

# Dødshjælp?

## Sammenfatning af en redegørelse til brug i den offentlige debat

Udarbejdet af journalist Lene Stærbo i samarbejde med Det Ethiske Råd

Dødshjælp?

Sammenfatning af en redegørelse  
til brug i den offentlige debat

© Det Ethiske Råd og Lene Stærbo, 1996

Illustrationer: Birgitte Thorlacius

Produktion: Thorup Grafik

Kan købes hos boghandleren og

Det Ethiske Råd

Ravnsborggade 2

2200 København N

Tlf. 35 37 58 33

Fax. 35 37 57 55

ISBN: 87-89943-76-7

---

## Indhold

### Dødshjælp?

Passiv dødshjælp

Dobbelteffekten

Hollandsk ret

### Lindring, omsorg og pleje

Smertebehandling

Depression

Forebyggelse af selvmord

### Behovet for et helhedssyn

Udviklingen i hospitalsplejen

Hjemmepleje af døende

Hospice bevægelsen

### Argumenter for aktiv dødshjælp

Respekt for menneskets ønske om selv at bestemme

En absolut etisk grænse

# Argumenter imod lovgivning af aktiv dødshjælp

Menneskelivets ukrænkelighed

Et værdibetonet valg

Omgivelsernes pres

Læge-patient forholdet

Straffelovens signalværdi

## Anbefalinger

## Medlemmer af Det Ethiske Råd

---

### **Dødshjælp?**

Kun et ud af ti dødsfald i Danmark sker af pludselige og uventede årsager som ulykker, drab og selvmord. Langt de fleste mennesker, tre ud af fire, dør efter langvarig svækkelse. Vi dør som regel af sygdom, ofte under indlæggelse på hospital.

Takket være mange nye behandlingsmetoder er læger i stand til at forlænge livet for mange mennesker, der tidligere ikke ville have haft samme udsigt til at overleve.

I mange tilfælde er det oplagt, at behandlingen er til patientens bedste. Men der er tilfælde, hvor det er tvivlsomt, om det er rigtigt at iværksætte eller fortsætte med livsforlængende behandling. Nogle patienter lever med svære symptomer fra deres sygdom, og i sådanne tilfælde kan behandlingen virke urimeligt langtrukket. Den forstærker oplevelsen af fremmedgørelse og meningsløshed. Mange frygter at blive holdt i live uden bevidsthed eller uden håb om bedring.

Folketinget lovfæstede i 1992 reglerne om "passiv dødshjælp". Disse regler betyder bl.a., at patienten altid kan afvise behandling og dermed f.eks. kan undgå at blive holdt kunstigt i live. Hvis livsforlængende behandling er nytteløs, skal lægen i princippet afstå derfra.

Ved spørgsmålet om livsforlængende behandling har Folketinget med andre ord lagt afgørende vægt på at respektere patientens selvbestemmelsesret og på at undgå opretholdelse af liv for en hver pris.

Nogle ønsker imidlertid, at der også indføres mulighed for "aktiv dødshjælp". De ønsker, at der skal være en mulighed for under visse omstændigheder at få lægens hjælp til afkortning af et liv i uudholdelig lidelse. En sådan ordning blev i 1994 lovfæstet i Holland, og den har internationalt været genstand for stor opmærksomhed.

Denne udgivelse er en journalistisk sammenfatning af redegørelsen Dødshjælp? som Det Ethiske Råd udsendte i sommeren 1996. Sammenfatningen er udarbejdet med henblik på at stimulere den offentlige debat om emnet.

Det Ethiske Råds redegørelse handler om det ønske, som nogle har om lovgivning af aktiv dødshjælp. Den belyser 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.

I sagens natur er spørgsmålet om aktiv dødshjælp egnet til at fremkalde stærke følelser. Debatten handler om liv og død, om lægers rolle og om hvornår og hvordan vi hver især ønsker at dø. Der kan næppe tænkes vanskeligere spørgsmål.

Medlemmerne af Det Ethiske Råd er delt i spørgsmålet om, hvorvidt aktiv dødshjælp i et vist omfang

skal lovliggøres i Danmark. Et flertal på 16 medlemmer anbefaler, at det gældende forbud mod aktiv dødshjælp opretholdes. Et af rådets medlemmer, Jørgen Husted, mener, at loven skal ændres, så der åbnes mulighed for aktiv dødshjælp.

Modstandere og tilhængere af at lovliggøre aktiv dødshjælp er enige om, at lindring, omsorg og pleje af alvorligt syge og døende patienter bør opprioriteres. Acceptable muligheder for lindring mv. er under alle omstændigheder af afgørende betydning. De har også en betydning for en vurdering af, hvorvidt en adgang til aktiv dødshjælp er påkrævet eller ville være rimelig.

