

Det Etiske Råds udtalelse om dødshjælp (2023)



DET
ETISKE
RÅD



03

1. Forord

04

2. Det Ethiske Råds stillingtagen

- 2.1 Det Ethiske Råds arbejde
 - 2.2 Det Ethiske Råds anbefalinger
 - 2.3 Det Ethiske Råds diskussion
-

15

3. Dødshjælp – hvad er det?

- 3.1 Det Ethiske Råds sprogbrug
 - 3.2 Den internationale udvikling
 - 3.3 Redegørelsens fremgangsmåde
-

24

4. Den danske praksis ved livets afslutning

- 4.1 Den danske retstilstand
 - 4.2 Den aktuelle praksis for lindring ved livets afslutning
-

29

5. Udenlandske erfaringer med dødshjælp: to modeller

- 5.1. Oregon-modellen
- 5.2 Den nederlandske model

40

6. Grundlæggende etiske argumenter

- 6.1 Grundlæggende etiske argumenter for dødshjælp
 - 6.1.1 *Mindskelse af lidelse som argument for dødshjælp*
 - 6.1.2 *Selvbestemmelse som argument for dødshjælp*
- 6.2 Grundlæggende etiske argumenter mod dødshjælp
 - 6.2.1 *Retten til liv og livets ukrænkelighed*
 - 6.2.2 *Reduceret autonomi og beslutningskompetence samt omgivelsernes pres*
 - 6.2.3 *Forskellen på palliative indsatser og dødshjælp*

57

7. Grundlæggende praktisk-politiske argumenter

- 7.1 Forskellen på at diskutere om dødshjælp er etisk acceptabelt, og om dødshjælp bør legaliseres
- 7.2 Grundlæggende praktisk-politiske argumenter for dødshjælp
 - 7.2.1 *Hvad skal der til for, at dødshjælp kan siges at være retfærdiggjort i praksis?*
- 7.3 Grundlæggende praktisk-politiske argumenter mod dødshjælp
 - 7.3.1 *Der er for stor risiko for fejl, misbrug og glidning i indikationer*
 - 7.3.2 *Det vil få negative konsekvenser for sårbare grupper*
 - 7.3.3 *Det vil få negative konsekvenser for læge-patientforholdet*
 - 7.3.4 *Det vil få negative konsekvenser for den palliative indsats*

Det Etske Råd offentliggør hermed sin udtalelse om dødshjælp. Den 26. maj 2023 opnåede borgerforslaget 'Legalisering af aktiv dødshjælp' 50.000 støttere. I anledning heraf modtog Det Etske Råd den 29. juni 2023 en henvendelse fra Folketingets Sundhedsudvalg, som opfordrede Det Etske Råd til at afgive en udtalelse om aktiv dødshjælp, som kunne indgå som en del af grundlaget for Folketingets drøftelser af og stillingtagen til borgerforslaget.

Det Etske Råd takker for henvendelsen og præsenterer med denne udtalelse sine synspunkter.

I forbindelse med arbejdet med dødshjælp har rådet fået hjælp af en række personer, som velvilligt har stillet deres viden og synspunkter til rådighed på rådsmøder eller i anden sammenhæng. Det drejer sig om:

Kathrine Lilleør, sognepræst
Mette Asbjørn Neergaard, klinisk professor, overlæge, ph.d.
Ditte GuldbRAND Christensen, Ikke død endnu
Flemming Schollart, Ret til at dø
Klaus Peder Klausen, overlæge, Lægeforeningen
Thomas Søbirk Petersen, professor RUC
Ole Hartling, tidl. overlæge
Marianne Dees, MD, ph.d.
Theo A. Boer, professor i Health Care Ethics

Udtalelsen er blevet til med sekretariatsbistand fra projektleder Frank Beck Lassen. Udtalelsen er færdigbehandlet på Det Etske Råds møde den 21. september 2023.

