

Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: Primær Sundhed, Ældrepolitik og Jura
Sagsbeh.: DEPFRE
Koordineret med: SPOK
Sagsnr.: 1609004
Dok. nr.: 184508
Dato: 30. september 2016

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

[Christiansborg den 12. oktober 2016]

Tale til samråd AG om aktiv dødshjælp og palliation

Samrådsspørgsmål AG (af Flemming Møller Mortensen, S)

Ministeren bedes på et lukket samråd deltage i en drøftelse med Sundheds- og Ældreudvalget omkring den fremtidige holdning til palliation/en lovændring vedrørende aktiv dødshjælp og i den forbindelse redegøre for, om de eksisterende værktøjer til palliation anvendes i tilstrækkelig grad i dag?

Tak for samrådsspørgsmålet og for muligheden for at redegøre for min holdning til aktiv dødshjælp og palliation.

Som jeg forstår samrådsspørgsmålet, vil I gerne drøfte aktiv dødshjælp og mulighederne for palliation, som gives til døende.

Jeg kan også forstå, at I gerne vil drøfte, om de nuværende muligheder for palliation er tilstrækkelige, og om de anvendes tilstrækkeligt.

Jeg vil dog lige indledningsvist bemærke, at palliation jo altså er mere end en palliativ indsats i den terminale fase, som jeg forstår, at spørgsmålet primært handler om.

- Palliation betyder lindring og anvendes om den professionelle indsats for at forebygge og lindre lidelser for mennesker ramt af livstruende sygdom.

Den palliative indsats handler om at fremme livskvaliteten og retter sig mod de fysiske, psykiske og sociale lidelser, der er forbundet med sygdom og død.

- Det skal vi ikke glemme. Det er mindst lige så vigtigt. For vi skal sikre patienter en værdig død.

Spørgsmålet om, hvorvidt vi skal tillade aktiv dødshjælp, rejser et meget vanskeligt etisk dilemma.

- I bund og grund er det vel ét af de mest principielle spørgsmål, vi som politikere kan blive stillet overfor.

Det er et spørgsmål, der kræver meget store overvejelser om konsekvenser, og stor faglig indsigt.

- Det er også et spørgsmål, som har været drøftet jævnligt i sundhedsudvalget og på de etiske møder i sundhedsministeriet.

Jeg ville egentlig have foretrukket, at vi havde drøftet spørgsmålet netop på et etisk møde, hvor vi jo har tradition for at tale om principielle etiske spørgsmål.

Men nu er vi her. Og så håber jeg, vi kan have en åben, fri dialog.

Debatten om aktiv dødshjælp er ofte præget af enkeltsager og stor usikkerhed om, hvad det konkret indebærer at sige "ja" eller "nej" til aktiv dødshjælp.

Jeg vil derfor gerne starte med at forklare, hvad aktiv dødshjælp egentlig er. Og hvad det ikke er.

Aktiv dødshjælp kaldes også for *drab på begæring*.

- Det er den situation, hvor for eksempel en mand slår sin syge hustru ihjel, fordi hustruen har bedt om det.
- Det kan for eksempel ske ved at give en stor mængde sovepiller.
- Det kan også være situationen, hvor en læge eller andet sundhedspersonale – på begæring af patienten – giver store mængder smertestillende medicin, for eksempel morfin, for at afslutte patientens liv.

Aktiv dødshjælp er ikke lovlig. Det er strafbart efter straffelovens § 239.

- Et nyligt eksempel herpå, er den sag, vi kender fra medierne, hvor en ægteemand er blevet dømt for drab af sin hustru – på hendes begæring.

Aktiv dødshjælp er lovligt i blandt andet Holland, Belgien og Luxembourg.

Et andet beslægtet tilfælde er såkaldt **assisteret selvmord**.

- Her hjælper eksempelvis lægen patienten med at tage sit eget liv, for eksempel ved at ordinere en stor mængde smertestillende medicin.

Forskellen til aktiv dødshjælp er, at det ikke er sundhedspersonen, der aktiv tager livet af patienten.

Assisteret selvmord er også ulovligt. Det er strafbart efter straffelovens § 240.

Såkaldt **passiv dødshjælp** er derimod lovlig.

