



Kronik af Helle Timm bragt i Kristeligt Dagblad, 15. maj 2013

Debatten om dødshjælp kalder på mere viden

"Enken er selv gået herop, ingen har tvunget hende til det. Hun har banket lusene ud af sine fineste klæder og iført sig dem, vasket håret i fælleshusets urinbalje og bundet det op. Hun har bedt en stille bøn... Nu sidder hun her, næsten glad, forventningsfuld, hed i kinderne, ude på kanten, med benene tækkeligt ind under sig, på enkemaner... Så mærker hun at han er stoppet op, kun et par skridt bag sig, og hun forestiller sig, at han står og ser hende an, som første gang de var sammen, overvejer, hvor han skal ramme, og hvor hårdt, for hun ved at han vil dræbe hende, men han vil ikke gøre hende fortræd." Sådan sættes scenen i Kim Leines seneste og prisbelønnede roman: Profeterne i Evighedsfjorden fra 2012.

Scenen kan ses som et billede på den "glidebane", som modstandere af "aktiv dødshjælp" forbinder med en afkriminalisering af samme: Hvis vi åbner op for muligheden for drab på begæring, så kan alle, der er tilovers, skubbes ud over kanten.

Når debatten om hjælp til at dø kommer op i danske medier præsenteres to hovedsynspunkter af få aktører: 1. Hjælp til at dø skal dreje sig om den bedste form for hjælp og støtte til at leve livet så længe og så godt, som muligt – ikke mindst via udviklingen af en professionel lindrende indsats; palliativ indsats, 2. Hjælp til at dø skal også dreje sig om muligheden for at vælge at afbryde livet. Ingen er formodentlig uenig i 1, i givet fald tier de stille. Nogen er uenig i 2, herunder formanden for og hovedparten (17 af 15) af medlemmerne af Etisk Råd, der rådgiver folketinget om dette spørgsmål. En ny undersøgelse gennemført af KD viser, at et stort flertal af folketingets medlemmer er imod "aktiv dødshjælp".

For det første – og i modsætning til den gældende lovgivning og den dominerende 'offentlige mening' - viser befolkningsundersøgelser, at danskerne er positive overfor muligheden for at vælge døden, hvis livet er alvorligt truet af sygdom eller dyb afhængighed af andre. I en repræsentativ befolkningsundersøgelse udført af Palliativt Videncenter (PAVI) og TrygFonden i 2012, angiver 71 % at de mener, at 'aktiv dødshjælp' burde være en mulighed for mennesker ramt af livstruende sygdom. 64 % angiver, at de kan forestille sig selv at komme i en situation, hvor de ville bede om at modtage 'aktiv dødshjælp'. Hvilke forestillinger og overvejelser disse svar nærmere er udtryk for, kan vi kun gisne om – det er ikke nærmere undersøgt. Men de bør vel i mødekømmes med nysgerrighed?

For det andet mangler der inddragelse af udenlandske erfaringer i den danske debat. De spørgsmål om hjælp til at dø, som vi diskuterer med jævne mellemrum i DK, er der i løbet af de sidste godt 20 år blevet lovgivet om og praktiseret i forhold til i blandt andet Holland, Belgien, Luxembourg, Schweiz og enkelte amerikanske stater. Der er således gjort mange erfaringer og der findes dokumenterede resultater som med fordel kan inddrages i vores nationale debat og beslutningsgrundlag. Et af dem er, at vi ikke kan lovgive os fra vanskelige beslutninger eller dilemmaer – hverken samfundsmæssigt eller personligt. Nye love og nye praksisformer giver nye dilemmaer, som vi naturligvis også kommer til at skulle forholde os til.

For det tredje (og det er det vigtigste budskab her) kan reduktionen af 'hjælp til at dø' til at dreje sig om enten 1. Udviklingen af god palliativ indsats eller 2. Aktiv dødshjælp – synes befriende enkel, men den er fjernt fra den virkelighed, vi lever og dør i. I virkeligheden er vi omgivet af grænser mellem liv og død, som vi samfundsmæssigt har taget stilling til – eller undlader at tage stilling til. Kendte eksempler er "fri/provokeret abort", "sen abort", "hjernedøds-kriteriet", "organtransplantation", "hjertestartere" m.m.