Mindretallet i Det Ethiske Råd mener, at der skal åbnes for en afkriminalisering af lægers hjælp til sådan livsafkortning. Flertallet mener derimod, at en sådan praksis vil medføre uacceptabelt store skadevirkninger for andre mennesker, ikke mindst andre patienter, og er derfor imod en sådan afkriminalisering.

## **Passiv dødshjælp**

I Danmark foretages passiv dødshjælp af læger hver eneste dag. Lægen skal i følge dansk lovgivning respektere patientens selvbestemmelse med hensyn til fravalg af behandlingsmuligheder. Bestemmer patienten, at han eller hun ikke vil have behandling, enten ved en tilkendegivelse i en aktuel sygdomssituation eller ved forudgående oprettelse af et livstestamente, skal lægen rette sig efter patienten.

For lægerne gælder en ret, og i nogle tilfælde en pligt, til at yde passiv dødshjælp og dermed til indirekte at være med til at afkorte patientens liv.

Hvis en patient er uafvendeligt døende, hvilket i praksis betyder, at døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage eller uger trods anvendelse af de foreliggende behandlingstilbud, er lægen beføjet til:

- at undlade behandling, der blot udskyder dødstidspunktet;
- at bruge lindrende midler, der som bivirkning kan have en utilsigtet fremskyndelse af dødstidspunktet (den såkaldte dobbelteffekt).

At standse en respirator eller give et drop, som fremskynder døden, er med andre ord tilladt efter dansk lovgivning i visse situationer. Det, der kaldes "passiv dødshjælp", kan således godt være udtryk for en aktiv handling fra lægens side.

## **Dobbelteffekten**

Visse lindrende behandlinger, herunder anvendelse af morfindrop, kan have den bivirkning, at de fremskynder døden. Hvis en patient er uafvendeligt døende, kan lægen om nødvendigt anvende lindrende midler, selv om dette kan medføre en fremskyndelse af dødstidspunktet.

Smertebehandling med morfin kan skabe tolerans. Og det, at man vænner sig til et stof, betyder, at doserne skal gøres gradvist større for at opnå den ønskede virkning. Et af problemerne ved at bruge morfindrop er, at behandlingen kan påvirke vejrtrækningen og dermed indebære en risiko for, at man i nogle tilfælde fremskynder døden.

Blandt fagfolk er det en udbredt opfattelse, at smertebehandling med morfindrop kan udføres så omhyggeligt, at risikoen for at fremskynde døden forsvinder eller mindskes betydeligt. Størst risiko er der, hvor det drejer sig om patienter, der pludseligt får meget svære smerter, som betyder, at de har brug for store doser morfin. I de tilfælde, hvor patienten langsomt bliver dårligere, vænner denne sig til stoffet - og det betyder, at kroppen langsomt både har brug for og kan tåle stadigt større doser.

Det er ulovligt at optrappe doserne mekanisk og kontinuerligt ved brug af morfindrop. Lægen må ikke øge dosis automatisk, men kun efter individuelt behov.

Tilsyneladende er praksis i forbindelse med anvendelse af morfindrop uensartet, og noget tyder på, at

anvendelsen af morfindrop på enkelte afdelinger ikke altid sker i overensstemmelse med lægelovens intentioner. Sundhedsstyrelsen har for nylig udsendt nærmere retningslinier, som efter Lægeforeningens opfattelse er utilstrækkelige.

Det vil være ulovligt at lade det primære formål med et morfindrop være afkortning af patientens liv.

### **Hollandsk ret**

Efter hollandsk ret er lægelig dødshjælp lovlig, hvis en række betingelser er opfyldt. Der skal være tale om:

- en sygdom, 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 med en uafhængig læge, samt
- indberetning til embedslægen og videre til anklagemyndigheden.

I 1990 blev der foretaget lægelig aktiv dødshjælp i 2.300 tilfælde, hvilket svarer til 1,8% af alle dødsfald. Heraf blev to tredjedele udført i patientens hjem. I yderligere 400 tilfælde var der tale om hjælp til selvmord, svarende til 0,3% af alle dødsfald.

I to tredjedele af sagerne om aktiv dødshjælp var der tale om patienter med fremskredne kræftsygdomme. I tre fjerdedele af tilfældene blev livsafkortningen anslået til at dreje sig om mindst en uge og i næsten en tiendedel af tilfældene om mindst seks måneder.