Leif Vestergaard Pedersen
Formand for Det Etske Råd

Mia Trolle Borup
Sekretariatschef

2. Det Ethiske Råds stillingtagen

2.1 Det Ethiske Råds arbejde

I arbejdet med at tage stilling til emnet dødshjælp har Det Ethiske Råd lagt vægt på to dimensioner. Dels en gennemgang af de mest væsentlige etiske argumenter for og imod dødshjælp. Dels en fremstilling af de mest væsentlige træk ved to forskellige modeller for dødshjælp, sådan som de er gennemført i henholdsvis Oregon og Nederlandene. Mens en række etiske argumenter vil være mange velkendte, da de bruges ofte i den almindelige debat, og ligeledes har dannet grundlag for tidligere udtalelser fra Det Ethiske Råd¹, så er de konkrete forhold og erfaringer fra andre lande mindre velbelyste. Det Ethiske Råd ønsker med denne udtalelse at bringe de etiske argumenter i forbindelse med konkrete erfaringer i form af statistiske opgørelser og videnskabelige studier, med henblik på at give et samlet billede af dødshjælp som etisk problemstilling, sådan som den ser ud i lyset af mere praktiske erfaringer. Håbet er, at Det Ethiske Råd på denne måde kan være med til at kvalificere diskussionen om fordele og ulemper ved en eventuel legalisering af dødshjælp.

Det Ethiske Råds anbefalinger skal ses i lyset af én altoverskyggende indsigt: Dødshjælp udgør ikke et ensartet fænomen, men findes i forskellige varianter. Derfor er det afgørende at være opmærksom på, at hvis man legaliserer dødshjælp, så er det frem for alt modellen, der afgør konsekvenserne. Det Ethiske Råd finder det bemærkelsesværdigt, at en stor del af den danske diskussion om en eventuel lovliggørelse af dødshjælp finder sted uden at tage højde for dette fundamentale forhold.

Grunden til at Det Ethiske Råd finder det vigtigt at forholde sig konkret til andre landes forskellige modeller skyldes, at man ikke kan svare på, hvad konsekvensen af at legalisere dødshjælp vil være, uden at man præciserer, hvilken model det er, man taler om. I Nederlandene, som tillader eutanasi og ikke har noget krav om terminal sygdom, er antallet af personer, som afgår ved døden gennem dødshjælp, 10 gange så stor som i Oregon, der kun tillader assisteret selvmord og stiller krav om terminal sygdom. Forskelle viser sig fx også i spørgsmålet om, hvad der i forskellige modeller motiverer til at ønske dødshjælp. I Oregon er frygten for, at man i livets afslutning taber livskvalitet og uafhængighed det dominerende motiv. I Nederlandene er lidelse uden håb om bedring det vigtigste motiv.

Det Etiske Råd vil derfor, ud over at komme med en mere generel anbefaling om lovliggørelsen af dødshjælp i Danmark, pege på 5 helt grundlæggende spørgsmål forbundet med legaliseringen af dødshjælp. Uanset om man er af den overbevisning, at det ikke lader sig gøre at udfærdige en forsvarlig og retfærdig lovgivning om dødshjælp, eller foretrækker en lovgivning baseret på en af de omtalte modeller, så kommer man ikke uden om en stillingtagen, til disse fem spørgsmål. De er med til at bestemme modellens udseende, og dermed deres konsekvenser. Rådets medlemmer vil gerne fremhæve disse spørgsmål, men afgiver ikke nogen egentlige anbefalinger omkring dem.

2.2 Det Etiske Råds anbefalinger

Beslutningen om at anmode om dødshjælp er alvorlig. Det samme er beslutningen om at tilbyde dødshjælp. Gennemføres det assisterede selvmord eller eutanasi, er der tale om en uigenkaldelig handling. Vi er derfor berettigede i at stille høje krav til, at der ikke begås fejl, og at ønsket er formuleret og beslutningen truffet, på et oplyst grundlag.

