måtte udstrækkes til den syge selv.

I intet af disse tilfælde ville den nuværende ordning være hensigtsmæssig. Efter flertallets bedømmelse er ordningen den bedste garanti for, at kun de etisk forsvarlige indgreb udføres. Den kunne lige så godt være garantien for, at heller ikke de indgreb udføres, og den kunne lige så godt være årsagen til og dækket over en praksis med vilkårlighed, fejl og misbrug af netop den slags, flertallet forudser i tilfælde af afkriminalisering.

Når flertallet i sin argumentation mod afkriminalisering er i den grad bekymret for danske lægers tilskyndelse til fejl og misbrug, forekommer dets udlægning af den eksisterende ordning underlig. For hvis der i dagens Danmark forekommer lægelig aktiv dødshjælp, betyder dette jo i kraft af kendsgerningen om de udeblivende anklagerejsninger, at lægerne selv og ganske i dølgsmål administrerer en ordning" helt forskellig fra det officielle forbud, befolkningen kender til; enten administrerer de den i mindre flokke, måske sammen med visse myndigheder, eller de gør det enkeltvis og efter bedste beskab; og de ville i givet fald administrere en ordning", der tilsyneladende indebærer garanti mod enhver form for prøvelse ved domstolene eller andet offentligt indseende.

Og skulle man hertil svare: Jamen, det afgørende værn mod misbrug er jo, at den magiske grænse ikke er overskrevet. Samfundet opretholder uden vaklen det absolutte forbud mod drab og sender dermed sit klare signal til lægerne!", ville dette klinge hult: i givet fald ville forbuddet kun være til udvortes brug, idet den eksisterende og på den ene eller anden måde lægeligt selvadministrerede uofficielle ordning" jo - dette var antagelsen - indebærer, at der udføres aktiv dødshjælp uden nogen form for anklage efter lovens ånd og bogstav i den officielle ordning. Hvis der faktisk forekommer lægelig aktiv dødshjælp, og hvis der alligevel aldrig rejses anklage for drab, er det absolutte drabsforbud jo opgivet for dette områdes vedkommende.

Med de ovenstående overvejelser tilkendegiver mindretallet ingen opfattelse af, hvordan den nuværende ordning skal udlægges. Derom er der intet holdepunkt for nogen mening. Pointen har alene været at anføre forskellige muligheder. Derved sættes dels spørgsmålstejn ved flertallets ret så kategoriske udlægning, dels gives der en vis grund til at mene, at den nuværende ordning bør tåle at blive holdt op mod alternativer.

13.6. Forbedret hjælp til døende

Flertallet lægger afgørende vægt på, at samfundets hjælp til døende bør forbedres og opprioriteres. Dette synspunkt kan mindretallet uden videre støtte.

Imidlertid synes flertallets tankegang at være den, at eftersom der kan gøres væsentlige fremskridt i hjælpen til døende, er det slet ikke relevant at diskutere afkriminalisering af aktiv dødshjælp: samfundet bør vælge denne første vej snarere end den alternative, nemlig at indrette lægelig aktiv dødshjælp som en behandlingsmæssig ydelse i sundhedsvæsenet.

Efter mindretallets opfattelse er en sådan tankegang aldeles misvisende.

For det første er der på ingen måde tale om, at lægelig aktiv dødshjælp skal være et stående tilbud til personer, der opfylder visse betingelser - en ydelse, der kan sidestilles med tilbud om døgnpleje, ophold på hospice eller andet. Således drejer det sig ikke om at vælge mellem forskellige strategier til at komme på højde med problemet med de døende". De to ting - forbedret hjælp til døende og afkriminalisering af lægelig aktiv dødshjælp - skulle i et anstændigt samfund sagtens kunne gå hånd i hånd.

For det andet er hovedspørgsmålet jo, hvorvidt det danske samfund bør eller ikke bør afkriminalisere aktiv dødshjælp. Og når flertallet besvarer dette negativt med henvisning til muligheden af forbedret hjælp til døende, går flertallet dermed fejl af selve hovedspørgsmålet. Fra dette, at man måske kan nedbringe antallet af begæringer om aktiv dødshjælp, følger intet om, hvorvidt samfundet bør afkriminalisere aktiv dødshjælp eller ej. For at have nogen relevans for selve hovedspørgsmålet, og ikke f.eks. blot for, hvorvidt dets afklaring er mere eller mindre presserende, må flertallets påstand være den langt stærkere, og til gengæld højst utroværdige, at en sådan forbedring af hjælpen til døende *helt* vil fjerne behovet for lægelig aktiv dødshjælp.

I den aktuelle debat i Republikken Irland om fri abort slår modstanderne på, at man i stedet for at indføre fri abort skal forbedre seksualoplysningen, give let adgang til præventive midler og forbedre de sociale støttetilbud til kvinder, der ellers kunne være tiltrukket af abortudvejen. Men det er jo at skifte emne: i stedet for at diskutere, om statsmagten skylder sine borgere at give dem selv ansvaret for sådanne afgørelser, vil disse modstandere diskutere, hvordan antallet af abortsituationer kan nedbringes.

På ganske samme vis forholder det sig med den her betragtede del af den argumentation, der fremføres af Det Ethiske Råds flertal. Nedbringning af antallet af elendige forløb for døende er et uhyre vigtigt emne, langt vigtigere end spørgsmålet om afkriminalisering af lægelig aktiv dødshjælp. Blot er det et helt andet emne.

13.7. Konklusion

Med fælles udgangspunkter når flertal og mindretal frem til forskellige anbefalinger. Mindretallet har redegjort for, hvordan dets forståelse af indhold og begrundelse for forslag om afkriminalisering af frivillig aktiv dødshjælp afviger betydeligt fra flertallets.

Desuden har mindretallet undersøgt samtlige de argumenter, flertallet lægger til grund for sin afvisning af sådanne forslag. Holder undersøgelsen stik, bør disse argumenter ikke anses for overbevisende, hverken enkeltvis eller sammenlagt.

Således formår flertallet ikke at give gode grunde for sin anbefaling om opretholdelse af det gældende forbud mod aktiv dødshjælp. At lade sagen bero med flertallets anbefaling ville ikke være rimeligt.

Mindretallet finder på den anden side, at mange gode grunde taler for, at forslag om afkriminalisering må tages så alvorligt, at der bør indledes en proces, hvorved samfundet med forskellige initiativer - f.eks. offentlig debat, udvalgsarbejder, dataindsamling, forskningsprojekter - bringer sig selv videre i sagens afklaring. Specielt er det vigtigt at undersøge mulige modeller for en dansk afkriminalisering med stærke sikringer mod misbrug og forkert brug.

Det er endvidere mindretallets opfattelse, at samfundet ville gøre klogt i at indlede denne proces. Internationalt tager debatten kraftigt til i styrke, stadig flere stater og delstater indfører afkriminalisering eller befinder sig på nippet til det. Det skulle nødtigt gå sådan, at Danmark til sin tid oplever et pludseligt skred og forhastet indfører en ordning, der ikke er til at leve med.

Mindretallet anbefaler endvidere, at det vigtige spørgsmål om dansk afkriminalisering af lægelig hjælp til selvmord tages op til særskilt overvejelser. En sådan overvejelse findes hverken ovenfor eller i flertallets redegørelse. I flere europæiske lande eksisterer en sådan afkriminalisering.

Endelig kan mindretallet uden forbehold tilslutte sig flertallets anbefalinger af en opprioritering af sundhedsvæsenets hjælp til døende. Fra mindretallets synspunkt er dette imidlertid ikke et alternativ til afkriminalisering af lægelig akti dødshjælp.

/Jørgen Husted.

Noter

1. Betænkning nr. 1184/1989 om afkald på livsforlængende behandling (livstestamenter mv.).
2. Se Det Ethiske Råds årsberetning 1991: 54-80.
3. *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health* 497 U.S. 261, 280 (1990).
4. *Airedale NHS Trust v. Bland*, Appeal Cases 789 (1993).
5. Der kan sondres mellem patienter i koma, patienter i en tilstand af »pseudokoma« og patienter i en vedvarende vegetativ tilstand (*persistent vegetative state*). Se nærmere ordforklaringen i *bilag 10*. Også

behandlingen af svært handicappede nyfødte har givet anledning til omfattende debat, se herom Det Etske Råds debatoplæg *Ekstremt tidligt født* (1994).

6. En række personer har bidraget med nyttige oplysninger og bemærkninger til dette kapitel; herunder har et antal særligt sagkyndige i smertebehandling kommenteret redegørelsens *bilag 8*. Det Etske Råd retter en særlig tak herfor til følgende personer:

Forskningsleder, ph.d. *Lis Adamsen*, Universitetshospitalernes Center for Sygeplejeforskning, Rigshospitalet; socialrådgiver *Else Arentoft*, Multidisciplinært Smertecenter, Bispebjerg Hospital; centerleder, cand. psych. *Niels Peter Agger*, Kræftens Bekæmpelse, Århus; næstformand for Positivgruppen, *Jan Berntsen*; forskningsleder, lektor, cand. rer. soc. *Unni Bille-Brahe*, Center for Selvmordsforskning, Odense Universitet; cheflæge, dr. med. *Stig Bryde Andersen*, Brovst sygehus; adm. overlæge *Else Bønsing*, Anæstesiologisk afdeling, Centralsygehuset i Nykøbing Falster; overlæge, dr. med. *Hans Colstrup*, Kirurgisk afdeling H, Amtssygehuset i Gentofte; sygeplejer ske *Lisbeth Due Madsen*, Kræftens Bekæmpelse; konsulent for Ældre Sagen, alment praktiserende læge *Axel Engberg Pallesen*, Rødovre; overlæge *Jørgen Eriksen*, Multidisciplinært Smertecenter, Bispebjerg Hospital; forskningsmedarbejder, sygeplejerske *Ulla Fasting*, Den Medicinske Forskningsenhed, Ringkøbing amt; kontorchef *Anita Fogh*, Vejle amt; sygeplejerske *Dennis Frederiksen*, leder af Hjemmestøtteordningen ved Infektionsmedicinsk afd. 144, Hvidovre hospital; ledende sygeplejerske *Inger Hee*, Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen, Hellerup; overlæge *Hans Henriksen*, Neurologisk smerteklinik, Rigshospitalet; psykolog *Eva Hertz*, Universitetshospitalernes Center for Sygeplejeforskning, Rigshospitalet; rektor, dr. theol. *Ole Jensen*; projektkoordinator, cand. phil. *Gert Jessen*, Center for Selvmordsforskning, Odense Universitet; hospitalspræst *Christian Juul Busch*, Rigshospitalet; professor, dr. med. *Stein Kaasa*, Seksjon lindrende behandling, Kreftavdelingen, Regionsykehuset i Trondheim; 1. reservelæge *Marianne Klee*, Finsen Center, Rigshospitalet; centerchef, sygeplejerske *Kirsten Maria Kopp*, Sct. Maria Hospice Center, Vejle; kursusleder, sygeplejerske *Kirsten Lambæk*, Onkologisk efteruddannelse, Århus Kommunehospital; sygeplejerske *Grethe Leth Markussen*, Onkologisk afdeling, Centralsygehuset i Esbjerg; socialrådgiver *Lissie Lund*, Multidisciplinært Smertecenter, Bispebjerg Hospital; formand for Det Sygeplejeetiske Råd, hjemmesygeplejerske *Marianne Mahler*; 1. reservelæge, ph.d. *Claus Moe*, Geriatrik afdeling HL, Kommunehospital; overlæge *Marianne Mørch*, Medicinsk geriatrik afdeling, Aalborg Sygehus; afdelingschef *Anne Nissen*, Kræftens Bekæmpelse; adm. overlæge, dr. med. *Torben Palshof*, Onkologisk afdeling D, Århus Kommunehospital; professor, dr. med. *Nils Retterstøl*, Gaustad Sykehus; overlæge og klinisk lektor *Carsten Rose*, Onkologisk afdeling R, Odense Universitetshospital; overlæge *Per Sjøgren*, Multidisciplinært Smertecenter, Bispebjerg Hospital; sygeplejespecialist *Jette Grothe Skiveren*, Multidisciplinært Smertecenter, Bispebjerg Hospital; overlæge, professor, dr. med. *Troels Staehelin Jensen*, Neurologisk afdeling F, Århus Kommunehospital; chefsygeplejerske *Bente Thuesen Winterø*, KAS Glostrup; kultursociolog *Helle Timm*, Dansk Sygehus Institut; forstander *Ruth Truelsen*, Sundhedsstyrelsen; alment praktiserende læge *Ivar Østergaard*, Galten; samt de medicinske fakulteter.

7. Se herom Bolwig 1996.

8. WHO 1990: 42.

9. Sundhedsstyrelsen skærpede i 1993 retningslinierne for anvendelse af morfin og beslægtede stærke analgetika ved akutte smertetilstande af ikke-malign årsag.

10.SOU 1993:93, 122 ff.

11.Læsere, som ikke ønsker at gå i enkeltheder, henvises til i stedet at læse den kortfattede oversigt vedrørende dansk ret i *bilag 1*. De relevante bestemmelser i lægeloven og de hertil knyttede administrative forskrifter er gengivet i *bilag 2-6*. Fremstillingen bygger på et resposum, som er afgivet af lektor, lic.jur. Jørn Vestergaard til Det Etske Råd.

12.Det Etske Råds årsberetning 1991: 54-80.

13.Sundhedsministeriet har udsendt bekendtgørelse nr. 782 af 18.9.1992 om livstestamenter. I medfør

af denne bekendtgørelse har Sundhedsstyrelsen udsendt cirk. nr. 163 af 22.9.1992 om information og samtykke mv. »Lægers pligt og patienters ret«. Sundhedsstyrelsen har tillige udsendt cirk. nr. 164 af 22.9.1992 samt vejledning af samme dato om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter mv. De nævnte forskrifter er optaget nedenfor som *bilag 3-5*. Se også Sundhedsstyrelsens vejledning af 6.12.1995 om morfindrop, som er optaget nedenfor som *bilag 6*.

14.De nærmere retningslinier er fastlagt med Sundhedsstyrelsens cirkulære nr.163/1992 om information og samtykke mv., se *bilag 3*.

15.Se cirk. 164/1992 (livstestamenter) § 7, stk. 2, samt – modsætningsvis – cirk. 163/1992 (information og samtykke) § 12, stk. 1. Cirkulærene er gengivet i *bilag 4* hhv. *bilag 3*.

16.Jfr. lægene Moe og Schroll 1994 s. 7014 og 7017.

17.Sundhedsstyrelsens cirk.skr. af 30.6.1994 om livstestamenteregistret.

18.Se således Rambusch 1994.

19.Se således Moe & Schroll 1995.

20.Se nærmere Det Ethiske Råds debatoplæg om *Prioritering inden for sundhedsvæsenet* 1995, kap. 3.

21.Lægelovens § 7.

22.Jfr. Ethiske regler for læger § 2.

23.Jfr. Det Ethiske Råds debatoplæg om prioritering: 42.

24.Se Folker et al. 1996.

25.Sundhedsstyrelsens vejledning af 6.12.1995 vedrørende kontinuerlig intravenøs opioidinfusion til terminale patienter, se *bilag 6*.