To tredjedele af de patienter, der udtrykker ønske om at få aktiv dødshjælp, får det ikke, enten fordi de skifter mening eller dør, eller fordi der findes acceptable muligheder for lindring.

De lidelser, som patienterne anfører som begrundelse for ønsket om dødshjælp, er i mange tilfælde ikke blot fysisk smerte, men tillige psykisk lidelse.

---

### **Lindring, omsorg og pleje**

For tilhængere af aktiv dødshjælp er det en forudsætning, at der skal være tale om en patient med uudholdelige lidelser. Der må ikke være konkrete behandlingsmuligheder eller acceptable muligheder for lindring. Det betyder, at behovet for aktiv dødshjælp bliver mindre, hvis man kan afhjælpe smerter og lindre psykisk lidelse.

Oplevelsen af lidelse er i høj grad subjektiv, og derfor er også begrebet "uudholdelig lidelse" vanskeligt at håndtere.

Typisk vil fysisk smerte hos uhelbredeligt syge og døende patienter være ledsaget af mental og åndelig smerte. 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.

For mange alvorligt syge patienter er der ikke nogen udsigt til helbredelse. I sådanne tilfælde handler indsatsen om at lindre patientens symptomer, at forsøge at undgå opkomsten af nye og sværere symptomer samt at hjælpe patienten med at leve med sygdommen og dens gener.

Det er meget afgørende, at alvorligt syge patienter og deres pårørende bliver støttet og gjort opmærksomme på, at der er mulighed for lindring, pleje og omsorg, selv om der ikke er nogen behandling, der kan helbrede sygdommen. Det overordnede mål er den bedst mulige livskvalitet for patienten og familien.

Det mindretal i rådet, der principielt går ind for afkriminalisering af aktiv dødshjælp, kan tilslutte sig såvel ovenstående som de følgende punkter om smertebehandling, hospicer mv. Mindretallet vil imidlertid slå på, at muligheden for forbedring af hjælp til døende lige så lidt taler imod afkriminalisering af aktiv dødshjælp, som muligheden for forbedret seksualoplysning, prævention mv. taler imod fri abort.

## **Smertebehandling**

Smertebehandling er af væsentlig betydning for mange alvorligt syge, ikke mindst kræftpatienter. Her i landet dør årligt 16.000 mennesker af kræft. Også andre patientgrupper har et udtalt behov for smertebehandling, for eksempel 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 en mere effektiv smertebehandling.

Når det gælder den fysiske smerte, kan man for langt de fleste patienter holde smerten nede på et niveau, patienten kan affinde sig med.

Udenlandske undersøgelser har vist, at kun halvdelen af smertepatienterne får den bedst mulige smertebehandling. Fagfolk skønner, at forholdene her i landet ikke er meget anderledes. Det skønnes også, at mellem en tiendedel og en fjerdedel 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 overordentligt lavt.

I fagkredse er der 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.

## **Depression**

Ved livets afslutning vil følelsen af afmægtighed og meningsløshed typisk være stærk. Oplevelsen af ensomhed, træthed, forladthed og fortvivelse 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 oplevelse af at være ensom og forladt.

Det betyder også meget, at sundhedspersonalet er nærværende, viser omsorg og er interesseret i, hvordan patienten har det. Samtidig er det væsentligt, at de pårørende får lov til at klare de opgaver, de mener, de kan magte.

Alvorlig og uheldelig sygdom medfører i almindelighed sorg- og krisereaktioner. Disse reaktioner er kendetegnet ved, at patienten svinger meget i humør, men også ved at der sker en udvikling i tilstanden, og ved at symptomerne efterhånden forsvinder.

Også egentlige depressioner forekommer hyppigt hos alvorligt og uheldeligt syge patienter. Sådanne psykiatriske tilstande kendetegnes ved, at patientens stemningsleje adskiller sig fra det, der er normalt for vedkommende, og at der ikke er stemningssvingninger. Depressioner kan som regel behandles med godt resultat.

Depressioner overses og underbehandles ofte. Mange fagfolk har en alt for høj tærskel for, hvor slem en depression skal være, før den tages alvorligt.

Alvorlige depressioner adskiller sig grundlæggende fra de oplevelser af vemod, bedrøvelse og

ængstelse over for døden, de fleste døende patienter har. Uden den fornødne fagkundskab kan egentlige depressioner imidlertid være vanskelige at skelne fra mere normale sorgreaktioner. Der kræves stor fagkyndighed for at kunne skelne de to slags depressioner fra hinanden, og derfor er en tværfaglig indsats af stor vigtighed. 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.