I den almindelige debat diskuteres ikke sjældent eksempler på patienter som beskriver deres liv som lidelsesfuldt og håbløst, og som fremtræder klare og velovervejede. Virkeligheden består dog også af et stort antal grænsetilfælde, hvor personers lidelser og evne til at træffe beslutninger er vanskelige at fastslå nøjagtigt, og også kan variere over tid. Hvis dødshjælp skal tillades, kræver det en regulering, som ikke kun kan håndtere sådanne klare og entydige tilfælde, men også de mange flere grænsetilfælde, og som formår at beskytte alle borgere uden undtagelse. Hvis man skulle mene, at dødshjælp vil være det bedste for en udvalgt gruppe af personer, så vil kun det system, som giver adgang til dødshjælp for alle i denne gruppe, og som afviste alle udenfor denne gruppe, være klar i afgrænsningerne, retfærdig i begrundelserne for adgang eller forsvarlig med hensyn til kontrolmekanismer.

Rådets medlemmer har forholdt sig til Oregon-modellen og den nederlandske model. Oregon-modellen er først og fremmest karakteriseret ved kun at tillade assisteret selvmord og ved at begrænse adgangen til patienter med en terminal sygdom. Den nederlandske model er først og fremmest karakteriseret ved både at tillade assisteret selvmord og eutanasi og ved at have en mere åben adgang for patienter, som er i en tilstand af ubærlig lidelse. Dette inkluderer dermed også mindreårige, personer med somatiske og psykiske lidelser samt personer, der har

afgivet forhåndsdirektiver. På det foreliggende grundlag, er der ikke nogen medlemmer af Det Ethiske Råd, som finder Oregon-modellen eller den nederlandske model tilstrækkelig klar i deres afgrænsninger, retfærdig i deres begrundelser for adgang eller forsvarlig med hensyn til kontrolmekanismer.

Anbefaling 1

Følgende medlemmer af Det Ethiske Råd er af den overbevisning, at det i princippet er umuligt at etablere en forsvarlig regulering af dødshjælp, og anbefaler derfor, at man ikke legaliserer dødshjælp i Danmark (Berit Andersen, Svend Brinkmann, Grethe Christensen, Ida Donkin, Christian Gamborg, Anette Hygum, Henrik Nannestad Jørgensen, Knud Kristensen, Jacob Giehm Mikkelsen, Lise Müller, Christine Nellemann, Merete Nordentoft, Mie Oehlenschläger, Leif Vestergaard Pedersen, Rasmus Willig, Mikkel Wold)

Som begrundelse for denne anbefaling har rådsmedlemmerne lagt vægt på en eller flere af følgende overvejelser:

Medlemmerne anerkender, at der findes situationer for et ukendt antal personer, hvor ønsket om at fremskynde sin egen død, og ønsket om at hjælpe et andet menneske ind i døden, er forståeligt, men vil samtidig påpege, at selv mennesker med et langvarigt dødsønske, oplever stunder med ambivalens. De finder dog ikke, at der kan udvikles en lovgivning, som vil kunne fungere på forsvarlig vis. Det eneste, som vil kunne beskytte livet hos og agtelsen for de, som er mest sårbare i samfundet, vil være et undtagelsesløst forbud.

Medlemmerne påpeger, at dødshjælp risikerer at medføre uacceptable ændringer af grundlæggende normer for samfund, sundhedsvæsen og menneskesyn. Selve eksistensen af et tilbud om dødshjælp vil afgørende forandre vores forestillinger om alderdom, dødens komme, livskvalitet, og hvad det vil sige at tage hensyn til andre. Hvis først dødshjælp bliver en mulighed, så er der for stor risiko for, at det bliver til en forventning rettet mod særlige grupper i samfundet. En institu-

tionalisering af dødshjælp risikerer derfor at true princippet om, at vi har samme krav på respekt og værdighed uafhængigt af, hvor meget vi lider, og hvor høj livskvaliteten vurderes til at være. Hvis vi tilbyder dødshjælp, så siges det, direkte eller indirekte, at nogle liv ikke er værd at leve.