26.Den Almindelige Danske Lægeforenings skrivelse af 25.1.1996 til Sundhedsstyrelsen. Skrivelsen er gengivet i *Ugeskrift for Læger*, se T. Petersen 1996.

27.Se således Brock 1992; Dworkin 1993; Cassel & Meier 1990.

28.Se således Weir 1992.

29.Se således Engelhardt Jr. 1989; Rachels 1986.

30.Se således Weir *ibid.*; Rachels *ibid.*; Miller & Brody 1995.

31.Jfr. Brock *ibid.*; Weir *ibid.*

32.Jfr. Husted 1994. En beslægtet tankegang kan spores i bogen *Medicinsk etik*: »En sidste meget lidelsesfuld tid kan trække fra i den samlede mængde vel færd.«; se Kappel 1996, 92.

33.Jfr. gennemgangen m. div. henvisninger og kritiske kommentarer hos Reuter 1995: 149 ff. Se også Utzon 1995; tilsvarende i flere skrifter af Battin, f.eks.1994.

34.Dworkin *ibid.* Et beslægtet bespektiv findes hos Harris 1989, 1995.

35.Se således Brock *ibid.*

36.Således Loewy 1992.

37.Weir *ibid.*

38. Brock *ibid.*
39. Se f.eks. Holtug og Kappel 1995, Kappel 1996.
40. Se nærmere New York Task Force 1994: 97; Cassel & Meier 1990: 751.
41. Se således Dige 1995.
42. Se nærmere om de hollandske retningslinier i kapitel 3. Forskellige retningslinier er drøftet af Battin 1992; Weir *ibid.*; Rigter 1989; Quill, Cassel & Meier 1990; Hemlock Society U.S.A. 1993.
43. Se således Miller & Fletcher 1993; Quill, Cassel & Meier *ibid.*
44. Se f.eks. Watts & Howell 1992; Utzon *ibid.* En enkelt forfatter vil gøre adgangen til lægelig dødshjælp efter begæring afhængig af, at patienten først har modtaget alle til rådighed stående behandlingsmuligheder, men alligevel ikke oplever at have opnået den ønskede livskvalitet, se Savulescu 1994.
45. Om de religiøse doktriner, se nærmere Reuter 1996; Melton 1991; Hamel 1991; Hamel 1991; Callahan & Campbell 1990. Reuter sonderer mellem »strenge« og »milde« pligtetiske varianter. Efter de strenge må der gøres alt for at forlænge livet så meget som muligt, jfr. f.eks. ortodoks jødedom. Efter de milde skal livet ikke forlænges for enhver pris, og det kan i visse situationer være tilladt at afkorte et menneskes liv, jfr. f.eks. katolsk morallære om »dobbelteffekten« og om »selvforsvar« i form af retfærdig krig, dødsstraf.
46. Se herom hos teologen Ole Jensen 1996, der med henvisning til Løgstrup anfører, at »hvad vi tilhører, hører ikke denne verden til; vi tilhører et »udenfor« med metafysisk, kosmisk forankring. Teologen Lars Reuter 1996 gør gældende, at der mangler en egentlig begrundelse for, hvorfor eutanasi skal vurderes som en krænkelse af menneskets værd.
47. Se således Nils Holtug i bogen *Anvendt etik* 1992.
48. Hermerén 1992. Tilsvarende f.eks. R. Arendt 1992.
49. Se nærmere Dyck 1992; Kamisar 1993; Freedman vC92; Callahan 1992.
50. Jfr. lov om svangerskabsafbrydelse § 1.
51. Nogle vil argumentere for at betragte legalisering af aktiv dødshjælp som udtryk for, at patienten tillægges en *negativ ret*, som blot indebærer, at andre ikke skal blande sig i, hvordan vedkommende bestemmer over sit eget liv. Se således Kappel 1996: 228.
52. Se nærmere New York State Task Force 1994: 94.
53. Tilsvarende f.eks. hos Singer & Siegler 1990.
54. Se således Gormally 1994.
55. Se nærmere Kemp 1994: 31 ff.; Andersen 1993: 99 ff., 121; Reuter 1996.
56. En sådan tankegang er bærende hos Reuter 1996.
57. Haslund-Gjerrild 1995.
58. Se således Arendt 1995. Tilsvarende f.eks. Skouboe 1995; Holm 1995.
59. Jfr. f.eks. Beauchamp & Childress 1994; Dyck 1992.
60. Se således Fenigsen 1989; Doerflinger 1989.

61. Blume 1978.
62. Jfr. f.eks. R. Arendt 1992; O. Jensen 1996.
63. Tilsvarende Velleman 1992; Kamisar 1993.
64. Se herom Hartling 1993; 1995; R. Arendt 1985; tilsvarende Velleman 1992.
65. Se således Husabø 1994: 325.
66. Se herom f.eks. R. Arendt 1992; 1990.
67. Se således Pellegrino 1993.
68. Se således de danske Ethiske regler for læger. Efter Genèvekonventionen har læger pligt til at bevare liv. Anvendelse af lægelig fagkundskab til afkortning af liv anses af mange for at være i strid med lægeetikens grundlæggende værdier; således Kemp 1987; Engberg Pallesen 1984; Hartling 1993, 1995. Tilsvarende Gaylin, Kass, Pellegrino & Siegler 1988.
69. Kass 1989.
70. Se således Callahan 1992.
71. Jfr. Gaylin *ibid.* 1988.
72. Folker *et al.* 1996.
73. Singer & Siegler 1990. Nogle anser risikoen for vilkårlighed for et af de vigtigste argumenter mod dødshjælp, således Glebe-Møller 1980.
74. Se således det forslag, som er fremsat af Quill, Cassel & Meier 1992. Forfatterne foreslår bl.a. som en betingelse, at lægen har lært patienten tilstrækkelig godt at kende til fuldt ud at forstå baggrunden for patientens begæring.
75. Således professor, overlæge Povl Riis i plenumforedrag ved 4. nordiske kongres om omsorg ved livets afslutning. Se i øvrigt Caine & Conwell 1993.
76. Kamisar 1993; Doerflinger 1989; Beauchamp & Childress 1994. Undersøgelser af den hollandske ordning har ledt til den konklusion, at det i praksis ikke er selvbestemmelsesretten, der er det centrale, men lægernes vurdering af patientens livskvalitet, jfr. Gomez 1991: 64-91. Andre har hævdet, at inhabile patienter dræbes, jfr. Fenigsen (1989). Se tillige Callahan 1992; Dyck 1992; Capron 1992; Reuter 1996.
77. Jfr. Wennberg 1989.
78. Et eksempel på, hvordan en hospitalslæge fulgte sin stærke tilskyndelse til at afkorte livet på en bevidstløs patient, som han opfattede som lidende, men som han i øvrigt ikke havde nærmere kendskab til, findes i den meget omtalte artikel »It s Over, Debbie«, som blev offentliggjort anonymt i *Journal of the American Medical Association* 1988: 272.
79. Jonsen 1993: 246 f.
80. Tilsvarende f.eks. Husabø 1994; R. Arendt 1992.
81. Se tilsvarende O. Jensen 1996.
82. Se således et norsk forslag fremsat af de juridiske professorer Andenæs, Bratholm og Seyersted 1992; 1993. Et meget omtalt amerikansk forslag er fremsat af Quill, Cassel & Meier 1992.
83. Sagen er kort beskrevet i *Eutanasi – en debattskrift*, s. 136. Se nærmere Grahn 1990. Se også

Hermerén 1992:

113 f.

84. Van der Maas *et al.* 1991 fandt således, at »aktiv« dødshjælp kun i 15% af til-fældene udøves som hjælp til selvmord.

85. En anden opfattelse gøres gældende af Holtug 1993, Holtug og Kappel 1995 og Kappel 1996.

86. The New York State Task Force 1994 konkluderede således ensstemmigt, at forbuddet mod lægelig dødshjælp skulle bevares, selv om nogle medlemmer anerkendte hjælp til selvmord som etisk acceptabelt i visse tilfælde, og nogle få medlemmer betragtede drab efter begæring som etisk acceptabelt under ganske særlige omstændigheder.

87. Den 16. maj 1995 vedtog parlamentet for Northern Territory of Australia en lov om afkriminalisering af lægelig aktiv dødshjælp. I den lov tillægges det dødsyge menneske en ret, dog netop kun en ret til at begære aktiv døds- hjælp efter lægens frie afgørelse:

»Northern Territory of Australia. AN ACT to confirm the right of a terminally ill person to request assistance from a medically qualified person to voluntarily terminate his or her life in a humane manner; to allow for such assistance to be given in certain circumstances without legal impediment to the person rendering the assistance; to provide procedural protection against the possibility of abuse of the rights recognized by this act...«.

Bilag 1. Reglerne om afståelse fra udsigtsløs livsforlængende behandling (passiv dødshjælp)

Lovgivningsmagten har i 1992 fastslået en vidtgående beføjelse - og til dels pligt - for læger til unndladelser af livsforlængende behandling. Dette skete med vedtagelse af nogle nye bestemmelser i lægelovens §§ 6 og 6 a.

De nye bestemmelser regulerer *for det første* tilfælde, hvor patienten *afviser behandling*

- enten i en aktuel sygdomssituation,
- eller forudgående (typisk ved et livstestamente).

Det bærende princip er blevet, at patientens selvbestemmelse skal respekteres, hvis der er tale om en person, som retligt set har sin fulde fornuft. Dog er et livstestamente kun bindende, hvis patienten er (uafvendeligt) døende. I tilfælde af svær invaliditet, hvor patienten varigt er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt, er en sådan forhåndserklæring vejledende.

De nye regler i lægeloven regulerer *for det andet* tilfælde, hvor der fra en *uafvendeligt døende* patient ikke foreligger en bindende erklæring. At patienten er uafvendeligt døende vil retligt set sige, at døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage eller uger trods anvendelse af de foreliggende behandlingstilbud.

I disse tilfælde er lægen beføjet til at give en behandling, som kan bevirke en vis afkortning af patientens liv,

- enten ved at undlade en behandling, som kun kan udskyde dødstidspunktet,
- eller ved at anvende lindrende midler, som kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Folketinget har altså tillagt selvbestemmelsesretten afgørende vægt. Hvis patienten ikke udøver nogen selvbestemmelse, lægges der betydelig vægt på et princip om at gøre den sidste del af patientens

tilværelse så god som muligt.

JV/26.1.1995

Bilag 2-7. Lovregler og administrative forskrifter

Bilagene 2-7 er desværre endnu ikke tilgængelige via internettet.

Bilag 8. Notits om medicinsk smertebehandling, herunder særligt om anvendelse af opioider og såkaldt morfindrop

Bilag 8 indeholder efter noterne en oversigt over administrationsformer, en litteraturoversigt samt en ordforklaring.

Medikamenter og administrationsformer

Særligt hyppigt forekommende medikamenter i den medicinske smertebehandling er ASA (acetylsalicylsyre, f.eks. Albyl, Aspirin, Magnyl, Idotyl), NSAIDs (NonSteroidal Anti- Inflammatory Drugs, stort antal præparater), og paracetamol (acetaminofen, f.eks. Panodil, Pamol, Pinex), som i hovedsagen anvendes mod lettere smerter. Hyppigt forekommende midler er også *opioider*, f.eks. morfin, codein, metadon, pethidin, ketogan, contalgin og morfinpræparater i øvrigt, som anvendes mod stærkere smerter. Også *antidepressiva* (midler mod depression) og *antikonvulsiva* (midler mod kramper) anvendes. Ofte anvendes flere midler i kombination.

Især brugen af opioider rejser væsentlige etiske og retlige spørgsmål, idet sådanne præparater dels kan anvendes således, at patientens smerter lindres, men også således at patientens liv afkortes. Fortløbende intravenøs indgift (kontinuerlig infusion) af morfin betegnes også som anvendelse af morfindrop, smertedrop eller sløvedrop. Ved en sådan behandling anvendes der morfin i store doser, hyppigt op til adskillige gram pr. døgn. Smertebehandling med morfindrop kan forkorte dødsprocessen ved at give åndedrætsbesvær, især hvis patienten ikke forud har været i behandling med opioider.

Opioider bruges som smertestillende midler over for smertetilstande af meget forskelligartet art og intensitet. Det af WHO anbefalede princip for tilrettelæggelsen af smertebehandlingen går under betegnelsen den analgesisiske trappestige, idet de anvendte midler skal afpasses efter smerternes intensitet. På nederste trin anvendes ikke-opioider, på mellemste svage opioider, på øverste stærke opioider. Dette kan siges at være udtryk for en særlig tillem্পning af det mindste middels princip. De af WHO anbefalede retningslinier indeholder anvisninger om, hvilke midler og hvilke doseringer, der bør

anvendes i specifikke tilfælde.[1]

Vedligeholdelsesbehandling med opioider

I vidt omfang foretages der vedvarende, daglig opioidbehandling af cancersmerter eller andre smertetilstande som vedligeholdelsesbehandling på linie med andre behandlinger af langvarig type. Formålet er, at patienten skal kunne opretholde en så normal tilværelse som muligt. I disse tilfælde kan behandlingen normalt tilrettelægges, uden at de særlige spørgsmål om afkortning af patientens liv overhovedet rejser sig.

Behandlingen foregår typisk med tabletter, som indtages gennem munden (peroralt), eller med stikpiller (rectalt). Der tilsigtes en vågen, så vidt muligt oppegående patient. Behandlingen er en nødvendig forudsætning for, at patienten kan leve en nogen lunde normal tilværelse.

Den perorale indgiftsform kan normalt anses for at være bekvem, enkel, tryk, billig og mulig at administrere selvstændigt for patienten.[2] I praksis øges opioiddosis gradvist indtil smertefrihed eller indtil patienten får bivirkninger af central art (sedation, svimmelhed, eufori, hallucinationer, kvalme etc.). I sidste tilfælde reduceres dosis herefter til nærmeste lavere bivirkningsacceptable niveau.[3]

Et alternativ til anvendelse af tabletter kan bl.a. være påkrævet på grund af gennembrudssmerter, opkastninger og kvalme, synkebesvær, nedsat optagelse gennem tarmen.

Til cancerpatienter, som ikke kan indtage peroral medicin - f.eks. på grund af kvalme, opkastninger, maveproblemer (gastrointestinal obstruktion), intolerans over for perorale opioider - kan der anvendes kontinuerlig opioidinfusion i underhuden (subkutant) eller indsprøjtning gennem kateter indlagt ved hinden omkring rygmagen (epiduralt) eller - i sjældne tilfælde - under rygmargshinden (intraspinalt/intratekalt). Alternativt kan rektal administration overvejes.

Ved brug af særligt bærbart udstyr kan nogle patienter have en vis bevægelsesfrihed. Nogle apparaturer gør det muligt for patienterne selv at tage ekstra doser ved et tryk på en pumpe.[4]

Det betragtes som et grundlæggende princip, at stærk smerte så vidt muligt skal forhindres i at opstå og ikke blot efterfølgende lindres.