## **Forebyggelse af selvmord**

Meget få alvorligt syge patienter begår selvmord, men mange tænker på det som en mulighed. 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. Bevidstheden om at kunne begå selvmord kan give en oplevelse af at kunne udøve en vis kontrol over sin egen situation, hvis den skulle blive uudholdelig. Nogle af disse mennesker kunne muligvis finde beroligelse i en mulighed for at få aktiv dødshjælp.

Det er vigtigt at afklare nøje, hvad der ligger bag, når en patient overvejer selvmord eller aktiv dødshjælp. Så vidt muligt skal patienten hjælpes til at finde de problemer, der ligger bag. Måske behandles patientens smerter ikke godt nok. Måske er der tale om en egentlig depression. Det kan også være, at den syge ikke ønsker at ligge nogen til byrde og ængstes for at være opgivet af omgivelserne.

Selv om det er svært at tale med patienter om deres selvmordstanker, er det vigtigt, at sundhedspersonalet overvinder deres angst for emnet. I sig selv er det en lindring, at nogen bekymrer sig om en, og tager problemerne alvorligt - også de tungeste.

---

## **Behovet for et helhedssyn**

Det er blevet stadig mere almindeligt blandt fagfolk at fremhæve vigtigheden af, at sundhedsvæsenet har et helhedssyn, hvor man inddrager det samlede sæt af behov, som den alvorligt syge patient har med hensyn til støtte, omsorg og pleje.

Læger og andet sundhedspersonale har en faglig og etisk forpligtelse til at bidrage til, at alvorligt syge patienter får tilbudt den bedst mulige hjælp, når det gælder at lindre smerter og andre symptomer og at yde fyldestgørende omsorg og pleje. For at kunne leve op til dette kræves der 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.

Det er blevet en udbredt erkendelse, at sundhedspersonalet bør bestræbe sig på bevidst og systematisk 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 medicinsk kræftbehandling, vædskebehandling af døende patienter, respiratorbehandling, overførsel til intensiv afdeling osv. Det er vigtigt, at personalet ikke iværksætter foranstaltninger, der ikke imødekommer patientens behov.

## **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 skruer 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, at de kan blive indlagt uden ventetid, hvis det bliver for svært at klare sygdommens symptomer i hjemmet.

Ud fra ønsket om at undgå skift i personalegruppen i den sidste tid af patientens liv, overvejer man for tiden at afskærme særlige stuer på hospitalsafdelinger til pleje og omsorg af døende. Såvidt vides er dette endnu ikke realiseret, og mange 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 og medicinsk kræftbehandling.

### **Hjemmepleje af døende**

Nogle patienter befinder sig bedst på sygehuse, hvor det er fagfolk, der har ansvaret. For nogle er det svært at tage imod hjælp fra pårørende.

For andre patienter og deres pårørende er det derimod meget vigtigt at være hjemme. At opleve nærhed og tryghed, bevare sin identitet og oplevelse af personlig værdighed.

For at uhelbredeligt syge kan opholde sig i hjemmet, er det nødvendigt, at der tilbydes mere eller mindre omfattende hjælpeforanstaltninger. Nogle patienter skal have hjælp hele døgnet.

Samarbejdet mellem praktiserende læge, sygehus og hjemmesygepleje fungerer nogle steder godt. Andre steder fungerer det langt fra tilfredsstillende, hvilket blandt andet kan indebære en masse uro for patienten og uhensigtsmæssige indlæggelser. Det er også et problem mange steder, at den praktiserende læge ikke ved tilstrækkeligt meget om smertelindring. Det kan have stor praktisk betydning, eftersom det er lægen, der ordinerer medicin til patienten.

Døende patienter og deres familie kan ikke være sikre på at få specielt uddannet plejepersonale i hjemmet, hvis symptomerne bliver for besværlige.

I andre lande kender man til ordninger med ambulante dag- og nat-service, specialister i kræftpleje mv. Hvis det blev indført i Danmark, ville det kunne bidrage til, at alvorligt syge patienter kunne føle sig mere trygge. Og være sikre på at kunne få hjælp til at kontrollere følgevirkninger og symptomer på sygdommen.

### **Hospice bevægelsen**

Hospice betyder egentlig "et gæstfrit sted", et herberg for vejfarende. Nu dækker udtrykket over en international bevægelse, som indretter faciliteter til alvorligt syge og døende samt deres pårørende. Omdrejningspunktet i hospice-tanken er symptomkontrol. Man sørger for at inddrage de pårørende, yder omsorg for de efterladte, arbejder på tværs af faggrænser, forsker og udvikler.