- Passiv dødshjælp går ud på, at lægen undlader at give eller fortsætte livforlængende behandling.

- Livsforlængende behandling er behandling, hvor der ikke er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men alene til en vis livsforlængelse.

Passiv dødshjælp kan ske både på begæring af patienten og på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering fra en sundhedsperson.

- Det kan for eksempel dreje sig om, at en (habil) patient, der kan give udtryk for sit ønske, afviser at modtage behandling. Eksempelvis respirationsbehandling.

Et andet eksempel er en inhabil patient, som er uafvendeligt døende.

- Er patienten ikke i stand til at give udtryk for sit ønske, kan lægen beslutte, at der ikke skal indledes livforlængede behandling.

Som patient kan man i et livstestamente give udtryk for, at man ikke ønsker at modtage behandling i de situationer, jeg her har beskrevet.

Også selvom patienten ikke har givet - eller ikke kan give udtryk for et ønske om behandling kan lægen afstå fra behandlingen. Det kan ske på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering af udsigten til helbredelse.

Det er også lovligt at udøve såkaldt **palliativ sedering**.

- Det er tilfælde, hvor en læge giver smertestillende medicin til en patient, velvidende at medicineringen fremskynder døden.

Det er tilladt at benytte palliativ sedering overfor uafvendeligt døende patienter.

- Altså patienter, hvor døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage til uger trods anvendelse af de tilgængelige behandlingsmuligheder.

I de tilfælde er det baggrunden og intentionen for medicineringen, der er afgørende.

- Medicinen skal gives for at smertelindre – ikke for at slå patienten ihjel.

Der eksisterer således en række muligheder for – inden for den nuværende lovgivnings rammer – at hjælpe meget syge og døende mennesker til en værdig død.

Som jeg startede med at sige, er aktiv dødshjælp et utrolig svært spørgsmål, som kræver store overvejelser.

Jeg tror, vi alle sommetider spørger os selv:

- Hvordan ville jeg selv reagere, hvis jeg stod med en døende pårørende, der gerne ville afslutte livet?
- Og hvordan ønsker jeg selv, at mine pårørende og læger reagerer overfor mig, hvis jeg ønsker at dø?

Jeg vil tro, at der er ligeså mange forskellige svar, som der er mennesker.

- Der er ikke nogen svar, der er bedre eller mere korrekte end andre.

Jeg kan da også personligt blive i tvivl om, hvad jeg ville svare.

Men når det er sagt, så mener jeg stadig ikke, at vi skal lovlige aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord.

For mig handler det grundlæggende om, at det ikke skal være tilladt at tage et andet menneskes liv. Eller hjælpe med det.

Jeg kan være nervøs for, at en legalisering kan føre til en glidebane, hvor aktiv dødshjælp bliver en accepteret praksis og derfor medtænkes som alternativ til smertelindring, behandling og omsorg.

Det må aldrig ske.

Jeg frygter også, at patienter kan føle sig presset til at bede om aktiv dødshjælp.

- F.eks. fordi de ikke vil være til besvær for familien. Eller fordi de i tilfælde af længerevarende depression har mistet troen på livet.

Og så er jeg oprigtigt bekymret for, at et "ja" til aktiv dødshjælp kan føre til, at den tillid mellem patient og sundhedspersoner, der er så afgørende, vil lide skade. Hvis en læge fremover også skal kunne yde aktiv dødshjælp.

- Vi må heller ikke glemme, at hvis vi gør det lovligt - i særlige tilfælde - at tage et andet menneskes liv, så vil det være et helt grundlæggende brud med de opgaver, som sundhedspersoner generelt skal varetage: Nemlig at lindre og helbrede sygdomme.

Flere vil argumentere for, at aktiv dødshjælp skal være lovligt, fordi vi skal respektere patientens vilje.

Jeg er som udgangspunkt fuldstændig enig i, at vi skal lytte til patienten og respektere patientens ønske.

- Men her vil patientens ønske – hvis vi tillader aktiv dødshjælp – påvirke andre og indirekte skabe et pres for, at man som læge også er med til at slå ihjel.
- Det tror jeg for mange læger, vil blive oplevet som et meget vanskeligt dilemma at stå i.