Det kan uden videre lægges til grund, at moderne smertebehandlingsprincipper har medført betydelig længere levetid og bedre livskvalitet for visse patientgrupper, især cancerpatienter. Nogle fagfolk har imidlertid den opfattelse, at mange læger og sygeplejersker har mangelfuld viden om de praktiske forhold ved anvendelse af opioider, om de anvendte stoffers virkemåde, om forebyggelse og afhjælpning af bivirkninger.[5]

En svensk undersøgelse viser, at når oral indgift ikke kan benyttes, skelnes der ikke mellem forskellige typer af smerter, at der ikke foretages måling af smerteintensiteten, samt at neurogene smerter og smerter i tilknytning til knoglemetastaser behandles utilstrækkeligt. Halvdelen af de undersøgte læger og sygeplejersker erkendte mangelfulde kundskaber om teknikker til bedømmelse af smerter, nyere typer af smertestillende midler og nyere administrationsteknikker.[6] Efter nogle fagkyndiges opfattelse er en sådan beskrivelse også dækkende for danske forhold.

Visse smertetilstande er delvis upåvirkelige af behandling med opioider. Det drejer sig især om smerter i forbindelse med beskadigelse af nervesystemet, hos cancerpatienter typisk opstået som følge af metastasering eller indvækst i nervestrukturer.[7] I sådanne tilfælde søges der anvendt andre behandlingsformer, f.eks. strålebehandling, regionale blokader i nervebanerne, indgift af NSAID, antikonvulsiva, kortikosteroider (binyrebarkhormoner), benzodiazepiner eller antidepressiva (kan både modvirke depression og smerter). Der kan også foretages selvbehandling ved transkutan nervestimulering med selvklæbende elektroder (TENS) eller anden stimulationsbehandling (perifert med akupunktur nåle eller centralt med elektroder).

Behandling med opioider har en række virkninger, hvoraf nogle kan være ønskede, mens andre må betragtes som skadevirkninger. Foruden at være smertestillende (analgesi) kan stofferne kan således virke beroligende/sløvende (sedation), men toleransudviklingen overfor opioiders sederende virkning er

relativt hurtig. Stofferne kan også give kvalme og bevirke opkastning (emesis), de kan medføre mundtørhed, hudkløe og svimmelhed, forstoppelse (opstipation) og svækkelse af åndedrætsfunktionen (respirationsdepression). Særligt hos patienter, som ikke forud har været i behandling med opioider, kan en sådan behandling give betydelig sløvhed og åndedrætsbesvær, og meget høje doser kan give kramper og hallucinationer. Toleransudvikling sker hurtigt, og respirationsdepression ses næsten aldrig i en langtidsbehandling. Livstruende respirationsdepression kan behandles med midlet naloxon.[8]

Opioider har i øvrigt det kendetegn, at der ved deres anvendelse udvikles tolerans. Der skal stadig større doser til for at opnå en bestemt virkning, og der kan blive tale om at anvende særdeles høje doser for at opnå den ønskede effekt - undertiden med ledsagende væsentlige bivirkninger til følge.

I nogle situationer er intravenøs administration mest effektiv og skånsom. Virkningen indsætter hurtigt og kan umiddelbart observeres, men er til gengæld af kortere varighed. Den ideelle teknik er derfor indgift med pumpe.[9]

Kontinuerlig intravenøs morfininfusion (morfindrop) i den terminale fase

En omhyggelig og veltilrettelagt (veltitreret) anvendelse af morfindrop kan i særlige tilfælde give de samme resultater som peroral indgift, men efter fagkyndig opfattelse har en sådan indgiftsmåde formodningen imod sig.

Nye behandlingsmåder har mindsket behovet for intravenøs indgift af morfin til svært syge patienter. Dette gælder først og fremmest subkutan administration af morfin; tillige kan nævnes administration af potent morfin via hudplaster (transdermal fentanyladministration). Det er nu kun i meget få tilfælde indiceret at anvende morfindrop på grund af smerter. Dette bestyrkes af erfaringerne fra forskellige hospice, hvor morfindrop aldrig eller yderst sjældent bruges.

Det kan dog ikke afvises, at anvendelse af morfindrop i forholdsvis sjældne tilfælde vil kunne indebære den bedst muligt lindring af smerter, åndenød, uro og angst. Anvendelse af morfindrop er dog som altovervejende hovedregel kun indiceret i den terminale fase, hvor patienten er uafvendeligt døende, og hvor andre administrationsformer ikke længere er anvendelige.

Det fremhæves af fagkyndige, at undtagelsesvis anvendelse af morfindrop typisk kan ske uden nødvendigvis at afkorte dødsprocessen.

Blandt fordelene ved kontinuerlig intravenøs indgift (drop) er, at doseringen er lavere med færre bivirkninger til følge. Der kræves færre injektionsstik. Den kontinuerlige dosering bevirker færre gennembrudssmerter. Ved brug af drop kan flere medikamenter indgives samtidig, herunder beroligende midler, sovemidler (benzodiazepiner) og kvalmeforebyggende midler.

Almindeligvis vil der forud for etablering af morfindrop være gået en periode med anden indgivelsesform, eventuelt intravenøse enkelt-doser, således at dosis-behovet kan fastlægges.

Har patienten i forvejen været i behandling med opioider, sikrer man sig, at den kontinuerlige intravenøse dosering mindst ækvivalerer den hidtidige dosering. Virkningsgraden af en bestemt mængde morfin beror på indgivelsesmåden, hvorfor der foretages en omregning af hidtidig dosis til den ækvivalente dosis ved anvendelse af drop.

For at imødegå eventuelle akut opståede gennembrudssmerter i tillæg til de kroniske smerter, vil det ofte være nødvendigt indgive yderligere morfin i tillæg til den fastsatte døgnbehov, enten ved brug af såkaldte p.n.-doser (pro necessitate, når nødvendigt) eller ved øgning af dråbe-hastigheden fra morfindroppet (escape-mulighed).

På grund af den udviklede tolerans over for morfinen øges døgn-dosis i reglen løbende efter patientens behov, men ikke automatisk/mekanisk.

Retningslinierne for øgningen af dosis for patienter, der allerede er i opioidbehandling, er ikke de samme på alle sygehusafdelinger.

Visse af de anbefalede udregningsmåde indebærer, at mængden af morfin i det første døgn drop øges med 25-50 % i forhold til den samlede mængde, som i det foregående døgner indgivet i tablettform eller på anden måde.[10] Hvis patienten ønskes holdt sovende, tilsættes sovemiddel som hjælpestof. Inden for hvert døgn foretages der på et eller to faste tidspunkter en fastsættelse af den morfinmængde, som er anvendt inden for det foregående døgn.

På visse afdelinger er det praksis at øge 1. døgn dosis med 10%, på andre med 100% i forhold til det udregnede tablettforbrug. På nogle afdelinger har det tilsyneladende været praksis fortløbende at fordoble dosis med kortere intervaller, f.eks. hver 4. time.

Voldsom og hastig øgning af dosis bevirker akut tolerans, således at patienten bliver ufølsom over for stoffet. En sådan fremgangsmåde er hverken egnet til at dæmpe smerter, berolige, sløve eller at afkorte patientens liv. Derimod bevirker en sådan fremgangsmåde, at der dannes toksiske nedbrydningsprodukter, som kan give patienten kramper og gøre patienten så smertesensitiv, at den pågældende ikke tåler selv lettere berøring.[11]

Hos patienter i længerevarende højdosis morfinbehandling, især ved kontinuerlig intravenøs morfinindgift, kan der indtræde smertereaktioner på påvirkninger, som normalt ikke udløser smerte (allodyni), forøget smertereaktion i øvrigt (universel hyperalgesi) og kramper (myoclonus). I disse situationer vil tilførsel af stadig stigende doser morfin intravenøst forværre tilstanden, således at patienten bliver agiteret og svært forpint. Patienten får stærke smerter ved let berøring, pust af luft eller moderat varme.[12] Tilstanden kan tilsyneladende bringes til ophør ved ophør af morfinindgift eller valg af et andet opioid, f.eks. metadon.[13]

I tilfælde, hvor det tilstræbes, at patienten er sovende, tilsætter man droppet beroligende medicin (sedativum, f.eks. benzodiazepin). Denne virkning kan ikke altid fremkaldes ved brug af morfin, da patienten kan have udviklet tolerans.

I visse tilfælde, hvor patienten allerede behandles med opioider enten epiduralt eller spinalt/intratekalt, fortsættes denne behandling sideordnet med dropindgiften, idet dosis i droppet ellers skulle sættes ekstremt højt.[14]

I praksis fastsættes der ved anvendelse af morfindrop ikke noget dosisloft. Man anvender den mængde, som skønnes nødvendig. Nogle smertespecialister anbefaler dog et vejledende loft ved en døgn dosis på 3 gram, idet større doser typisk ikke vil kunne optages af patientens opioidreceptorer og dermed ikke medføre øget smertelindring. I praksis kendes situationer, hvor der bliver tale om en efterhånden desparat øgning til monstrøse opioiddoser, uden at de ønskede effekter opnås.[15]

Retligt set forudsætter anvendelsen af morfindrop, at patienten har uudholdelige fysiske smerter eller på anden måde er alvorligt forpint. Det forudsættes desuden, at der ikke er rådighed over anden tilfredsstillende behandling, som kan rettes mod årsagen til tilstanden eller på anden måde lindre patientens lidelser tilstrækkeligt.

Udover lægelovens bestemmelse om dobbelteffekten findes der ikke nærmere regler om anvendelsen af morfindrop. På den enkelte sygehusafdeling kan der imidlertid findes generelle vejledninger og instrukser. I øvrigt hviler ansvaret for behandlingen hos den enkelte læge, som handler ud fra sit kendskab til patientens sygdom og almentilstand samt de foreliggende behandlingsmuligheder. Praksis kan således variere, når det gælder sådanne spørgsmål som, på hvilke indikationer og på hvilket tidspunkt, behandling med morfindrop skal iværksættes, hvordan behandlingen skal tilrettelægges, og om behandlingen skal foregå i hjemmet eller på sygehuset.

Administrationsformer:

epiduralt - omkring rygmarven inden for rygmarvshinden

intramuskulært (intra muscular, i.m.) - i muskel

(intra)spinalt - under hinden omkring rygmarven

intratekalt - samme som spinalt

intravenøst (i.v.) - i venen

parenteralt - uden om tarmen, dvs. ved injektion

(per)oral - gennem munden

rektalt: via endetarmen

subkutan (subcutaneus, s.c.) - under huden: normalt ved injektioner + ved bærbare apparater

transdermalt (t.d.) - gennem huden

Litteratur:

Eriksen, Jørgen, Per Sjøgren, Niels Henrik Jensen & Finn Molke Borgbjerg: *Praktisk klinisk smertebehandling: Smertes og smertebehandling ved cancer og andre kroniske smertetilstande*. Tredje udgave. Bispebjerg Hospital: Tværfagligt smertecenter, 1995.

Foley, K.M.: Opioids. *Neurol. Clin.* 1993; 11: 503-522.

Galamba, Joao M. F., Alf Cornelius Olsen, Michael E. Crawford & Per Sjøgren: Kontinuerlig subkutan opioidinfusion til cancerpatienter. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157: 4126-4130.

Henriksen, Hans: Smertebehandling i terminalfasen. *Sygeplejersken* 17/1994; 13-15.

Jacobsen, Lars Steen, Alf Cornelius Olsen, Per Sjøgren & Niels- Henrik Jensen: Morfininduceret hyperalgesi, allodynii og myoklonus. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157: 3307-3310.

Jørgensen, L. *et al.*: Treatment of cancer pain patients in a multidisciplinary pain clinic. *Pain Clin.* 1990; 3: 83-89.

Nielsen, F. B. *et al.*: Kontinuerlig subkutan morfin - smertebehandling af terminale cancerpatienter. *Ugeskrift for Læger* 1990; 152: 1722-1723.

Ottesen, Stig, Arne Thomas Manger & Lill Monrad: Kontinuerlig legemiddelinfusion ved terminal cancer. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 1992; 112: 1836-1839.

Rawal, Narinder, Jan Hylander & Staffan Arnér: Magement of terminal cancer pain in Sweden: a nationwide study. *Pain* 1993; 54: 169-179.

Rigshospitalets Smerteklinik: Kontinuerlig intravenøs morfin i terminalfasen. Vejledning. September 1995.

Sjøgren, Per: Cancersmerter. Behandlingsstrategi ved kroniske maligne smerter. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 1993; 1009-1016.

Sjøgren, Per & Jørgen Eriksen: Opioid toxicity. *Current Opinion in Anaesthesiology* 1994; 7: 465-469.

Sjøgren, Per, Torsten Jonsson, Niels-Henrik Jensen, Niels-Erik Drenck & Troels Staehelin Jensen: Hyperalgesia and Myoclonus in Terminal Cancer Patients Treated with Continuous Intravenous Morphine. *Pain* 1993; 55: 93-97.

Sjøgren, Per, Niels-Henrik Jensen, & Troels Staehelin Jensen: Disappearance of Morphine-Induced Hyperalgesia after discontinuing or substituting Morphine with Other Opioid Agonists. *Pain* 1994; 59: 313-316.

Skiveren, Jette og Jørgen Eriksen. Morfindrop til døende patienter - en praktisk vejledning. *Klinisk sygepleje* 1/1992.

Stæhelin Jensen, Troels: Paradoxer om et kendt stof. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157: 3305.

World Health Organisation: *Cancer Pain Relief*. Geneva: WHO 1986.

World Health Organisation: *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 804. Geneva: WHO 1990.

World Health Organisation: *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health*. WHO Regional Publications, European Series No. 44. Copenhagen: WHO 1992.

Ordforklaring til bilag 8

abstinens: afholdenhed.

abstinenssymptom: sygdomstegn ved pludseligt ophør eller kraftig dosisreduktion efter forudgående indgift af præparat i en vist tidsrum; opioider og benzodiazepiner skaber fysisk afhængighed (se dette ord); abstinenssymptomer kan bestå i alment ubehag, muskelspænding, rysten, diarré, kolik, kløe, sveden, nysen, næse- og tåreflod samt psykisk instabilitet.

analgesi: ophævelse af smertefølelse uden bevidstløshed.

analgetika: smertestillende midler, f.eks. acetylsalicylsyre (ASA, f.eks. Albyl, Aspirin, Magnyl, Idotyl), non-steroid antiinflammatoriske droger (NSAIDs, stort antal præparater), paracetamol (acetaminofen, f.eks. Panodil, Pamol, Pinex) og opiater (se dette ord).

analgetisk trappestige: WHO har anbefalet trinvis intensivering af smertebehandlingen af cancerpatienter. På første trin påbegyndes peroral behandling. På andet trin anvendes der yderligere et svagt virkende opioid. På tredje trin erstattes dette opioid af et stærkere virkende. På andet og tredje trin indgives midlet i faste, døgndækkende doseringer, og på tredje trin anvendes langtidsvirkende opioid som grundbehandling og korttidsvirkende opioid til behandling af eventuelle gennembrudssmerter.

benzodiazepiner: gruppe af lægemidler, som bl.a. har angstdæmpende og beroligende virkning; indgår i sovemidler; er forbundet med toleransudvikling og fysisk afhængighed (se disse ord).

fysisk afhængighed: farmakologisk virkning som følge af regelmæssig indgift af præparat, f.eks. et opioid eller et benzodiazepin; fysisk afhængighed viser sig ved abstinenssymptomer (se dette ord).

opiater: Præparater udvundet fra saften af opiumvalmuen, eller fremstillet syntetisk. Omfatter bl.a. morfin, codein, metadon og pethidin. Opiater er centralt virkende, dvs. (???)

psykologisk afhængighed: psykologisk behov for vedvarende eller periodisk indgivelse af et middel, f.eks. opioider; tilstanden indebærer tendens til tvangsbetonet adfærd, således at fremskaffelse og anvendelse af midlet har en fremtrædende plads i personens bevidsthed.

sedativ: beroligende middel.

sederende: beroligende, sløvende.

toleransudvikling: det forhold, at virkningen af et præparat ved fortsat indgift gradvist aftager; forekommer bl.a. ved anvendelse af opioider; en med tiden gradvis dosisøgning af det pågældende middel er nødvendig for fortsat at opnå den samme farmakologiske virkning.