Hospice lægger ikke alene vægt på at give mennesker en værdig død, men er i høj grad også fokuseret på at give alvorligt syge bedst mulig livskvalitet.

Her i landet har der indtil for nylig været en udbredt skepsis mod at indrette særlige pladser til døende. Men erfaringerne fra bl.a. Sankt Lukas Stiftelsen i Hellerup, hvor man årligt modtager omkring et hundrede patienter, har været gode. På det seneste er der åbnet tre andre hospices i Danmark, og flere er på vej.

Kræftens Bekæmpelse ønsker, at det offentlige skal forpligte sig til at etablere hospice-ordninger på sygehusafdelinger, hos praktiserende læger, i døgnplejeordninger og som selvstændige institutioner.

Når hospice-tanken har fået så stor indflydelse, skyldes det formentligt, at man har erkendt et behov for at udvikle og udbrede en sygehuspleje, som lægger vægt på noget andet end anvendelse af teknologi med helbredelsesformål. 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. Det er blevet mere legitimt at snakke om døden og dermed i en vis forstand blevet lettere at forholde sig til dødsprocessen, både i personlige og politiske sammenhænge.

---

## **Argumenter for aktiv dødshjælp**

I nogle tilfælde lever alvorligt syge patienter længe, uanset at de ikke får lægelig behandling. I disse tilfælde må patientens liv ikke afkortes ved andres aktive indblanding, heller ikke selv om den syge udtrykker et ønske om at blive hjulpet til at dø.

Dette forbud gælder uanset om en eventuel behandling er udsigtsløs, og patienten allerede er døende.

Et mindretal i Det Ethiske Råd mener, at læger i visse situationer burde have beføjelse til at yde aktiv dødshjælp. Som det hedder i mindretalsudtalelsen til redegørelsen:

"Der forekommer tilfælde, hvor det fortsatte liv bestemt ikke er et gode for personen. Hvor det bedste for personen er at få gjort en ende på elendigheden, og hvor lægens aktive dødshjælp er etisk forsvarlig."

Her tænkes ikke udelukkende på situationer, hvor den dødsyges smerter er ulidelige. Det er snarere værdighed, integritet og lidelse, som skal stå i centrum. Og håbet om en død, der er tro mod ens liv. For nogle mennesker betyder det meget, hvordan deres død bliver. Nogle vil hellere 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.

At dø 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 både kan give og modtage. At dø, når man er rede til det. At undgå at opleve sig selv i en omfattende forrådnelse, gispe sig til døde, blive helt hjælpeløs og totalt afhængig af andres hjælp i alle henseender.

## **Respekt for menneskets ønske om selv at bestemme**

Et af de hyppigst anvendte argumenter for at gøre aktiv dødshjælp lovlig er troen på det værdifulde i individets selvbestemmelse over dets eget liv.

Nogle mennesker har det som Martin Luther, der sagde: "Her står jeg. Jeg kan ikke andet". Man tager ansvar for sig selv, sit liv og dermed også sin død.

I nogle tilfælde er aktiv dødshjælp etisk forsvarlig, ja ligefrem etisk uomgængelig, mener nogle, og derfor må det ikke være strafbart.

Til gengæld skal der være en lang række betingelser opfyldt, for at aktiv dødshjælp kan komme på tale:

- Patienten skal befinde sig i en tilstand af uudholdelig lidelse;
- patienten skal være undersøgt og behandlet for eventuel depression;



- den bedst mulige smertebehandling skal være iværksat;
- lægen har ikke længere for patienten acceptable muligheder for bedring af situationen;
- patienten skal være beslutningsklar og beslutningsdygtig;
- læge og patient skal over en længere periode og gentagne gange grundigt have gennemdrøftet den mulige udvikling og de mulige handlinger;
- patienten skal af egen drift have bragt spørgsmålet om aktiv dødshjælp på banen.

Hvis lægen kan indestå for, at disse betingelser er opfyldt. At patienten lider af en sygdom, der uafvendeligt vil føre til døden inden for en kort periode. At patienten gentagne gange har fremsat en velovervejet, veloplyst, fri og oprigtigt ment begæring om aktiv dødshjælp, og lægen samtidig kan bekræfte, at patientens stillingtagen er rigtig for dette menneske. Og ikke mindst, at lægen med sin egen samvittighed kan leve med at udføre denne handling - så anses den aktive dødshjælp af mindretallet som værende forsvarlig.

### **En absolut etisk grænse**

Mindretallet i Det Ethiske Råd mener ikke, at der, præcis når det gælder indførelse af aktiv dødshjælp, er tale om, at man bevæger sig ud på et skråplan, og at man med aktiv dødshjælp står overfor en absolut etisk grænse.