Disse rådsmedlemmers kendskab til Oregon-modellen og den nederlandske model indikerer, at de to væsentligste spørgsmål om samtykke og adgang ikke lader sig regulere på betryggende vis. Det vil 1) være umuligt at afgøre med tilstrækkelig sikkerhed, hvornår et ønske om dødshjælp har den fornødne dybde og vedholdenhed. Medlemmerne noterer sig, efter at have konsulteret fagmiljøer, at mange terminale patienter oplever et meningsskifte i forbindelse med dødshjælp, når den rette hjælp i form af palliativ behandling bliver givet. Disse ændrer deres syn på, hvad et værdigt liv er, efterhånden som de bliver mere syge og ændrer dermed den målestok, de bedømmer livet med. Det vil 2) være umuligt at tilbyde dødshjælp til de medlemmer af patientgrupper, der måtte ønske det, uden at personer i samme livssituation påvirkes og belastes urimeligt. Det vil desuden være for vanskeligt at afgøre, hvornår der er tilstrækkeligt gode grunde til at ønske dødshjælp, til at sundhedsprofessionelle bør stilles over for den slags afgørelser.

Medlemmerne anser dødshjælp for at stå i et modsætningsforhold til den palliative indsats og er derfor imod en lovliggørelse af dødshjælp, så længe vi som samfund ikke har udtømt mulighederne for at lindre. Hvis man i sundhedsvæsenet bliver bedre til ikke at overbehandle døende patienter og bliver bedre i stand til at tale med patienter om de nødvendige beslutninger at træffe ved livets afslutning, og hvis den palliative indsats er fuldt udviklet og fungerer tilfredsstillende, så vil det i høj grad være muligt at skabe anstændige rammer for en værdig død for alvorligt syge mennesker alene ved at have tilstrækkeligt fokus på den palliative omsorg.

Anbefaling 2

Ét medlem af Det Ethiske Råd (Birgitte Arent Eiriksson) er af den overbevisning, at det i princippet kan være muligt at etablere en forsvarlig regulering af dødshjælp og anbefaler derfor, at man igangsætter en grundig udredning med henblik på at undersøge behovet for dødshjælp i Danmark, og om der kan etableres en ordning, som kan fungere forsvarligt under hensyntagen til både grundlæggende samfundsværdier mv. og selvbestemmelsesretten for personer, der ifølge dem selv lever et liv i ubærlig lidelse og ønsker en værdig afslutning. En sådan udredning bør tillige have fokus på at belyse utilsigtede følgevirkninger i forhold til specifikke danske værdimæssige, sundhedsfaglige, juridiske, politiske og økonomiske forhold.

Som begrundelse for denne anbefaling har medlemmet blandt andet lagt vægt på følgende overvejelser:

Medlemmet finder, at spørgsmålet om dødshjælp udgør et reelt dilemma i forhold til et begrænset antal personer, som er tvunget til at føre liv eller livsafslutninger præget af ubærlig lidelse, som vanskeligt kan nås af de palliative tilbud. Disse personer er vanskelige at beskrive som samlet gruppe, men kriterier vil kunne blive belyst under den foreslåede udredning.

Medlemmet finder, at de risici, der er til stede ved en lovgivning af dødshjælp, i princippet bør kunne identificeres og til en vis grad minimeres, blandt andet gennem en omhyggeligt udarbejdet screeningsproces, hvor det ud fra både en objektiv og subjektiv vurdering sikres, at der er tale om en fornuftshabil person med et fast og vedvarende ønske om at afslutte sit liv på grund af en varig ubærlig lidelse, som ikke kan afhjælpes. Medlemmet anser ikke de to udenlandske modeller, som Det Ethiske Råd har forholdt sig til, for at have opnået en betryggende regulering.

Desuden finder medlemmet, at den nuværende retstilstand også indebærer betænkeligheder, f.eks. når pårørende føler sig forpligtede

til at assistere med at afslutte et liv og dermed - afhængig af omstændighederne - risikerer en kortere eller længere fængselsstraf, og hvor der samtidig kan sås tvivl om aktualiteten og fastheden af afdødes ønske. Hertil kommer, at personer, der selv er i stand til at gennemføre et selvmord, kan forværre deres situation ved mislykkede forsøg, ligesom omstændighederne ofte vil være stærkt belastende for både dem selv, deres pårørende og øvrige omgivelser.