JV/6.12.1995

Noter:

1) WHO 1986, 45 ff.; afvigende i forhold hertil Eriksen *et al.* 1995: 21 f., der anbefaler en firetrinsofdeling med tidligere indsættelse af stærke opioider.

- 2) Ottesen *et al.* 1992.
- 3) Eriksen *et al.* 1995: 49.
- 4) Se f.eks. Henriksen 1994.
- 5) Således Skiveren og Eriksen 1992, som taler om til tider yderst ubehagelige konsekvenser for patienten, der... risikerer at blive udsat for et unødvendigt langtrukket og smerteplaget afsluttende livsforløb. Se også Jørgensen *et al.* 1990; Eriksen *et al.* 1995, 54.
- 6) Rawal *et al.* 1993.
- 7) Sjøgren 1993, 1010.
- 8) Se nærmere Eriksen *et al.* 1995, 56.
- 9) Henriksen 1994.
- 10) Skiveren og Eriksen 1992; Eriksen *et al.* 1995, 65; Rigshospitalets Smerteklinik, Vejledning 1995.
- 11) Sjøgren *et al.* 1993.
- 12) Jacobsen *et al.* 1993; Sjøgren *et al.* 1993; Henriksen 1994; Eriksen *et al.* 1995, 60.
- 13) Sjøgren *et al.* 1994; Henriksen 1994; Rigshospitalets Smerteklinik, Vejledning 1995.
- 14) Eriksen *et al.* 1995, 65; Rigshospitalets Smerteklinik, Vejledning 1995.
- 15) Skiveren og Eriksen 1992.

Bilag 9. Notits om hollandsk ret vedrørende dødshjælp

Efter hollandsk ret er lægelig dødshjælp lovlig, hvis en række betingelser er opfyldt. Der skal foreligge:

- en lidelse, for hvilken, der ikke findes behandlingsmuligheder,
- uudholdelig lidelse uden acceptable muligheder for lindring,
- en frivillig, vedvarende og utvetydig begæring om at dø,
- et ønske afgivet af en fornuftshabil person på et velinformeret grundlag,
- en beslutning truffet af lægen efter rådslagning af en uafhængig læge, samt
- indberetning til embedslægen og videre til anklagemyndigheden.

De hollandske retningslinier vedrørende straffrit drab efter begæring/hjælp til selvmord har igennem tyve år udviklet sig i et samspil mellem lægelig praksis og retspraksis og er omkring årsskiftet 1993/1994 blevet lovfæstet. Lovændringen er sket ved en kortfattet tilføjelse til ligsynsloven, som nærmere udfyldes ved administrative forskrifter, der indeholder de nærmere retningslinier. Derved er de tilfælde, som følger de opstillede retningslinier, blevet straffri uden ændringer i den hollandske straffelov.

Ifølge undersøgelser offentliggjort i 1991 forekom der året forinden ca. 2.300 tilfælde af lægelig

dødshjælp. Dette svarer til 1.8 % af alle dødsfald. Heraf blev dødshjælp i to tredjedele af tilfældene udført i almen praksis, dvs. i patientens hjem. I ca. 400 tilfælde var der tale om hjælp til selvmord. I næsten alle sager var patienterne terminalt syge, og i tre fjerdedele af sagerne blev livsafkortningen anslået til at dreje sig om et forholds kort tidsrum på op til fire uger. Omkring en tredjedel af de fremsatte begæringer imødekommes, idet der i de øvrige tilfælde findes alternativer, eller de pågældende skifter mening. De lidelser, som patienterne anfører som begrundelse for ønsker om dødshjælp, er i mange tilfælde ikke (blot) fysisk smerte, men (tillige) psykisk lidelse.

Man har ikke i Holland lovbestemmelser med et indhold svarende til reglerne i den danske lægelovs § 6 om afkald på livsforlængende behandling samt om den såkaldte dobbelteffekt. Det er vanskeligt at foretage direkte sammenligninger mellem hollandsk og dansk praksis på området, men det er klart, at en ikke ubetydelig del af de tilfælde, som er omfattet af den hollandske ordning svarer til tilfælde inden for det område, hvor en vis livsafkortning lovligt kan komme på tale efter den danske lægelov. Den hollandske ordning går imidlertid betydeligt videre.

JV/11.11.1994

Bilag 10. Ordforklaring

Afkriminalisering: Ophævelse af strafferegel; indebærer ikke nødvendigvis fuldstændig lovliggørelse, idet der til retsregler kan være knyttet andre retsvirkninger end de strafferetlige, f.eks. erstatning eller disciplinærforanstaltninger.

AIDS: Erhvervet immundefektsyndrom (eng.: Acquired Immuno- Deficiency Syndrome). Infektionssygdom, som nedbryder immunforsvaret. Forårsages af viruset HIV, Human Immunodeficiency Virus. Sygdommen er dødelig, og der findes ikke noget lægemiddel, som kurerer den.

Aktiv dødshjælp: Samlebetegnelse for drab efter begæring og hjælp til selvmord, se disse udtryk. Det er almindeligvis underforstået, at aktiv dødshjælp udføres lægeligt, se således under lægelig dødshjælp.

Alzheimers sygdom: Demenstilstand. Se også under demens.

Anæstesi: Bedøvelse.

Assisteret selvmord: Hjælp til selvmord, se dette udtryk.

Autonomi: Selvbestemmelse.

Cancer: Kræft.

Demens: Sindssygdom, kan bl.a. skyldes åreforkalkning eller alkoholmisbrug.

Diagnose: Bestemmelse af en sygdoms art.

Dobbelteffekten, doktrinen om: Oprindeligt udviklet af den katolske kirke som en generel doktrin om, hvorfor det i visse tilfælde kan være berettiget at foretage handlinger, som i tillæg til deres ønskelige virkninger også kan indebære uønskelige virkninger. Doktrinen skal bl.a. forklare, hvorfor det på visse betingelser kan være rigtigt at afkorte liv, og hvorfor dette ikke strider mod princippet om livets ukrænkelighed. Doktrinen er blevet optaget i den lægelige fagetik, og i mange lande anerkendes den også af domstolene og eventuelt udtrykkeligt i lovgivningen. Ifølge en verdslig variant af doktrinen er der ikke noget forkert ved at forårsage noget, som ikke er tilsigtet. Den danske lægelov fik i 1992 en bestemmelse om, at i en situation, hvor patienten er uafvendeligt døende, kan lægen indgive de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.

Drab efter begæring: Handling der bevirker en andens død efter den dræbtes egen begæring. Handlingen kan f.eks. bestå i indgivelse af en dødelig dosis af et medikament. Den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes efter straffelovens § 239 med fængsel indtil 3 år eller med hæfte ikke under 60 dage. Se også under eutanasi.

Drop: Se under morfindrop.

Dødshjælp, lægelig: I redegørelsen anvendes udtrykket som ensbetydende med en læges forsætlige drab af en patient efter dennes bestemte begæring eller hjælp til dennes selvmord. Se i øvrigt under aktiv dødshjælp, passiv dødshjælp.

Eutanasi: I overensstemmelse med den almindelige sprogbrug i den internationale faglige debat bruges udtrykket her i betydningen drab efter begæring fremsat frivilligt af en fornuftshabil person. Det er almindeligvis underforstået, at eutanasi udføres lægeligt, f.eks. ved en dødelig indsprøjtning, men tilsvarende handlinger kan foretages af familiemedlemmer eller andre. Se også under drab efter begæring og dødshjælp. Man kan tillige tale om *ufrivillig eutanasi*, nemlig i betydningen medlidenhedsdrab foretaget uden den dræbtes samtykke. Udtrykket *ikke-frivillig eutanasi* kan anvendes om tilfælde, hvor den dræbte på grund af stærkt svækket mental tilstand er ude af stand til at tage stilling. Udtrykket *passiv eutanasi* anvendes af og til som ensbetydende med afståelse fra livsforlængende behandling, se også passiv dødshjælp. Eutanasi betyder egentlig den gode død - sammensat af to græske ord: *eu* betyder god, *thanatos* betyder død.

Fornuftshabilitet: Se under habilitet.

Frivillig disposition: I retlige sammenhænge forudsætter frivillighed normalt en positiv viljeserklæring, og at der ikke foreligger ugyldighedsgrunde i form af ulovlig tvang, svig el. lign. Det kan gøres til en forudsætning for frivillighed, at der er handlet med fornødent kendskab til relevante omstændigheder. Hvis en persons vilje er ukendt, foreligger der *ikke-frivillighed*. Der kan her være tale om en person, som ikke har den fornødne fornuftshabilitet, eller der kan foreligge frivillig tvang over for en person, der underordner sig uden mentalt at stå inde for sin adfærd. Modsætningen til frivillighed er *ufrivillighed*, som f.eks. kan skyldes tvang, svig, udnyttelse eller at vedkommende slet ikke får lejlighed til at fremkomme med en viljeserklæring.

Habilitet: Besiddelse af den i en given sammenhæng fornødne fornuft. Juridisk handleevne er således evnen til at indgå i forpligtende retsforhold, f.eks. ved indgåelsen af en kontrakt eller ved oprettelsen af et testamente. Det modsatte af inhabilitet.

Hjælp til selvmord: Handling hvorved nogen hjælper en anden til at tage livet af sig. Den, der ønsker at dø, foretager selv den sidste afgørende handling, f.eks. at indtage et dødeligt medikament. Hjælperen kan f.eks. have tilvejebragt de midler, som anvendes til selvmordet. Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes efter straffelovens § 240 med bøde eller hæfte. Hvis handlingen foretages af egennyttige bevæggrunde, er straffen fængsel indtil 3 år. Forsøg på selvmord er ikke strafbart.

Hospice: Institution, der yder omsorg og pleje til døende.

Informeret samtykke: Ifølge lægelovens § 6 skal en læge, hvor det er muligt, og hvor der ikke er grund til at antage, at det strider mod patientens ønske, oplyse patienten om dennes helbredstilstand og behandlingsmulighederne. Lægen må ikke indlede eller fortsætte en behandling mod patientens vilje, medmindre andet er særligt hjemlet.

Inhabilitet: Manglende handleevne, juridisk, moralsk. Det modsatte af habilitet, se dette.

Hjælpepligter, strafbelagte: Lovgivningen indeholder forskellige bestemmelser, som påbyder pligt til at hjælpe nødstedte personer. Efter straffelovens § 250 er det således strafbart at hensætte en anden i hjælpeløs tilstand eller forlade en under hans varetægt stående person i sådan tilstand. Sidstnævnte passus betyder, at der ifaldes ansvar for unkladelse af at yde den fornødne hjælp til en person, som man i den givne situation har ansvar for. Efter straffelovens § 253 straffes den, som, uagtet det var ham

muligt uden særlig fare eller opofrelse for sig selv eller andre, undlader efter evne at hjælpe nogen, der er i øjensynlig livsfare, eller at træffe de foranstaltninger, som af omstændighederne kræves til redning af nogen tilsyneladende livløs, eller som er påbudt til omsorg for personer, der er ramt af en alvorlig ulykke. Efter lægelovens § 7 er enhver læge forpligtet til på begæring at yde den første fornødne lægehjælp.

Kemoterapi: Behandling af sygdom med kemiske stoffer. Udtrykket bruges især i forbindelse med kræftbehandling.

Koma: Dyb bevidstløshed af længere varighed. Komapatientens øjne er lukkede. Patienten reagerer ikke på stimuli og kan ikke vækkes. S også under pseudokoma og vegetativ tilstand.

Legalisering: Lovliggørelse, ophævelse af forbud; kan bl.a. indebære afkriminalisering, se dette udtryk.

Livsforlængende behandling: Herved forstås ifølge lægeloven behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Livstestamente: En erklæring, hvori en person (testator) har tilkendegivet, at vedkommende ikke ønsker at modtage udsigtsløs livsforlængende behandling, hvis den pågældende måtte komme i en tilstand, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves på anden måde. Lægeloven fik i 1992 en række bestemmelser om livstestamente. Herefter må en læge ikke indlede eller fortsætte en livsforlængende behandling, hvis testator ved et livstestamente har udtrykt ønske om en fritagelse herfor i en situation, hvor testator er uafvendeligt døende.

Metastasering: Spredning af ondartet kræftsvulst.

Morfin: Hovedbestanddel af stoffet opium. Morfin har bl.a. smertestillende virkninger. En overdosis nedsætter hjernens funktioner, herunder kontrollen af åndedrættet, og kan være dødelig.

Morfindrop: Fortløbende intravenøs indgivning af morfin i store doser. Morfindrop anvendes i smertebehandling af døende patienter og kan forkorte dødsprocessen ved at give åndedrætsbesvær. Se også under dobbelteffekten.

Onkologi: Læren om svulster, herunder kræft.

Palliativ behandling: Lindrende, ikke helbredende behandling

Passiv dødshjælp: Samlebetegnelse for afståelse fra - at iværksætte eller fortsætte - livsforlængende behandling samt anvendelse af lindrende midler med eventuel dødelig virkning. Se også under livsforlængende behandling samt dobbelteffekten.

Reaktiv depression: depressiv tilstand opstået under psykologisk påvirkning fra ydre omstændigheder i patientens liv.

Pseudokoma: Tilstand forårsaget af sygdom i eller beskadigelse af hjernestammen. Patienten er lammet og stum og kan kun reagere med øjenbevægelser og blinken, men ikke bevidstløs (*akinetisk mutisme*; eng.: *locked-in syndrome*). Se også under koma og vegetativ tilstand.

Sclerose, dissemineret: Kronisk lidelse i centralnervesystemet, præget af tiltagende funktionsbesvær. Amyotrofisk lateralsclerose angriber hjerne og rygmarv og bevirker muskelsvind og lammelser.

Sløvedrop: Udtrykket anvendes af og til som betegnelse for et drop, der bevirker, at en patient med smerter bringes i en nedsløvet tilstand. Se under morfindrop.

Smertedrop: Se under morfindrop.

Terminal omsorg og pleje: Indsatsen for at hjælpe den døende patient.

Terminal patient: Lægeligt udtryk. Døende patient. Se også under uafvendeligt døende.

Terminal sygdom: Dødeligt forløbende sygdom i slutfasen, hvor helbredelse ikke er mulig.