Mindretallet har sympati for den holdning, at der findes en bestemt grænse, som er med til at sætte selve forskellen mellem godt og ondt. En grænse, som giver alle andre etiske og moralske forestillinger deres indhold og gyldighed.

Men aktiv dødshjælp overskrider efter mindretallets mening ikke denne grænse. Lignende etiske overvejelser og grænseoverskridelser findes, når man f.eks. taler om fri abort, organtransplantationer, forsøg med befrugtede menneskeæg, dødsstraf mv.

Mindretallet mener, at dødshjælpen er rigtig, fordi den i visse situationer er det eneste, der kan gøres for det enkelte menneskes skyld og til dets bedste. Dette medlem af Det Ethiske Råd er også uenig i, at det skulle betyde, at menneskets værdi, sådan som flertallet hævder, blev gradbøjet.

I det danske lægeløfte lover man at bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse. I sygeplejerskernes etiske regler taler man om, at man i sit virke skal respektere den enkelte persons egenverdi, individuelle behov og valg. Disse hævdede grundholdninger udgør en direkte afvisning af enhver gradbøjning af menneskeværdet.

Mindretallet i finder ingen grund til at antage, at de mennesker, som nu er bundet af de etiske regler, vil opgive dem til fordel for det stik modsatte. Og det stik modsatte, at gå ind på forskellige grader af menneskeværd, er det samme som at opgive selve tanken om menneskeværd.

Lægerollen ændres ikke specifikt, fordi man gør aktiv dødshjælp lovlig, mener mindretallet. Nøjagtig samme bekymring om ødelæggelse af læge-patient-forholdet er velkendt fra andre områder, f.eks. fri abort, passiv dødshjælp, livstestamenter og dobbelteffekt-bestemmelsen. I nogle af disse tilfælde har lægen jo også en vis beføjelse til at hjælpe med livsafkortning.

Mindretallet stiller sig afvisende over for de skadevirkninger, der fremføres imod afkriminalisering af aktiv dødshjælp. For det første kan sådanne argumenter ikke bedømmes løsrevet fra konkrete lovforslag med bestemte sikringer mod misbrug og forkert brug. For det andet tager mindretallet afstand fra det, der er den klare forudsætning for flertallets anvendelse af sådanne argumenter som altafgørende. Forudsætningen er, at danske lægers aktuelle moralske habitus, faglighed og arbejdsbetingelser har en beskaffenhed, der uundgåeligt vil føre til en praksis med misbrug og forkert brug.

Dødshjælpens bærende begreber ville efter mindretallets opfattelse være værdsættelse af, samt respekt

og omsorg for, den enkeltes individualitet og levede liv, medfølelse og medlidenhed. Lovgivningen skulle sikre det samme.

---

## **Argumenter imod lovliggørelse af aktiv dødshjælp**

Når Det Ethiske Råds flertal ikke kan anbefale, at aktiv dødshjælp gøres lovlig i Danmark, har det mange grunde. Der står efter flertallets mening mere på spil end den enkeltes ret til selv at bestemme over sit eget liv.

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.

Næsten alle patienters behov for smertebehandling, psykosocial støtte samt pleje og omsorg kan imødekommes i rimelig grad. Det Ethiske Råd finder det 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 erkender også flertallet i Det Ethiske Råd, 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.

### **Menneskelivets ukrænkelighed**

Den overordnede betragtning for flertallet af medlemmerne i Det Ethiske Råd er, at aktiv dødshjælp ville indebære et brud med et grundlæggende element i vort samfunds kulturtradition, som bygger på princippet om menneskelivets ukrænkelighed.

Dette princip indebærer, at man ikke må tage et andet menneskes liv. Man må ikke tilintetgøre det værd, som tilkommer ethvert menneske i kraft af selve dette at være menneske. Dette gælder uanset de individuelle fysiske og mentale egenskaber eller færdigheder, hver enkelt måtte have eller ikke have.

Bag princippet om menneskelivets ukrænkelighed ligger der både en forestilling om den enkeltes forpligtelser mod fællesskabet og om samfundets ansvar for dets enkelte medlemmer, herunder omsorgen for de svage. Man kan i den forbindelse tillægge det betydning, at det ikke er 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.