Derudover er jeg også betænkelig ved at give grønt lys for beslutninger, der er så drastiske - og som ikke kan gøres om.

Jeg synes i stedet, vi skal gøre alt, hvad vi kan, for at lindre patientens smerter og på anden måde sørge for, at patienten får en værdig afslutning på livet.

Det kan netop ske gennem den palliative indsats.

- Her tænker jeg både på den såkaldte palliative sedering til uafvendeligt døende patienter i den terminale fase.
- Men mindst ligeså meget på palliation i øvrigt.

Jeg hæfter mig derfor også ved den seneste udtalelse fra Det Ethiske Råd fra 2012, som netop fremhævede fordelene ved palliation.

- Rådet fremhævede blandt andet, at mulighederne for smertelindring er så gode, at det stort set altid er muligt at nedbringe fysisk smerte og ubehag for patienten.
- Og at de veludviklede palliative muligheder medfører, at behovet for aktiv dødshjælp er forsvindende lille.

Jeg bliver også spurgt til omfanget af den nuværende palliative indsats.

Ministeriet har spurgt både Styrelsen for Patientsikkerhed og Danske Regioner om deres kendskab til omfanget af den palliative sedering.

De oplyser begge to, at de ikke har statistik eller kendskab til omfanget.

- Det er simpelthen ikke noget, der bliver registreret systematisk og centralt.

Det er dog sådan, at beslutninger om fravalg af livsforlængende behandling skal fremgå af patientjournalen.

- Det gælder både de tilfælde, hvor lægen har besluttet det, og når det sker som et ønske fra patienten.

Det vil derfor kræve et stort forskningsarbejde med gennemgang af mange journaler, hvis vi skal have et realistisk billede af omfanget af palliativ sedering.

Men som jeg startede med at sige, handler palliation også om meget andet end smertelindring gennem medicinering.

Det handler om at sikre patienten en værdig død.

Jeg vil derfor også gerne fremhæve, at regeringen i forbindelse med Kræftplan 4 har foreslået, at der afsættes 100 mio. kr. i 2017-2020 til at styrke den palliative indsats.

- Pengene skal blandt andet bruges til at løfte den basale palliative indsats i kommunerne, i almen praksis og på sygehusene.
- Det skal sikre en værdig, god og lindrende behandling til kræftpatienter.

Pengene skal også gå til at opstille klare mål og retningslinjer for den basale palliative indsats til kræftpatienter i regi af Sundhedsstyrelsen i dialog med kommuner og regioner.

Jeg vil også gerne fremhæve, at regeringen – sammen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti – har sikret, at kommunerne har pligt til at fastsætte en værdighedspolitik, der beskriver de overordnede værdier og prioriteringer for ældreplejen.

- Det er blandt andet et krav, at værdighedspolitikken fokuserer på området "En værdig død".

- Til at understøtte de fastsatte værdighedspolitikker har vi afsat 1 mia. kr. årligt.

Hovedparten af kommunerne har bl.a. anvendt værdighedsmilliarden på initiativer, der skal understøtte en "En værdig død".

Midlerne er bl.a. blevet anvendt på kompetenceudvikling af personale, ansættelser af palliations-specialister og nærhedspakke for borgere i den terminale fase.

Endelig vil jeg gerne fremhæve det igangværende satspuljeprojekt "En værdig død".

- Her har fire kommuner modtaget satspuljemidler til at udvikle et modelprojekt, der skal styrke den palliative indsats i kommunerne.

Formålet med projekterne er blandt andet at give flere patienter et bedre forløb i de sidste dage af deres liv.

- Formålet er også at fremme en tidlig afklaring og forventningsafstemning af, hvor den enkelte borger med livstruende sygdom ønsker at dø.

Med den viden, vi har nu, og de alternativer til aktiv dødshjælp, som allerede eksisterer, har jeg ingen aktuelle planer om at ændre reglerne.

Men vi skal selvfølgelig have et åbent sind.

Og lytte til dem, der mener noget andet.

Og lære af de internationale erfaringer, der er, på det her område.

Kommer der afgørende nyt frem, er jeg naturligvis villig til at indgå i en ny drøftelse.

Tak for ordet.