Terminalfasen: slutfasen i et dødeligt sygdomsforløb.

Terminalt forløb, igangværende: Igangværende dødsproces.

Uafvendeligt døende: Juridisk udtryk. En patient betragtes som uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage eller uger trods anvendelse af de behandlingstilbud, der er til rådighed.

Vegetativ tilstand, varig: Tilstand hvori en patient selv trækker vejret, patientens krop skiftevis er vågen og sovende, og hjernestammen og den vegetative funktion er intakt; men hvor der ikke kan registreres tegn på intellektuelle funktioner, der reageres ikke på stimuli, og patienten holdes kun i live ved hjælp af teknologisk nærings- og vædsketilførsel (det apalliske syndrom; eng.: *persistent vegetative state*) Se også under koma og pseudokoma.

JV/8.8.1995

Litteratur om dødshjælp

bibliografi v. Jørn Vestergaard

Litteratur til kapitel 4

Nordisk litteratur:

Abstract bog: Omsorg ved livets afslutning, 4. nordiske kongres, København 15.-17. juni 1995. Nordisk Forening for omsorg ved livets afslutning.

Adamsen, Lis, Elsa Guldager, Birgit Gundorph-Malling & Eva Hertz: *Selvhjælpsgrupper for mennesker med livstruende sygdomme*. Akademisk Forlag 1992.

Adamsen, Lis: Selvhjælpsgrupper - en positiv udfordring til det professionaliserede omsorgsarbejde. Pp. 25-32 i B. Persson et al. (red.): *Fokus på sygeplejen*. Munksgaard 1995.

Andreasen, Frederik, Troels Staehelin Jensen & Kirsten Østergaard Nielsen: *Rationel smertebehandling*. Akademisk Forlag 1994.

Arkiv for praktisk lægegerning: *Terminal pleje. Døende patienter og deres pårørende*. Særtryk for Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. København 1984, revideret udgave 1986.

Arnér, S. et al.: *Smærtbehandling i livets slutskede*. Almänna råd från Socialstyrelsen 1989:1.

Bach Hansen, Jesper et al.: Sociale faktorerens betydning for kræftpatienters dødssted i Nordjyllands Amt. *Ugeskrift for Læger* 1994; 156: 1789-1791

Betænkning nr. 1284/1995: *Forslag til en national strategi for sundhedsvidenskab*. Afgivet af Det nationale strategiudvalg for sundhedsvidenskab, NASTRA. Forskningsministeriet.

Bohsen, Anna Marie: Terminalpleje. Tid til at tale. *Sygeplejersken* 31/1995; 20-24.

- Bolwig, Tom G.: Selvmord hos ældre - omsorgssvigt? *Ugeskrift for Læger* 1996; 158: 577.
- Daidsen, Mette-Marie & Teddy Østerlin Koch: Halvvejs til himlen. *Sygeplejersken* 31/1995; 4-8.
- Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen 1994-95.
- Diakonissehuset Sankt Lukas Stiftelsen: Pilotprojekt til Hospicepleje i eget hjem. Juli 1995.
- Due Madsen, Lisbeth: Terminal pleje. I eget hjem eller på sygehus. Aalborg Sygehus 1992.
- Dybre, Bodil, Vibeke Gronenberg & Ellen-Margrethe Skou (red.): *Hvor vil jeg dø - og hvordan?* Hans Reitzels Forlag 1987.
- Eriksen, Jørgen, Per Sjøgren, Niels Henrik Jensen & Finn Molke Borgbjerg: *Praktisk klinisk smertebehandling: Smertes og smertebehandling ved cancer og andre kroniske smertetilstande*. Tredje udgave. Bispebjerg Hospital, Tværfagligt smertecenter 1995.
- Gran, L. O. & C. F. Borchgrevink: Smertebehandling av kreftpasienter. *Tidsskrift for den norske legeförening* 1989; 10: 3424-3426.
- Hald, Mette: *Døende kræftpasienter og hospitalet, kultur, ritualer og nye muligheder*. Kræftens bekæmpelse 1993.
- Hald, Mette, Mette Ebdrup & Niels Peter Agger: *Ved livets afslutning*. Pjece. Kræftens Bekæmpelse 1995.
- Hassel, Nina B., Erling Tronvik & Stein Kaasa: St. Christopher s hospice - en institusjon i endring. *Omsorg* 3/1994; 43-45.
- Helsetilsynet: *Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling (specielt strålebehandling)*. Instilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsetilsynet. Oslo 1996.
- Hertz, Eva: Omsorgen for AIDS-pasienter - en sammenlignende undersøgelse. 1. delrapport. Rigshospitalet, Universitetshospitalernes Center for Sygeplejeforskning 1995.
- Hovedstadens sygehusfællesskab: *Grovskitse til en sygehusplan. H:S 2000*. H:S Direktionen 15. juni 1995.
- Husebø, Stein: *Smerteboken. Boken om smerte og hvordan smerte kan lindres*. Bergen 1990.
- Husebø, Stein: *Smertelindring*. Den Norske Kreftforening 1989.
- Hølge-Hazelton, Bibi: Hospice - filosofien i praksis. *Sygeplejersken* 10/1995; 18-21.
- Jensen, Henning: Grupperarbejde med focus på dødsbevidsthed og livskvalitet. Oversættelse af artiklen Group Therapy with a Focus on Death Consciousness and Quality of Life. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 2B, 1995.
- Kerkhof, A. J. F. M., S. C. R. Ormskerk & M. Oomes: Rationaliteten blandt selvmord blandt ældre. Artiklen oversat og redigeret af Anette Søgaard Nielsen & Unni Bille-Brahe. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157: 1902-1905.
- Kristensen, Ingrid Bayer & Kate Runge Nielsen. Selvmord blandt ældre i Århus Amt. *Ugeskrift for Læger* 1996; 158: 579-583.
- Kræftens Bekæmpelse: skrivelse af 24.3.1995 til sundhedsministeren; pressemeddelelse af 31.3.1995; statusnotat af 11.4.1995 vedrørende terminalpleje.
- Kübler-Ross, Elisabeth: *Døden og den døende*. Sjette udgave. Gyldendal 1994.

Kaasa, Stein: God smertebehandling eller dødshjelp? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 1995; 18: 2232-2233.

Maarup, Birgit: *Når døden er nær - omsorg og pleje*. Dafolo Forlag 1984.

Michaelsen, Mette: Terminalpleje. Smertebehandling i hjemmet. *Sygeplejersken* 31/1995: 25, 41.

Moe, Claus & Inger Hee: Visitation til hospice - en opgave med mange facetter. *Nordisk Medicin* 1994; 109: 301-303.

Moe, Claus: *Plejhjemsbeboeres ønsker vedrørende det lægelige behandlingssigte ved livstruende sygdom. En medicinsk- humanistisk undersøgelse*. Lægeforeningens Forlag 1995.

NOU 1984:30 *Pleje og omsorg for alvorlig syke og døende pasienter*.

NOU 1987:23 *Retningslinier for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*.

Omsorg (nordisk tidsskrift). Rådet for omsorg for alvorligt syke og døende/Den Norske Kreftforening. Oslo.

Persson, Bente *et al.* (red.): *Fokus på sygeplejen*. Munksgaard 1995.

Pleje og omsorg for alvorligt syke og døende på sygehus og i eget hjem. En håndbog for medarbejdere i sygehusvæsenet, kommunerne og de praktiserende læger i Ribe Amt. 1993.

Qvarnström, Ulla: *Vår död*. Almquist og Wiksell 1993.

Retterstøl, Nils: *Selv mord*. Universitetsforlaget 1995.

Saunders, Cicely: *Terminal pleje, omsorg ved terminalt malign sygdom*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1968.

Sct. Maria Hospice Center: *Værdigrundlag og faglig målsætning*. Vejle, september 1995.

Sjöberg, Arne *et al.*: *Aktiv livshjælp - vid livets slut*. LIC Förlag AB 1995.

Sjøgren, Per: Cancersmerter. Behandlingsstrategi ved kroniske maligne smerter. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 1993; 1009-1016.

Skiveren, Jette Grothe: Sådan arbejder sygeplejersker på en tværfaglig smerteklinik. *Sygeplejersken* 20/1989; 8-10, 37.

SOU 1979:59 *I Livets slutskede*. Huvudbetänkande från utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede.

SOU 1993:93 *Vårdens svåra val*. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Stæhelin Jensen, Troels: Paradokser om et kendt stof. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157: 3305.

Sørbye, Liv Wergeland: *Trygghet ved livets slutt*. Universitetsforlaget 1990.

Sundhedsstyrelsen: *Dødsårsagerne 1993*.

Sundhedsstyrelsen: *Omsorg for alvorligt syke og døende. Hospiceprogrammer og andre initiativer inden for den palliative indsats*. Redegørelse, januar 1996.

Svensen, Thorstein Stefansson & Ivar Østergaard: Terminal Pleje af kræftpatienter. *Ugeskrift for Læger* 1989; 151: 492- 502.

Århus Amt: *Terminalpleje. Udredning vedr. pleje og omsorg for alvorligt syge og døende*. Århus Amt, Økonomi- og Planlægningsafdelingen 1996.

Udvalg af engelsk litteratur:

Acute Pain Management Guideline Panel: *Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma, Clinical Practical Guideline*. AHCPR Publication No. 92-0032. Rockville, Md.: Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service 1992.

American Pain Society: *Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain: A Concise Guide to Medical Practice*, Third Edition. Skokie, Ill.: American Pain Society 1992.

Anderberg, Thomas: *Suicide, Definitions, Causes and Values*. Lund University Press 1989.

Banning, A., P. Sjögren & H. Henriksen: Treatment Outcome in a Multidisciplinary Cancer Pain Clinic. *Pain* 1991; 45: 45-48.

Battin, Margaret Pabst & David J. Mayo (Eds.): *Suicide: The Philosophical Issues*. New York: St. Martin's Press 1980.

Battin, Margaret Pabst: *The Least Worth Death. Essays in Bioethics on the End of Life*. New York: Oxford University Press 1994.

Bonica, John J. (Ed.): *The Management of Pain*. Second Edition. Philadelphia: Lea & Febiger 1990.

Cowled, Jane: *Pain Relief: How to Say No to Acute, Chronic, and Cancer Pain*. New York: MasterMedia 1993.

Depression Guideline Panel: *Depression in Primary Care*, Vol. 2, Treatment of Major Depression, Clinical Practical Guide, No. 5, AHCPR Publication No. 93-0551. Rockville, Md.: Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service 1993.

Doyle, Derek, Geoffrey W.C.Hanks, & Neil MacDonald (Eds.): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford-New York-Tokyo: Oxford University Press 1993.

Foley, K.M.: The Relationship of Pain and Symptom Management to Patient Requests for Physician-Assisted Suicide: *Journal of Pain and Symptom Management* 1991; 6: 289-297.

Holland, Jimmie C. & Julia H. Rowland (Eds.): *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York-Oxford: Oxford University Press 1989.

International Association for the Study of Pain, Task Force on Professional Education: *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle: IASP Publications 1991.

Jacox, A. et al.: *Management of Cancer Pain: Clinical Practice Guideline*. No. 9. AHCPR Publication No. 94-0592. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services 1994.

Jacox, A. et al.: *Management of Cancer Pain: Adults Quick Reference Guide*. No. 9. AHCPR Publication No. 94-0593. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services 1994.

Jaffe, J.H.: Drug Addiction and Drug Abuse. Pp. 535-584 in A.G. Goodman et al. (Eds.): *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Sixth Edition. New York: MacMillan 1980.

Merskey, U. & N. Bogduk: *Classification of Chronic Pain: Description of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. Second Edition. Seattle: IASP Publications 1994.

Munley, Anne: *The Hospice Alternative*. London: Basic Books Inc. 1983.

New York State Task Force on Life and the Law: *When Death Is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*, Part I, Chapter 3. New York 1994.

Portenoy, R.K.: Chronic Opioid Therapy in Nonmalignant Pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 1990; 5: 46-62.

Proceedings of the VIth World Congress on Pain: *American Pain Society Quality Assurance Standards for Relief of Acute Pain and Cancer Pain*. New York: Elsevier Science Publishers 1991.

Saunders, Cicely (Ed.): *The Management of Terminal Disease*. London: Edward Arnold, 1978.

Saunders, Cicely, D. Summer & N. Teller: *Hospice: The Living Idea*. London: Edward Arnold 1982.

Saunders, Cicely & Mary Baines: *Living with Dying*. Oxford: Oxford University Press 1983.

Saunders, Cicely: *Hospice and Palliative Care: An Interdisciplinary Approach*. London: Edward Arnold 1992.

Saunders, Cicely: Pain and Impending Death. Pp. 861-868 in P. D. Wall & R. Melzack (Eds.): *Textbook of Pain*.

Sommerville, Margaret A.: Pain, Suffering and Ethics. Pp. 41-56 i G. F. Gebhart *et al.* (Eds.): *Proceedings of the 7th World Congress on Pain*.

Gebhart, G. F., D. L. Hammond & T. Staehelin Jensen (Eds.): *Proceedings of the 7th World Congress on Pain*. Progress in Pain Research and Management. Vol. 2. Seattle 1994

Twycross, R. G. & S. A. Lack: *Therapeutics in Terminal Cancer*. Edinburgh: Churchill Livingstone 1990.

Wall, Patrick D. & Ronald Melzack (Eds.): *Textbook of Pain*. Third Edition. London: Churchill Livingstone 1994.

Weissman, D.E. *et al.*: *Handbook of Cancer Pain Management*, Third Edition. Madison: Wisconsin Pain Initiative 1992.

World Health Organisation: *Cancer Pain Relief*. Geneva: WHO 1986.

World Health Organisation: *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 804. Geneva: WHO 1990.

World Health Organisation: *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health*. WHO Regional Publications, European Series No. 44. Copenhagen: WHO 1992.

Litteratur til kapitel 5

Betænkning nr. 1184/1989 om afkald på livsforlængende behandling (livstestamenter m.v.). Afgivet af arbejdsgruppen om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling.

Andersen, Daniel: Livstestamenteregistret bør nedlægges. *Ugeskrift for Læger* 1994; 156: 4610-4611.

Blume, Peter: Euthanasi og livstestamentet. *Tidsskrift for Rettsvitenskap* 1982; 534-582.

Det Ethiske Råd: *Prioritering inden for sundhedsvæsenet. Et debatoplæg*. 1995.

Det Ethiske Råd: Udtalelse om Betænkning om afkald på livsforlængende behandling (livstestamenter m.v.) (nr. 1184, Kbh. 1989). *Det Ethiske Råds årsberetning 1991*.

Eser, Albin & Hans-Georg Koch (Hrsg.): *Materialien zur Sterbehilfe. Eine internationale Dokumentation*. Freiburg im Breisgau: Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht 1991.

Folker, Anna P., Nils Holtug, Annette B. Jensen, Klemens Kappel, Jesper K. Nielsen & Michael Norup: Experiences and Attitudes Towards End-of-Life Decisions Amongst Danish Physicians. *Bioethics* 1996; 10: 233-249.

Greve, Vagn: Om læger og euthanasi. *Juristen* 1974; 381-389.