Og hvad angår hjælp til at dø (her afgrænset til død i forbindelse med livstruende sygdom) kan man skelne mellem mindst følgende seks dimensioner af medicinsk (lægelig) beslutning og involvering i forbindelse med den sidste del af livet: 1. Palliativ medicin 2. Undladelse af behandling (medicin eller genoplivning fx), 3. Smertelindring ("at skrue op for morfinget"), 4. Terminal palliativ sedation (bedøvelse til bevidstløshed indtil død), 5. Læge assisteret selvmord, 6. Eutanasi (aktiv dødshjælp/drab på begæring).

De første fire former for dødshjælp praktiseres i DK – indenfor gældende lovgivning. Den første form, palliativ medicin, er en del af den tværfaglige palliative, lindrende, indsats og kan praktiseres i princippet fra patienten får sin diagnose og til omsorgen for de efterladte er afsluttet, det vil sige i en tidlig, sen og terminal fase, fra år til måneder, uger og dage. Formålet er her "livshjælp" frem til døden, som man "hverken fremskynder eller udsætter". De næste tre former, som også samlet kaldes "passiv dødshjælp", kan praktiseres som delmængder af en palliativ indsats men kun i den terminale fase, altså den del af et livstruende sygdomsforløb, hvor den syge er uafvendeligt døende. De sidste to former, som er dem, der typisk henvises til, når man taler om "aktiv dødshjælp", kan som bekendt ikke praktiseres indenfor gældende dansk lov og en del af debatten om dem angår, hvem muligheden evt. skulle omfatte (fx kun mennesker ramt af livstruende somatisk sygdom) og hvornår i et lidelses/sygdomsforløb (fx kun mennesker, der er uafvendeligt døende pga af sygdom). De forskellige former for dødshjælp involverer lægen på meget forskellige måder; fra den første, hvor formålet udelukkende er lindring, til de øvrige, hvor lægen i varierende grad medvirker til at fremskynde døden. De forskellige former involverer naturligvis også patienten på meget forskellige måder. Se evt. nærmere på <http://www.pavi.dk/OmPalliation/aktivdoedshjaelp.aspx>

Der er altså ikke bare "tomt" på skalaen mellem den professionelle palliative indsats i den ene ende og enken, der skubbes ud over kanten i den anden ende. Derimod er der gråzoner, som er underbelyste; vi mangler dokumentation af og dermed mulighed for at drøfte hele spektret af dødshjælp i Danmark.

I det professionelle palliative felt i DK er man generelt meget tilbage for at tale om dødshjælp med den begrundelse at palliativ indsats, hospicefilosofi og omsorg for mennesker ramt af livstruende sygdom har til formål at hjælpe til at leve livet og med at opnå den bedste mulige kvalitet i det liv, der er tilbage, frem mod døden. Og for de pårørende, i tiden efter dødsfaldet. Men det udelukker ikke at vi nu gør mulighederne for dødshjælp gennemskuelige for alle og belyser og dokumenterer alle facetter af, hvordan man med en livstruende sygdom bedst får hjælp til at leve, indtil man bedst får hjælp til at dø.

Viden grundlaget kan og bør øges i debatten om dødshjælp i DK. Og parallelt hermed kan der med fordel skrues ned for personlige holdninger, erfaringer og følelser – især, hvis man deltager i debatten fra en offentlig position. Debatten kan udvides og nuanceres via:

- inddragelse af udenlandske erfaringer
- erfaringer fra andre aktuelle typer af grænsesætning mellem liv og død
- dokumentation af, hvordan og i hvilket omfang forskellige former for dødshjælp aktuelt praktiseres i DK
- udforskning af, hvad danskerne faktisk mener, når de ønsker sig muligheden for aktiv dødshjælp.

Helle Timm - timms@sdu.dk
Chef for PAVI, Syddansk Universitet