Øvrig anbefaling

Nogle medlemmer af Det Ethiske Råd (Christian Gamborg, Knud Kristensen) mener, at det bør undersøges, om det vil være muligt på forsvarlig vis at ændre straffelovens § 239 og § 240 således, at drab på begæring (§ 239) og medvirken til selvmord (§ 240), under visse specifikke betingelser, kan gøres straffrit. En sådan ændring af straffelovens strafnedsættelsesregler i forhold til § 237 (drab) vil indebære en afkriminalisering, men ikke en legalisering, af dødshjælp i disse særlige situationer.

I kølvandet på disse to anbefalinger ønsker et samlet Ethisk Råd at gøre opmærksom på tre overordnede forhold:

- 1) Uanset stillingtagen til dødshjælp, så hænger spørgsmålet sammen med, om det er muligt at modtage den rette livshjælp. Rådet ønsker at fremhæve, at der fortsat kan gøres meget mere for at sikre den rette hjælp til personer med særlige behov i form af psykisk sygdom, funktionsnedsættelser, ensomme liv og vanskelige levevilkår i det hele taget.

- 2) Patienter bør ikke for enhver pris holdes i live ved at give livsforlængende behandling i situationer, hvor patienten er uafvendeligt døende. Behandlingsmuligheder skal ikke benyttes til at holde patienter i live ud over grænsen for, hvad der er meningsfuldt, hvilket den nuværende lovgivning heller ikke lægger op til. For nogle patienter vil en sådan forlængelse af livet blot føre til en oplevelse af forøget lidelse og udvide den periode, hvor dødshjælp kan udgøre et alternativ til livet.
- 3) Særligt to forhold angående de eksisterende muligheder for at lindre, spiller ind i debatten om dødshjælp: en manglende adgang til en tilstrækkelig palliativ indsats og en manglende viden om adgangen til en sådan palliativ indsats. Skal debatten om dødshjælp føres på et oplyst grundlag, bør langt flere kende til muligheden for at frabede sig behandling og for at modtage lindrende pleje og omsorg, samt smertebehandling til døden indtræder.

2.3 Det Ethiske Råds diskussion

Det har været en del af diskussionen i Det Ethiske Råd, at man kunne påbegynde en legalisering efter kendte forbilleder, i dette tilfælde Oregon-modellen eller den nederlandske model.

Man kunne således legalisere dødshjælp i Danmark med Oregon som forbillede, med henblik på at etablere restriktive standarder for dødshjælp, både samtykkesmæssigt og begrundelsesmæssigt. En række indhegninger af en mulig praksis vil dermed kunne være relevante, såsom at der alene bliver tale om assisteret selvmord, alene for patienter med en terminal lidelse hvor dødstidspunktet lader sig forudsige med betydelig præcision, alene patienter uden psykiatriske diagnoser. Hensigten med en sådan regulering skulle være, at åbne for et begrænset tilbud om dødshjælp til de personer, som er i livets afslutning, og som er vanskelige at nå gennem en palliativ indsats, eller som har ønsker for livets afslutning, som afviger væsentligt fra, hvad palliativ medicin kan tilbyde.

Ingen medlemmer af Det Ethiske Råd har ønsket at anbefale en sådan løsning.

Man kunne også forsøge at legalisere dødshjælp i Danmark med Nederlandene som forbillede med henblik på at etablere restriktive standarder samtykkemæssigt, men anderledes åbne standarder begrundelsesmæssigt. Fordelen ved den nederlandske model kunne være, at et stort antal af væsentlige former for ubærlig lidelse dermed lader sig indfange, og ikke blot de patienter der måtte være terminale. Hermed betones selvbestemmelsesretten i vidt omfang, og det bliver muligt for personer, der kan have udsigt til et langt liv i ubærlig lidelse og håbløshed, at gøre brug af denne.

Ingen medlemmer af Det Ethiske Råd har ønsket at anbefale en sådan løsning.

I tillæg til at præsentere sine anbefalinger vil Det Ethiske Råd gerne fremhæve 5 vigtige spørgsmål, som det har været særligt vanskeligt at forholde sig til. Set i lyset af det aktuelle borgerforslag vil rådet gerne understrege, at disse spørgsmål er nogle, som ingen legaliseringsforsøg kan undgå at forholde sig til.