Gulmann, Nils Christian: Demens og etik. Fra psykofarmaka til livstestamente. *Nordisk Medicin* 1993; 266-270.

Kirkegaard, Lise Wied: Livstestamente. *Sygeplejersken* 47/1993; 5-7, 30.

Greve, Vagn m.fl.: *Kommenteret straffelov. Speciel del*. Femte udgave. Jurist- og Økonomforbundets forlag 1994.

Husabø, Erling Johannes: *Rett til sjølvvalt livsavslutning?* Oslo: Ad Notam Gyldendal 1994 (juridisk disputats).

Moe, Claus & Marianne Schroll: Selvbestemmelsesret og handlepligt - skismaet mellem patientens ret til selvbestemmelse og lægens pligt til at handle i relation til livstestamente. Oversigtsartikel. *Ugeskrift for Læger* 1994; 156: 7014-7017.

Pedersen, Torben: Første skrift mod aktiv dødshjælp. Udtalelse fra Den Almindelige Danske Lægeforening vedrørende Sundhedsstyrelsens vejledning vedrørende intravenøs opioidinfusion til terminale patienter. *Ugeskrift for Læger* 1996; 158: 634-635.

Rambusch: Vi har brug for livstestamentet. *Tidsskrift for sygeplejersker* 42/1994; 40.

Riis, Povl: Appleton-retningslinjerne om ophør med behandling. *Ugeskrift for læger* 1989; 151: 3408-3412.

Riis, Povl: At ophøre med behandling - et tosidet problem. *Medicinsk årbog* 1992; 113-117.

Ross, Alf: Livets hellighed contra individets autonomi. *Ugeskrift for læger* 1979; 141: 862-867.

Ross, Alf: Mit livstestamente. *Berlingske Tidende* 14.5.1978.

Ross, Alf: Patientens ret. *Politiken* 27.5.1976.

Schmidt, Erling Egelund: Det nye livstestamentesystem. *Ugeskrift for Læger* 1993; 155: 187.

Spang-Hansen, Aage: Livstestamentet - juridiske betænkeligheder. *Ugeskrift for Læger* 1993; 155: 188-191.

Unmack Larsen, Bent: Lægelig dødshjælp. *Ugeskrift for Læger* 1975; 137: 99-108.

Unmack Larsen, Bent: Lægehjælp på grænsen mellem liv og død. Bemærkninger om et lægeetisk spørgsmål. *Ugeskrift for Læger* 1993; 155: 3054-3057.

Vestergaard, Jørn: Livstestamenters betydning i dansk ret. *Medicinsk-Rättslig Årsbok* 1993/94. Institutet för Medicinsk Rätt AB 1994; 179-192.

Waaben, Knud: *Strafferettens specielle del*. Fjerde reviderede udgave. Gads Forlag 1994.

Litteratur til kapitel 6

- Battin, Margaret Pabst: *The Least Worth Death. Essays in Bioethics on the End of Life*. Chapter 6: A Dozen Caveats Concerning the Discussion of Euthanasia in the Netherlands. New York-Oxford: Oxford University Press 1994.
- Bindels, Patrick J.E. *et al.*: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Homosexual Men with AIDS. *Lancet* 1996; 347: 499-504.
- Ciesielski-Carlucci, Chris & Gerrit Kimsma: The Impact of Reporting Cases of Euthanasia in Holland: A Patient and Family Perspective. *Bioethics* 1994; 8: 151-158.
- Delden, Johannes J. M. van; Loes Pijnenborg, Paul J. van der Maas: The Remmelink Study. Two Years later. *Hastings Center Report* 1993; 23 (6): 24-27.
- Delden, Johannes J.M. van; Loes Pijnenborg, Paul J. van der Maas: Reports from the Netherlands. Dances With Data. *Bioethics* 1993; 7: 323-329.
- Dillmann, Robert J. M. & Johan Legemaate: Euthanasia in the Netherlands: The State of the Legal Debate. *European Journal of Health Law* 1994; 1: 81-87.
- Dupuis, Heleen M.: Eutanasi i Holland. *Bibliotek for læger* 1994; 186: 120-147.
- Fenigsen, Richard: A Case Against Dutch Euthanasia. *Hastings Center Report* 1989; 19 (1): Special Supplement 22-30.
- Fenigsen, Richard: The Right of the Dutch Governmental Committee on Euthanasia. *Issues in Law & Medicine* 1991; 7: 339- 344.
- Gevers, J. K. M.: Legal Developments Concerning Active Euthanasia on Request in the Netherlands. *Bioethics* 1987; 1: 156-162.
- Gevers, J. K. M.: Legislation on Euthanasia: Recent Developments in the Netherlands. *Journal of medical ethics* 1992; 18: 138-141.
- Gevers, Sjef: Physician Assisted Suicide: New Developments in the Netherlands. *Bioethics* 1995; 9: 309-312.
- Gomez, Carlos F.: *Regulating Death: Euthanasia and the Case in the Netherlands*. New York: Free Press 1991.
- Griffiths, John: The Regulation of Euthanasia and Related Medical Procedures that Shorten Life in the Netherlands. *Medical Law International* 1995; 1: 137-158.
- Griffiths, John: Recent Developments in the Netherlands Concerning Euthanasia and Other Medical Behaviour That Shortens Life. *Medical Law International* 1995; 1: 347-386.
- Griffiths, John: The Recent Decision of the Dutch Supreme Court on Assistance with Suicide in a Case of Non-Somatic Suffering. *Modern Law Review* 1995 (forthcoming).
- Henk, A. M. J. ten Have & Welie, Jos V. M.: Euthanasia: Normal Medical Practice? *Hastings Center Report* 1992; 22 (2): 34-38.
- Husabø, Erling Johannes: Legalisering av aktiv dødshjelp i Nederland. *Tidsskrift for rettsvitenskap* 1990; 672-707.
- Husabø, Erling Johannes: *Rett til sjølvvalt livsavslutning?* (Juridisk disputats). Oslo: Ad Notam Gyldendal 1994.
- Jochemsen, Henk: Euthanasia in Holland: An Ethical Critique of the New Law. *Journal of Medical Ethics* 1994; 20: 212-217.

- Keown, John: The Law and Practice of Euthanasia in the Netherlands. *Law Quarterly Review* 1992; 108: 51-78.
- Keown, John: Some Reflections on Euthanasia in The Netherlands. Pp. 70-100 in Luke Gormally (Ed.): *The Dependent Elderly: Autonomy, Justice and Quality of Care*. Cambridge-New York: Cambridge University Press 1992.
- Keown, John: Further Reflections on Euthanasia in The Netherlands in the Light of the Rummelink Report and The Van Der Maas Survey. Pp. 219-240 in Luke Gormally (Ed.): *Euthanasia, Clinical Practice and the Law*. London: The Linacre Centre for Health Care Ethics 1994.
- Keown, John: Euthanasia in the Netherlands: Sliding Down the Slippery Slope? Pp. 261-296 in Keown (Ed.): *Euthanasia Examined*. Cambridge-New York-Melbourne: Cambridge University Press 1995.
- Leenen, H. J. J.: Euthanasia in the Netherlands. Pp. 1-14 in P.Byrne (Ed.): *Medicine, medical ethics and the value of life*. London: John Wiley & Sons 1990.
- Leenen, H.J.J.: Dutch Supreme Court about Assistance to Suicide in the Case of Severe Mental Suffering. *European Journal of Health Law* 1994; 377-379.
- Legemaate, Johan: Legal Aspects of Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands 1973-1994. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1995; 4: 112-121.
- Maas, Paul J. van der; Delden, Johannes J. M. van; Pijnenborg, Loes: Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life: An Investigation Performed upon Request of the Commission of Inquiry into The Medical Practice Concerning Euthanasia. *Health Policy* 1992; 22: Nos. 1/2.
- Maas, Paul J. van der; Delden, Johannes J. M. van; Looman, Caspar W. N; Pijnenborg, Loes: Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life. *Lancet* 1991; 338: 669- 674.
- Mulder, Coen F: Aktuelle udviklinger i hollandsk kriminalpolitik. *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab* 1995; 61-69.
- Newsletter of the Netherlands Ministry of Justice: Dutch Parliament Support Government Proposal. Euthanasia Remains a Criminal Offence in the Netherlands, Reporting Procedure Established by Law. February 1993.
- Newsletter of the Netherlands Ministry of Justice: Notification Procedure for the Medical Termination of Life on Request and Without Request as laid down by Order in Council. December 1993.
- Pence, Gregory E.: Do Not Go Slowly into That Dark Night: Mercy Killing in Holland. *American Journal of Medicine* 1988; 139-141.
- Pijnenborg, Loes; Maas, Paul J. van der; Delden, Johannes J. M. van; Looman, Caspar W. N: Life-terminating Acts Without Explicit Request of Patient. *Lancet* 1993; 341: 1196-1199.
- Pijnenborg, Loes: *End of Life Decisions in Dutch Medical Practice*. Thesis. Rotterdam: Erasmus University 1995.
- Rigter, Henk: Euthanasia in The Netherlands: Distinguishing Facts from Fiction. *Hastings Center Report* 1989; 19 (1): Special Supplement 31-32.
- Royal Dutch Medical Association: *Visions on Euthanasia*. Utrecht 1995.
- Schwartz, Robert L.: Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1995; 4: 111-121.
- Vlaardingerbroek, W. F. C. (Ed.): *Euthanasia and Physician- Assisted Suicide in the Netherlands: Bibliography 1984-1995*. Rijswijk: Ministry of Health, Welfare and Sport 1995

Wachter, Maurice A. M de: Active Euthanasia in the Netherlands. *Journal of the American Medical Association* 1989; 262: 3316- 3319.

Wachter, Maurice A. M. de: Euthanasia in the Netherlands. *Hastings Center Report* 1992; 22 (2): 23-30.

Wal, Gerrit van der: Unrequested Termination of Life: Is It Permissible? *Bioethics* 1993; 7: 330-339.

Wal, Gerrit van der & Dillmann, Robert J. M.: Euthanasia in the Netherlands. *British Medical Journal* 1994; 308: 1346-1349.

Wöretshofer, Jürgen & Matthias Borgers: The Dutch Procedure for Mercy Killing and Assisted Suicide by Physicians in a National and International Perspective. *Medical Journal* 1995; 2: 4-22.

Litteratur til kapitel 7

Nordisk litteratur:

Andenæs, Johs., Anders Bratholm & Finn Seyersted: Forslag om endring av straffelovens §§ 235 og 236. *Humanist* 1992; nr. 6: 7.

Blume, Peter: Euthanasi og livstestamentet. *Tidsskrift for rettsvitenskap* 1982; 534-582.

Dige, Palle. Har vi ret til en værdig død? Pp. 139-144 i Finn Borberg (red.): *Vi skal alle dø - men hvordan?* Billes & Baltzer 1977.

Dige, Palle: Pp. 33-36 i J. Vestergaard (red.): *Aktiv dødshjælp - er der behov for nye regler?* Konferencerapport. Det Ethiske Råd 1995.

Hedeby, Berit: *Ja til dødshjælp*. Sommer og Sørensen, 1978.

Hedenius, Ingemar: *Om dödshjälp och andra essayer*. Stockholm: Bonniers, 1964.

Holtug, Nils & Klemens Kappel: Det Ethiske Råd og aktiv dødshjælp. *Ugeskrift for læger* 1991; 153: 2859-2860.

Holtug, Nils: Afgørelserne skal træffes. *Ugeskrift for Læger* 1992; 154: 741.

Holtug, Nils: Aktiv dødshjælp - kommentar til indvendingerne. *Ugeskrift for Læger* 1992; 154: 745-746.

Holtug, Nils: Dødshjælp. *Anvendt etik*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1993, s. 54-75.

Holtug, Nils & Klemens Kappel: Dødshjælp, dobbelteffekt og glidebaner. *Bibliotek for Læger* 1995; 18-46.

Humphry, Derek: *Sidste udvej. Prktiske råd og anvisninger i forbindelse med selvudfrielse og hjælp til selvmord for døende*. På dansk ved J. K. Kistort. Lindhardt og Ringhof 1991.

Husted, Jørgen: Beretning fra konferencen Euthanasi and Assisted Suicide in the Netherlands. Konferencerapport til Det Ethiske Råd 1994.

Kappel, Klemens: Aktiv dødshjælp, en mere værdig løsning. *Ugeskrift for Læger* 1992; 154: 740-741.

Kappel, Klemens: *Medicinsk etik. En filosofisk diskussion af bioetiske grundproblemer*. Gyldendal 1996.

Nuland, Sherwin B.: Sådan dør vi. Livets sidste kapitel. Munksgaard/Rosinante 1994.

Paldam Folker, Anna & Nicola Hvidt: Aktiv dødshjælp. Oversigtsartikel. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157: 1024-1027.

Reuter, Lars: *Dødshjælp. En etisk-teologisk analyse og vurdering af den europæiske debat om eutanasi*. Akademisk Forlag 1996.

Seyersted, Finn: Dødshjælp, almenetik og straffeloven. *Hefte for kritisk juss* 2/1993; 18-21.

Singer, Peter: *Praktisk etik*. På dansk ved Helge Nørgaard Madsen. Hans Reitzels Forlag 1993.

Unmack Larsen, Bent: Lægelig dødshjælp. *Ugeskrift for Læger* 1975; 137: 99-108.

Unmack Larsen, Bent: Lægehjælp på grænsen mellem liv og død. *Ugeskrift for læger* 1993; 155: 3054-3057.

Utzon, Jan: Pp. 41-45 i J. Vestergaard (red.): *Aktiv dødshjælp - er der behov for nye regler?* Konferencerapport. Det Ethiske Råd 1995.

Vigeland, Kari (red.): *Selvbestemt død*. Seminarrapport fra Human-Etisk Forbunds seminar Selvbestemt død (voluntær autanasi). Oslo: Human-Etisk Forbund 1988.

Vigeland, Kari: Holdninger til voluntær aktiv dødshjælp blant studenter: *Nordisk psykologi* 1/1991; 1-16.

Vigeland, Kari: Holdning til aktiv voluntær eutanasi. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1991; 460-463.

Vigeland, Kari: Aktiv dødshjælp - for hvem? *Hefte for kritisk juss* 2/1993; 1-10.

Avisartikler:

Hyltoft, Ole: Døden er ikke det værste man har. *Ekstra Bladet* 19.11.1995.

Dige, Morten: Vildfarelser om dødshjælp. *Information* 20.3.1995.

Jersild, P. C.: Penge og folkesundhed. *Jyske Vestkysten* 19.2.1995.

Utzon, Jan: Forholdet til døden er højst personligt. *Kristeligt Dagblad* 9.11.1994.

Sløk, Johannes: Retten til at blive dræbt. *Weekendavisen* 15.9.1994.

Nørager, Bjarne: Livskvalitet er mere end blot smertefrihed. *Information* 4.5.1994.

Henius, Bent: Den sidste tid. *Politiken* 22.4.94.

Utzon, Jan: Tanker om dødshjælp. *Politiken* 15.4.1994.

Christiansen, Orla: Selvmordet som (ud)fordring. *Kolding Folkeblad* 5.4.1994

Sløk, Johannes: Min ret til at blive slået ihjel. *Jyllands-Posten* 18.2.1994.