Idet også mindretallet lægger stor vægt på princippet om menneskelivets ukrænkelighed, finder det, at diskussionen bør dreje sig om, hvorvidt lægelig aktiv dødshjælp efter begæring kan siges at krænke dette princip. Er det rimeligt at omtale sådan dødshjælp som drab eller det at slå nogen ihjel? Mens flertallet - efter mindretallets mening - helt undlader at tage denne diskussion op, når mindretallet frem til den konklusion, at det er højst tvivlsomt, om aktiv dødshjælp strider mod tanken om menneskelivets ukrænkelighed.

### **Et værdibetonet valg**

Rådets flertal betoner, at der ikke kan opstilles et objektivi kriterium, hvorefter alvorligt syge har ret til at få deres liv afkortet. Fælles for alle sådanne kriterier er, at der opstilles målestokke og trækkes grænser.

Uanset hvilket kriterium der lægges til grund, vil lægen blive stillet over for et værdibetonet valg. Lægen får ansvar for afgørelsen om, hvorvidt patientens liv er værd at bevare. Lægen skal afsige en værdidom.

Mindretallet mener, at dette er en forkert måde at stille problemet op på. Der er aldrig tale om ikke-bevaringsværdige liv. Taler man om et hus, der ikke er bevaringsværdigt, taler man om en bygning, som nok kan bevares, men ikke bør bevares. Forudsætningen for aktiv dødshjælp er, at man taler om liv, der ikke kan bevares. Det drejer sig om tilfælde, hvor både patient og læge er på det rene med, at dette liv nu er forbi.

For mindretallet er det afgørende, at forslag om afkriminalisering af lægelig dødshjælp på ingen måde giver alvorligt syge en ret til at få deres liv afkortet. Efter sådanne forslag får patienter alene en ret til at begære denne hjælp. Ingen patient har ret til aktiv dødshjælp, og ingen læge har pligt til at yde den.

### **Omgivelsernes pres**

Rådets flertal frygter, at lovliggørelse ville skabe en risiko for, at alvorligt og uhelbredeligt syge udsættes for - faktiske eller oplevede - tilskyndelser til at vælge døden. 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.

Man ville næppe kunne undgå situationer, hvor den syge opfatter sin "ret" til dødshjælp, som en "pligt" til at dø. Hvis aktiv dødshjælp blev lovlig, ville nogle mennesker opleve den mulighed som deres eneste.

Alvorligt 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 ved at stå overfor en langvarig lidelse.

Der ville altid være en risiko for, at nogen kunne komme til at formidle det indtryk, at det nok ville være bedst, om patienten begærede aktiv dødshjælp.

Mindretallet mener, at reglerne kan udformes således, at lægen kun skal kunne yde aktiv dødshjælp, hvis han er helt sikker på, at det sker efter patientens eget ønske. De afviser frygten, for at bestemmelserne vil blive misbrugt, ved at henvise til nærtstående områder som f.eks. passiv dødshjælp. Her er der efter dette medlems opfattelse ikke praksis for, at patienter presses til at vælge døden mod deres vilje.

### **Læge-patient forholdet**

Rådets flertal mener, at det må påregnes, at svært syge patienter i vidt omfang gør, hvad lægen anbefaler, uden at stille ret mange spørgsmål. Hvis en læge er velvillig over for tanken om dødshjælp, kan patienten opleve dette som udtryk for, at der reelt ikke er andre tilbud.

Forholdet mellem læge og patient kan ødelægges, hvis aktiv dødshjælp gøres lovlig. Lægens traditionelle opgave og faglige pligt er at forebygge sygdomme og fremme sundhed. Lægen skal efter evne lindre smerte, som der står i det danske lægeløfte.

Hvis det blev muligt for patienten at få andre til at hjælpe med at vælge døden, ville det kunne fjerne eller formindske personalets tilskyndelse til at understøtte patientens lyst til at leve.

### **Straffelovens signalværdi**

At der forekommer enkeltstående tilfælde, hvor det undtagelsesvis ville være etisk acceptabelt at deltage i afkortning af et andet menneskes liv, betyder ikke nødvendigvis, at sådanne handlinger skal lovliggøres. En lovliggørelse kan have så negative virkninger, at den samlede bedømmelse må blive, at det fortsat skal være ulovligt, mener rådets flertal.

Det vil være vanskeligt at regulere, kontrollere og styre udviklingen. Der er risiko for, at en lov om aktiv dødshjælp vil føre til anerkendelse og praktisering af ikke-frivillig dødshjælp og dermed udarte til noget, der indebærer særligt store muligheder for fejl og misbrug. At foretage en lovliggørelse er ensbetydende med at bevæge sig ud på et skråplan.

Straffelovens signalværdi er tydelig: Lovens bestemmelser er et klart udtryk for den samfundsmæssige strenghed, hvormed sådanne handlinger bedømmes.