Christensen, Mogens: Om aktiv dødshjælp. *Jyllands-Posten* 16.11.1993.

Møllehave, Johannes: Selvmord. *Politiken* 30.5.1993.

Kappel, Klemens & Nils Holtug: Dødshjælp og lidelsens ukrænkelighed. *Information* 14.7.1992.

Berg, Robert C.: Det tilfældige liv. *Berlingske Tidende* 25.4.1992

Dige, Palle: Retten til det sidste. *Politiken* 23.8.1990.

Brandt, Arne: Døden - en menneskeret. *Berlingske Tidende* 27.5.1989.

Dige, Palle: Hjælp til selvmord. *Politiken* 24.5.1971.

Reiter, Paul J.: Hjælp til selvmordere. *Berlingske Tidende* 10.5.1971.

Udenlandsk litteratur:

Admiraal, Pieter: Is There a Place for Euthanasia? *Bioethics News* 1991; 10/4: 10-22.

Anonymous: It s over, Debbie. *Journal of the American Medical Association* 1988; 259: 272.

Battin, Margaret Pabst: Suicide: A Fundamental Right? Pp. 267- 285 in M. P. Battin & D. J. Mayo (Eds.): *Suicide: The Fundamental Issues*. New York: St. Martin s Press 1980.

Battin, Margaret Pabst: *The Least Worst Death: Essays in Bioethics on the End of Life*. New York: Oxford University Press 1994.

Battin, Margaret Pabst: Voluntary Euthanasia and the Risks of Abuse: Can We Learn Anything from the Netherlands? *Law Medicine and Health Care* 1992; 20: 133-143.

Battin, Margaret P. & Thomas J. Bole (Eds.): Legal Euthanasia: Ethical Issues in an Era of Legalized Aid in Dying. *Journal of Medicine and Philosophy* 1993; 18: 237-347.

Boyd, Kenneth: The Case for Legalising voluntary euthanasia. Pp. 83-95 in J. Keown (Ed.): *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge-New York-Melbourne: Cambridge University Press 1995.

Brock, Dan W.: Voluntary Active Euthanasia. *Hastings Center Report* 1992; 22 (2): 10-22.

Brody, Howard: Aid-in-Dying: A Compassionate Response to a Medical Failure. *New England Journal of Medicine* 1992; 327: 1384-1388.

Cassel, C. K. & Diane E. Meier: Morals and Moralism in the Debate over Euthanasia and Assisted Suicide. *New England Journal of Medicine* 1990; 323: 750-752.

Celocruz, Maria T.: Aid-in-Dying: Should We Decriminalize Physician Assisted Suicide and Physician Committed Euthanasia? *American Journal of Law & Medicine* 1992; 18: 369-396.

Death and dignity: The Case of Diane. *New England Journal of Medicine* 1991; 324: 658-660.

Dworkin, Ronald: The Right to Death. *New York Review of Books*. January 31, 1991.

Dworkin, Ronald: *Life s Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. London: Harper Collins 1993. New York: Knopf 1993.

Engelhardt, Jr., H. Tristram: Fashioning an Ethic for Life and Death in a Post - Modern Society. *Hastings Center Report* 1989; 19 (1): Special Supplement 7-9.

Euthanasia Review.

Harris, John: *The Value of Life*. London: Routledge & Kegan Paul 1989.

Harris, John: *Euthanasia and the Value of Life*. Pp. 6-22, 36- 45, 56-61 in J. Keown (Ed.): *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge-New York-Melbourne: Cambridge University Press 1995.

Hemlock Society U.S.A.: Model Aid-in-Dying Act. 1993.

- Humphry, Derek & Ann Wickett: *The Right to Die: Understanding Euthanasia*. New York: Harper & Row 1986. London: Bodley Head 1986.
- Humphry, Derek, *Euthanasia: Help With a Good Death: Essays and Briefings*. Eugene, Or.: Hemlock Society 1991.
- Humphry, Derek: *Let me die before I wake: Hemlock's book of self-deliverance for the dying*. 1991 Revised Edition. Eugene, Or.: Hemlock Society.
- Humphry, Derek: *Dying With Dignity: Understanding Euthanasia*. Secaucus, N.J.: Carol Pub. Group 1992.
- Humphry, Derek: *Lawful Exit: The Limits of Freedom for Help in Dying*. Junction City, Or.: Norris Lane Press 1993.
- Kevorkian, Jack: *Prescription-Medicine: The Goodness of Planned Death*. Buffalo, N.Y.: Prometheus Books 1991.
- Kuhse, Helga: *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*. Oxford: Clarendon Press 1987.
- Kuhse, Helga: Euthanasia. Pp. 294-302 in Peter Singer (Ed.): *A Companion to Ethics*. London-Cambridge-Ma.: Blackwell Publishers 1991.
- Loewy, Erich H.: Healing and Killing, Harming and Not Harming: Physician Participation in Euthanasia and Capital Punishment. *Journal of Clinical Ethics* 1992; 3: 29-34.
- Miller, Franklin G. & Howard Brody: Professional Integrity and Physician-Assisted Death. *Hastings Center Report* 1995; 25 (3): 8-17.
- Miller, Franklin G. & John C. Fletcher: The Case for Legalized Euthanasia. *Perspectives in Biology and Medicine* 1993; 36: 159- 176.
- Miller, Franklin G., Timothy E. Quill, Howard Brody, John C. Fletcher, Lawrence O. Gostin, iane E. Meier: Regulating Physician-Assisted Death. *Sounding Board*. 1994; 331: 119-123.
- Momeyer, Richard: Does Physician Assisted Suicide Violate the Integrity of Medicine? *Journal of Medicine & Philosophy* 1995; 20: 13-24.
- New York State Task Force on Life and the Law: *When Death Is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*. New York 1994.
- Nuland, Sherwin B.: *How We Die: Reflections on Life's Final Chapter*. New York: Alfred A. Knopf, Inc. 1994.
- Quill, Timothy E.: Death and Dignity: A Case of Individualized Decision Making. *New England Journal of Medicine* 1991; 324: 691-694.
- Quill, Timothy E.: *Death and Dignity: Making Choices and Taking Charge*. New York: W. W. Norton 1993.
- Quill, Timothy E., C. K. Cassel & Diane E. Meier: Care of the Hopelessly Ill: Proposed Clinical Criteria for Physician- Assisted Suicide. *New England Journal of Medicine* 1992; 327: 1380-1384.
- Rachels, James: Active and Passive Euthanasia. *New England Journal of Medicine* 1975; 78-80.
- Rachels, James: *The End of Life. Euthanasia and Morality*. New York: Oxford University Press 1986.
- Rachels, James: Life's Dominion. Book review. *Bioethics* 1994; 8: 268-272.
- Rigter, Henk: Euthanasia in The Netherlands: Distinguishing Facts from Fiction. *Hastings Center*

Report 1989; 19 (1): Special Supplement 31-32.

Savulescu, J.: Rational Desires And The Limitation of Life- Sustaining Treatment. *Bioethics* 1994; 8: 191-222.

Singer, Peter: Practical Ethics. Second Revised Edition. New York: Cambridge University Press 1993.

Singer, Peter: The Legislation of Voluntary Euthanasia in the Northern Territory. *Bioethics* 1995; 9: 419-436.

Singer, Peter: *Rethinking Life and Death*. Melbourne: St. Martins Press 1995.

Trammel, Richard L.: Saving Life and Taking Life. *Journal of Philosophy* 1975; 72: 131-137.

Voluntary Euthanasia Society: *Your Ultimate Choice: The Right to Die With Dignity*. London: Souvenir 1992.

Ward, B. J. & P. A. Tate: Attitudes Among NSH Doctors to Request for Euthanasia. *British Medical Journal* 1994; 308: 1332-1334.

Watts, David T. & Timothy Howell: Assisted Suicide Is Not Euthanasia. *Journal of the American Geriatrics Society* 1992; 40: 1043-1046.

Wennberg, Robert N.: *Terminal Choices, Euthanasia, Suicide, and the Right to Die*. Exeter: Paternoster Press 1989.

Weir, Robert F. (Ed.): *Ethical Issues in Death and Dying*. New York: Columbia University Press 1986.

Weir, Robert F.: *Abating Treatment with Critically Ill Patients. Ethical and Legal Limits to the Medical Prolongation of Life*. New York-Oxford: Oxford University Press 1989.

Weir, Robert F.: The Morality of Physician-Assisted Suicide. *Law, Medicine and Health Care* 1992; 20: 116-126.

Litteratur til kapitel 8-10

Nordisk litteratur:

Almänna Råd från Socialstyrelsen 1992:2: *Livsuppeållande åtgärder i livets slutskede*. Stockholm 1992.

Andersen, Daniel, Carl Erik Mabeck & Povl Riis (red.): *Medicinsk etik*. FADL s Forlag 1986.

Andersen, Svend: Eutanasi - en teologisk synsvinkel. *Bibliotek for læger* 1994; 257-261.

Andersen, Svend: *Som dig selv. En indføring i etik*. Aarhus Universitetsforlag 1993.

Arendt, Niels Henrik: Fra fællesskab til privat anonymitet - til fællesskab igen? Tanker om fællesskabets rolle i forhold til døden. *Årsskrift for kirkegårdskultur* 1994; 46-56.

Arendt, Niels Henrik: Oplæg til Kræftens Bekæmpelses konference, Aabenraa, 28.2.1995.

Arendt, Rudolph: Døden - tilvalg eller tilskikkelse? *Særtryk fra Fyens Stiftsbog* 1992; 7-18.

Borberg, Finn (red.): *Vi skal alle dø - men hvordan?* Billes & Baltzer 1977.

Christoffersen, Svein Aage: Eutanasi - verdig eller uverdige død? *Hefte for kritisk juss* 2/1993; 11-17.

Dahl, Sven: Om begrebet dødshjælp. *Ugeskrift for læger* 1991; 153: 3577-3578.

- Det Ethiske Råds udtalelse om Betænkning om afkald på livsforlængende behandling (livstestamenter m.v.) (nr. 1184, 1989).
- Diepeveen, Michael: Døden på dagsordenen. *Ugeskrift for læger* 1993; 155: 259-262.
- Doublet, David & Erling Johannes Husabø: Etisk legitimering af aktiv dødshjælp. *Hefte for kritisk juss* 2/1993; 22-24.
- Eareckson Tada, Joni: *Hvornår er det tid til at dø? Selvmord, eutanasi, lidelse, omsorg*. Lohses Forlag 1993.
- Engberg Pallesen, A.: Etiske spørgsmål vedrørende pleje af døende. Pp. 216-233 i *Arkiv for praktisk lægegerning: Terminal pleje*, 1984 (særtryk).
- Foss, Øyvind: *Med livet i hendene: Om aktiv og passiv dødshjælp*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 1988.
- Foss, Øyvind: *Drab i videnskabens navn: eutanasi og forsøg på mennesker under nazismen i videnskabens navn*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag. Acta Jutlandica 64:2. Teologisk serie 16, 1988.
- Gam, Henrik: Eutanasi - terminologien. *Månedsskrift for praktisk lægegerning* 1983; 61: 179-182.
- Glebe-Møller, Jens: *Om moralen - dens betydning, grundlag, anvendelse*. Gads Forlag 1980.
- Grahn, Monica: *Gränsdragning mellan medverkan till självmord och dödande med samtycke*. Skriftligt arbete i straffrätt, Uppsala 1990.
- Gulmann, Nils Chr.: Demens og etik. *Nordisk medicin* 1993; 266- 270.
- Gøtrik, Jens Kr.: Det etiske råd og aktiv dødshjælp. *Ugeskrift for læger* 1991; 153: 2859-2861.
- Hartling, Ole J.: Aktiv dødshjælp, eutanasi. *Bibliotek for læger* 1993; 304-314.
- Hartling; Ole J.: Pp. 46-49 i J. Vestergaard (red.): *Aktiv dødshjælp - er der behov for nye regler?* Konferencerapport. Det Ethiske Råd 1995.
- Hartling, Ole J.: Euthanasia: Towards a European Consensus? *Ugeskrift for Læger* 1996; 158: 2422-2423.
- Hartvig, Pål: Dødshjælp og omsorg ved livets slutt. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1990; 1925-1927.
- Haslund-Gjerrild, Henriette: Dødshjælp er en falliterklæring. *Sygeplejersken* 34/1994; 20-22.
- Haslund-Gjerrild, Henriette: Pp. 55-57 i J. Vestergaard (red.): *Aktiv dødshjælp - er der behov for nye regler?* Konferencerapport. Det Ethiske Råd 1995.
- Hermerén, Göran: Pp. 93-135 i Statens Etisk-Medicinska Rådet: *Eutanasi- en debattskrift*. Etiska vägmärken 5. Stockholm 1992.
- Holm, Søren: At sige verden ret farvel. Dødsriterier, medlidenhedsdrab og det leveværdige liv. Pp. 19-34 i K. Christensen *et al.* (red.): *Dilemma. Om medicinsk etik*. Credo Forlag 1995.
- Husabø, Erling Johannes: *Rett til sjølvvalt livsavslutning?* Oslo: Ad Notam Gyldendal 1994 (juridisk disputats).
- Jensen, Ole: Aktiv dødshjælp i Danmark. *Dansk Teologisk Tidsskrift* 1/1996; 50-61.
- Jungersen, Dorte: Smertebehandling forsømt. *Ugeskrift for Læger* 1996; 158: 1244-1246.
- Kemp, Peter: Etisk livssyn og moralsk praksis. Pp. 11-73 i D. Andersen m.fl. (red.): *Medicinsk etik*.

FADL s Forlag 1986.

Kemp, Peter: *Det uerstattelige. En teknologi-etik*. Anden gennemsete udgave. Spektrums Uglebøger 1994.

Kemp, Peter: Autonomiprincippets indhold og grænser. Diskussionsindlæg på Center for Etik og Ret, 15.3.1995.

Kemp Peter: Lykke og lidelse i livets sidste tid. *Foredrag på Nordisk kongres* 1988.

Kemp, Peter: Prioritering af det uerstattelige. *Omsorg* 3/1994; 11-15.

Kemp, Peter: Angstens grundelementer. *Foredrag for Nordisk Forening for handicaptandpleje*.

Münster, Kirsten: *Døden, selvmord og eutanasi*. Lohses Forlag 1991.

Møllevang, Mette: Den sidste sprøjte. Også til psykisk syge. Føler sig som bøddel. Planlagt drab. *Sygeplejersken* 25/1993; 10-15.

Nielsen, Henrik Bang: Om dødshjælp. Specialeafhandling, juridisk kandidateksamen, Københavns Universitet 1995.

Norup, Michael: Eutanasi i Holland - en kommentar. *Bibliotek for læger* 1994; 132-142.

Nuland, Sherwin B.: *Sådan dør vi. Livets sidste kapitel*. Oversat af Bent Bjerre. Munksgaard/Rosinante 1994.

Paldam Folker, Anna & Nicola Hvidt: Aktiv dødshjælp. Oversigtsartikel. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157: 1024-1027.

Pedersen, Torben: Eutanasi. *Ugeskrift for læger* 1994; 156: 2863 (leder).

Roland, Magne & Arne Emil Schjøth (red.): *Aktuelle problemer i medisinsk etikk*. Oslo: Luther Forlag 1980.

Rossel, Peter: Aktiv eutanasi - nej, men ... *Bibliotek for Læger* 1994; 186: 143-147.

Sejer Larsen, Else Marie: Barmhjertigt drab - barmhjertig død. *Lov & Ret* 2/1992; 14-16.

Simonsen, Jørn: Eutanasi. *Månedsskrift for praktisk lægegerning* 1987; 65: 619-627.

Simonsen, Jørn: Eutanasi og selvmord. Pp. 486-498 i D. Andersen *et al.* (red.): *Medisinsk etik*. FADL s Forlag 1986.

Skouboe, Birgitte: Pp. 50-54 i J. Vestergaard (red.): *Aktiv dødshjælp - er der behov for nye regler?* Konferencerapport. Det Ethiske Råd 1995.

Statens Etisk-Medicinska Rådet: *Eutanasi - en debattskrift*. Etiska vägmarken 5. Stockholm 1992.

Strandberg, Brynjulf: *Barmhjertighedsdrab og lægegerning*. Gyldendal 1965.

Sørensen, Asger: Medlidenhedsdrab - et moralsk problem, ikke et logisk. *Ugeskrift for Læger* 1992; 154: 743-745.

Tranøy, Knut Erik: *Medisinsk etikk i vår tid*. Söreidgrend: Sigma 1991.

Therkelsen, Lise: Morfindrops - eksempel på værdiskred. *Sygeplejersken* 6/1996; 23.

Vesterdal, Anne: Medlidenhedsdrab. *Sygeplejersken* 23/1993; 18- 19, 27.

Vestergaard, Jørn (red.): *Aktiv dødshjælp - er der behov for nye regler?* Konferencerapport. Det Ethiske Råds høring om aktiv dødshjælp, Fællessalen, Christiansborg 2.12.1994. Det Ethiske Råd 1995.

Wulf, Henrik R.: *Den samaritanske pligt. Det etiske grundlag for det danske sundhedsvæsen.* Munksgaard 1995.

Avisartikler:

Grundtvig, Sven: Rammer for liv og død. *Kolding Folkeblad* 20.1.1996.

Frimodt-Møller, Carl & Hans Colstrup: Morfinhjælp er en tillidssag. *Politiken* 11.1.1996.

Sohn, Vagn: Let død eller en god død. Livet er ikke gratis. *Politiken* 7.1.1996.

Baunsbak-Jensen, Asger: Døden som tabu. *Frederiksborg Amts Avis* 27.5.1995.

Ross Niklassen, Tove: Det store spørgsmål. *Århus Stiftstidende* 5.4.1995.

Uhrup Jensen, Jesper: Tid til at dø. *Politiken* 24.3.1995.

Lassen, Kathrine: Et banalt aflivningsproblem. *Information* 4.3.1995.

Krommenhoek, Vibeke: Aktiv dødshjælp i Holland. *Kristeligt Dagblad* 22.2.1995.

Lybæk, Poul: Retten til et værdigt liv. *Jyllands-Posten* 20.2.1995.

Frølund Thomsen, Villy: Selvmord er en sygdom. *Information* 16.2.1995.

Kuhlmann, Agnes: Hvis man værner sig til aktiv dødshjælp. *Kristeligt Dagblad* 13.2.1995.

Andersen, Dan H.: Manden med dødsprøjten. *Politiken* 11.2.1995.

Juul, Ole: Livet - det er livet værd. *Jyllands-Posten* 31.1.1995.

Høg, Kirsten: Tillader vi aktiv dødshjælp skrider vort menneskesyn. *Horsens Folkeblad* 21.1.1995.

Reuter, Lars: At sige verden ret farvel. *Berlingske Tidende* 17.1.1995.

Kemp, Peter: Selvbestemmelsens sovepude. *Weekendavisen* 30.12.1995.

Tema: Aktiv dødshjælp. *Kristeligt Dagblad* november 1994.

Vestergaard, Jørn: Selvbestemmelse og livsafslutning. *Kristeligt Dagblad* 9.11.1994.

Baunsbak-Jensen, Asger: Døden er blevet skubbet til side. *Herning Folkeblad* 4.11.1994.

Bille-Brahe, Unni: Om Retten til en værdig død. *Jyllands-Posten*, 26.10.1994.

Petersen-Munk, Trine: Døden på dagsordenen og sig nærmer tiden. *Berlingske Tidende* 12.10.1994.

Rendtorff, Jacob: Aktiv dødshjælp. *Information* 11.10.1994.

Gravgaard, Anne-Marie Boeck: Aktiv livshjælp. *Weekendavisen* 28.04.1994.

Rasmussen, Harald: Døden på bestilling. *Morgenposten Fyens Stiftstidende* 4.3.1994.

Olesen, Sigurd: At lade dø og at dræbe. *Politiken* 21.4.1994.

Arendt, Niels Henrik: Dødshjælpens grænse. *Kristeligt Dagblad* 7.4.1994.

Hee, Inger: Hospice - en hvile- og rasteplads for rejsende. *Berlingske Tidende* 7.5.1994.

Foss, Øyvind: Aktiv eller passiv dødshjælp? *Jyllands-Posten* 10.3.1994.

Rasmussen, Harald: Døden på bestilling. *Jyllands-Posten* 4.3.1994.

Hartling, Ole J.: En nådig død? *Politiken* 30.11.1995.

Hartling, Ole J.: Aktiv dødshjælp - klare regler? *Jyllands-Posten* 3.3.1994.

Tuxen, Anders: Nødvendigt med debat om dødshjælp. *Jyllands-Posten* 9.1.1994.

Lindenov Christiansen, Lisbet: Det uværdige liv. *Kristeligt Dagblad* 27.11.1993.

Hastrup, Bjarne: Pas på dødshjælp. *Politiken* 2.9.1993.

Vincent, Claus: Livet er for godt til at smide væk. *Kristeligt Dagblad* 19.1.1993.

Kemp, Margrethe Lomholt & Peter Kemp: Angsten for livet. *Politiken* 16.7.1992.

Andersen, Asger: Drab i kærlighedens navn. *Information* 27.4.1992.

Hartling, Ole J.: Lægen vil ikke slå ihjel. *Politiken* 3.3.1992.

Hviid, Jørgen: Dødshospitaler - nej tak. *Kristeligt Dagblad* 17.9.1991.

Hansen-Nord, Michael: Aktiv dødshjælp uden lægen. *Berlingske Tidende* 9.7.1991.

Arendt, Rudolph: Død på bestilling. *Kristeligt Dagblad* 25.7.1990.

Skov Larsen, Lisbeth: Livredning eller aktiv dødshjælp? *Weekendavisen* 5.1.1990.

Arendt, Rudolph: Lade dø eller dræbe. *Kristeligt Dagblad* 16.9.1989.

Jensen, Palle André: Se dét var en værdig død. *Jydske Tidende* 26.2.1988.

Kofod-Svendsen, Flemming: Dødshjælp i etisk belysning. *Vendsyssel Tidende* 27.2.1981.

Udenlandsk litteratur:

Admiraal, Pieter: Is There a Place for Euthanasia? *Bioethics News* 1991; 10/4: 10-18.

Battin, Margaret P. & Thomas J. Bole (Eds.): Legal Euthanasia: Ethical Issues in an Era of Legalized Aid in Dying. *Journal of Medicine and Philosophy* 1993; 18: 237-347.

Beauchamp, Tom & James Childress: *Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition*. New York-Oxford: Oxford University Press 1994.

British Medical Association: *Euthanasia: Report of the Working Party to review the British Medical Association's Guidance on Euthanasia*. London: British Medical Association 1988.

Caine, E. D. & Y. C. Conwell, Self-Determined Death, the Physician, and Medical Priorities: Is there Time to Talk. *Journal of the American Medical Association* 1993; 270: 875-876.

Callahan, Daniel: Can We Return Death to Disease? *Hastings Center Report* 1989; 19 (1): Special Supplement 4-6.

Callahan, Daniel: When Self-Determination Runs Amok. *Hastings Center Report* 1992; 22 (2): 52-55.

Callahan, Daniel: Pursuing a Peaceful Death. *Hastings Center Report* 1993; 23 (4): 33-38.

- Callahan, Daniel: *The Troubled Dream of Life. Living with Mortality*. New York: Simon & Schuster 1993.
- Callahan, Daniel & Courtney S. Campbell (Eds.): *Theology, Religious Traditions, and Bioethics. Hastings Center Report* 1990; 20 (4): Special Supplement.
- Capron, Alexander Morgan: *Euthanasia in the Netherlands: American Observations. Hastings Center Report* 1992; 22 (2): 30- 33.
- CeloCruz, Maria T.: *Aid-in-Dying: Should We Decriminalize Physician Assisted Suicide and Physician Committed Euthanasia? American Journal of Law & Medicine* 1992; 18: 369-396.
- Death and dignity: The case of Diane. *New England Journal of Medicine* 1991; 324: 658-660.
- Doerflinger, Richard: *Assisted Suicide: Pro-Choice or Anti- Life? Hastings Center Report* 1989; 19 (1): Special Supplement 16-19.
- Dyck, A. J.: *Physician Assisted Suicide: Is It Ethical? Trends in Health Care, Law and Ethics* 1992; 17-22.
- Eareckson Tada, Joni: *When is It Right to Die?: Suicide, Euthanasia, Suffering, Mercy*. Grand Rapids, Mich.: Zondervan Pub. House; San Fransisco, Calif.; Harper San Fransisco 1992. London: Marshall Pickering 1993.
- Feinberg, Joel: *Voluntary Euthanasia and the Inalienable Right to Life. Philosophy and Public Affairs* 1978; 7: 92-123.
- Fenigsen, Richard: *A Case Against Dutch Euthanasia. Hastings Center Report* 1989; 19 (1): 22-30.
- Finnis, John: *Bland: Crossing the Rubicon? Law Quarterly Review* 1993; 109: 329-337.
- Folker, Anna P., Nils Holtug, Annette B. Jensen, Klemens Kappel, Jesper K. Nielsen & Michael Norup: *Experiences and Attitudes Towards End-of-Life Decisions Amongst Danish Physicians. Bioethics* 1996; 10: 233-249.
- Foot, Philippa: *Euthanasia. Philosophy & Public Affairs* 1977; 6: 85-112.
- Freedman; Benjamin: *The Slippery-Slope Argument Reconstructed. Journal of Clinical Ethics* 1992; 3: 293-297.
- Gaylin, Williard, Leon R. Kass, Edmund D. Pellegrino & Mark Siegler: *Doctors Must Not Kill. Journal of the American Medical Association* 1988; 259: 2139-2140.
- Gillett, Grant R.: *Learning to Do no Harm. Journal of Medicine and Philosophy* 1993; 18: 253-268.
- Gillett, Grant R.: *Killing, Letting Die and Moral Perception. Bioethics* 1994; 8: 312-328.
- Glover, J.: *Causing Death and Saving Lives*. Harmondsworth: Penguin, 1977.
- Gomez, Carlos F.: *Regulating Death. Euthanasia and the Case of the Netherlands*. New York: The Free Press 1991.
- Gormally, Luke (Ed.): *Euthanasia, Clinical Practice and the Law*. London: The Linacre Centre for Health Care Ethics 1994.
- Hamel, R. (Ed.): *Active Euthanasia, Religion and the Public Debate*. Chicago: Ridge Park Center 1991.
- Hendin, Herbert & Gerald Klerman: *Physician-Assisted suicide: The Dangers of Legislation. American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 143-145.

- Holm, Søren. *Ethical Problems in Clinical Practice: A Study of the Ethical Reasoning of Health Care Professionals*. University of Copenhagen: Department of Medical Philosophy and Clinical Theory 1996 (Ph.D. Thesis).
- Jonsen, Albert R.: Living with Euthanasia: A Futuristic Scenario. Pp. 241-252 in Battin & Bole (Eds.): *Legal Euthanasia: Ethical issues in an Era of Legalized Aid in Dying*. *Journal of Medicine and Philosophy* 1993; 18: 237-347.
- Kamisar, Yale: Some Non-Religious Views against Proposed Mercy- Killing Legislation. *Minnesota Law Review* 1958; 42: 970-1039.
- Kamisar, Yale: Are Laws against Assisted Suicide Unconstitutional? *Hastings Center Report* 1993; 23 (3): 32-41.
- Kass, Leon R.: Neither for Love nor Money: Why Doctors Must Not Kill. *Public Interest* 1988; 93: 25-46.
- Kass, Leon R.: Is There a Right to Die? *Hastings Center Report* 1993; 23 (1): 34-43.
- Keown; John (Ed.): *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge-New York-Melbourne: Cambridge University Press 1995.
- Koop, C. Everett: The Challenge of Definition. *Hastings Center Report* 1989; 19 (1): Special Supplement 2-3.
- Lamb, David: *Down the Slippery Slope: Arguing in Applied Ethics*. London: Croom Helm 1988.
- Lifton, Robert J.: *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic Books 1986.
- Maas, Paul J. van der; Delden, Johannes J. M. van; Looman, Caspar W. N; Pijnenborg, Loes: Euthanasia and Other Medical Decisions Concerning the End of Life. *Lancet* 1991; 338: 669- 674.
- Marker, Rita: *Deadly Compassion: The Death of Ann Humphry & the Truth About Euthanasia*. New York: William Morrow 1993.
- Meilaender, Gilbert: Terra es Animata. On Having a Life. *Hastings Center Report* 1993; 23 (4): 25-32.
- Melton, J. Gordon (Ed.): *The Churches Speak on Euthanasia: Official Statements from Religious Bodies and Ecumenical Organizations*. Detroit-New York-London: Gale Research Inc. 1991.
- New York State Task Force on Life and the Law: *When Death Is Sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*. New York 1994.
- Pellegrino, Edmund D.: Compassion Needs Reason Too. *Journal of the American Medical Association* 1993; 270: 874.
- 'Sundström, Per: Peter Singer and lives not worth living - comments on a flawed argument from analogy. *Journal of Medical Ethics* 1995; 21: 35-38.
- Reuter, Lars: Euthanasie in Europa. *Stimmen der Zeit* 1992; 210: 543-552.
- Trammel, Richard L.: Saving Life and Taking Life. *Journal of Philosophy* 1975; 72: 131-137.
- Vaux, Kenneth L.: The Theologic Ethics of Euthanasia. *Hastings Center Report* 1989; 19 (1): Special Supplement 19-22.
- Velleman, J. David: Against the Right to Die. *Journal of Medicine and Philosophy* 1992; 17: 665-681.

Walton, Douglas: *Slippery Slope Arguments*. Clarendon Library of Logic and Philosophy. Oxford University Press 1992.

Wennberg, Robert N.: *Terminal Choices, Euthanasia, Suicide, and the Right to Die*. Exeter: Paternoster Press 1989.

Williams, John R.: Physician-Assisted Death. How the Canadian Medical Association's Committee on Ethics Developed its Draft Policy. *Humane medicine* 1994; 10: 172-183.

Zimmermann-Acklin: *Überlegungen zur aktuellen Euthanie-Diskussion*. Folia Bioethica: Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik 1994.