Mindretallet hæfter sig ved to konstateringer fra flertallets side. Det antages, at lægelig aktiv dødshjælp kan forekomme i Danmark jvf. ovenfor. Der har aldrig været rejst anklage for (ulovlig) aktiv dødshjælp. Det betyder, at den eksisterende, uofficielle "ordning" for lægelig aktiv dødshjælp i dagens Danmark tilsyneladende garanterer læger straffrihed for ulovlige handlinger, blot disse udføres i dølgsmål og under opfyldelse af betingelser, offentligheden intet kender til. En sådan ordning finder mindretallet højst utilfredsstillende såvel i sig selv som ud fra bekymringer om misbrug og forkert brug. Når straffeloven ikke håndhæves, må dens signalværdi anses for ret så tvivlsom.

---

## Anbefalinger

Der er enighed i Det Etske Råd om, at det er påkrævet, at man fortsat udvikler faglige standarder og retningslinier vedrørende god smertebehandling samt anden lindrende og støttende virksomhed i forbindelse med livets afslutning.

Rådet tilslutter sig de overvejelser, som ligger til grund for lægelovens regler om, at lægen i en situation, hvor en patient er uafvendeligt døende, kan indgive de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet. Rådet finder det ønskeligt, at de ansvarlige sundhedsmyndigheder viderefører bestræbelserne på at vejlede om forståelsen af disse reglers rækkevidde og fører fornødent tilsyn med praksis. Rådet udtrykker 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 rådets opfattelse, at anvendelse af såkaldte sløvedrop kun bør foregå med den yderste tilbageholdenhed i meget sjældne tilfælde, hvor anden smertebehandling er åbenbart utilstrækkelig.

Rådet betragter den øgede opmærksomhed omkring vigtigheden af støtte, omsorg og pleje ved livets afslutning som meget væsentlig. Rådet anbefaler, at der i videre omfang end hidtil sættes på uddannelse, forskning og udvikling inden for dette område. Der peges i den forbindelse særligt 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.

Rådet finder det af særlig betydning, at der eksisterer 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. Rådet tilskynder yderligere 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.

Rådet peger tillige på vigtigheden af at sikre, at såvel patienter og pårørende som den brede offentlighed modtager oplysning om de mange muligheder for støtte, omsorg og pleje, som står til rådighed, således at patienten og de pårørende får den størst mulige grad af reel selvbestemmelse med hensyn til behandling og pleje.

Så langt er redegørelsen fra Det Etske Råd afgivet i enstemmighed.

Med hensyn til spørgsmålet om lovliggørelse af visse former for lægelig aktiv dødshjælp er rådet delt i et flertal på seksten medlemmer og et mindretal på 3 medlemmer.

Det Etske Råds flertal anbefaler, at det gældende forbud mod aktiv dødshjælp opretholdes. Flertallet anerkender, at en adgang til aktiv dødshjælp ville kunne være en fordel for ganske enkelte patienter med vedvarende svære lidelser. Man 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 risiko for, at der sker en gradbøjning af opfattelsen af menneskelivets værdi, risikoen for udskridning til ikke-frivillig dødshjælp, skabelse af usikkerhed om lægerollen og et muligt øget pres på gamle og svært syge patienter.

Rådets flertal lægger stor vægt på, at der efter de gældende regler og praksis allerede er en vidtgående adgang til at fravælge enhver form for behandling, herunder også til 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.

Rådets flertal fremhæver desuden, 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. 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.

Mindretallet i Det Ethiske Råd finder ikke flertallets argumentation bæredygtig og går principielt ind for en afkriminalisering. Mindretallet mener, at der bør indledes en proces, hvorved samfundet med forskellige initiativer, for eksempel offentlig debat, udvalgsarbejder, dataindsamling og forskningsprojekter, bringer sig videre i afklaringen af, hvordan en afkriminalisering af aktiv dødshjælp kunne gennemføres i Danmark. Specielt er det vigtigt, at mulige modeller for en dansk afkriminalisering indeholder stærke sikringer mod misbrug og forkert brug.

Mindretallet anbefaler endvidere, at det vigtige spørgsmål om dansk afkriminalisering af lægelig hjælp til selvmord tages op til særskilt overvejelse.

Selvom mindretallet uden forbehold tilslutter sig flertallets anbefalinger om opprioritering af sundhedsvæsenets hjælp til døende, anses dette imidlertid ikke som et alternativ til afkriminalisering af lægers medvirken til aktiv 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  
Sous-chef cand.psych. Marianne Wangsted (næstformand)

---