1. spørgsmål: Skal det være assisteret selvmord og/eller eutanasi?

Ønsker man at legalisere dødshjælp, vil det kræve en stillingtagen til, hvilken form for dødshjælp der skal være tale om. Der er to måder, hvorpå dette kan finde sted. Ved assisteret selvmord ordinerer en læge et dødeligt middel til en patient, som derefter selvadministrerer midlet. Ved eutanasi er der tale om en anden person, ofte en læge, som anvender det dødelige middel og dermed ender med at give den dødelige dosis.

Nogle vil muligvis finde assisteret selvmord mindre problematisk end eutanasi, fordi patienten selv er årsag til sin død. Principielt set har alle borgere i Danmark den mulighed at tage deres eget liv, hvis de ikke ønsker at leve længere. I praksis har meget syge patienter imidlertid sjældent denne mulighed, fordi de er bundet til deres sengeleje. En lovliggørelse af assisteret selvmord kan derfor siges at bibringe dem de muligheder for at tage sig selv af dage, som de fleste andre borgere har. Særligt for læger må man formode, at det vil være mindre ansvarspådragende at medvirke til selvmord end at udøve eutanasi.

2. spørgsmål: Skal det tilbydes de, der er ved at dø, eller/og de der ikke er ved at dø?

Ønsker man at legalisere dødshjælp, vil det kræve en stillingtagen til, hvem der først og fremmest skal have adgang hertil. Internationalt er der to grundlæggende kriterier at vælge mellem. Enten skal adgangen baseres på en kendt, terminal prognose, således at man skal have en overskuelig levetid tilbage, eller også skal adgangen baseres på en tilstand af stor eller ubærlig lidelse. Udfordringen er, at de, som vil være de mest oplagte kandidater til at modtage dødshjælp, er personer, som, i egen bedømmelse, har udsigt til et *forfærdeligt liv*, og ikke de, som, i egen bedømmelse har udsigt til en *forfærdelig død*. Skal man støtte sig til læger med klinisk erfaring, så siger de samstemmende, at det er meget få patienter, som med det rette palliative tilbud, har udsigt til en forfærdelig død. Det skal dog tilføjes, at dette dog ikke er det samme som, at alle disse patienter også ønsker at indgå i et palliativt forløb. Dette efterlader – og meget tyder på, at dette er et spørgsmål om grundlæggende værdier og livsanskuelser – et behov hos de, som i egen bedømmelse har udsigt til et forfærdeligt liv. Udfordringen er, at hvis personer af denne type, eksempelvis med svære fysiske handicap, kroniske smertetilstande, eksistentielle udfordringer, invaliderende psykisk sygdom etc., skal have adgang til dødshjælp, så mangfoldiggøres de afgrænsningsproblemer og de problemer med uoverskuelige og utilsigtede bivirkninger for personer, som ikke ønsker dødshjælp, men som er i risiko for at få deres liv bedømt som forfærdelige liv, ud fra et gruppetilhørsforhold. Eller sagt på en anden måde: den model for dødshjælp, som måske vil forekomme nogle mindre uproblematisk at indføre, er også den, som vil tilfredsstille efterspørgslen, bredt forstået, mindst. Den model for dødshjælp, som vil tilfredsstille efterspørgslen mest, er også den type dødshjælp, som det måske vil forekomme langt flere, for problematisk at indføre.

3. spørgsmål: Skal det tilbydes de patienter, der lider af somatiske sygdomme og/eller de, der lider af psykiske sygdomme?

Ønsker man at legalisere dødshjælp, vil det kræve en stillingtagen til, om det alene er på grundlag af en somatisk diagnose, man kan få adgang hertil, eller om også personer med en psykiatrisk diagnose kan få adgang. Fysiske smerter kan spille en stor rolle for oplevelsen af lidelse, men vil ofte kunne kontrolleres med lægemidler. Heroverfor må det lægges til grund, at de psykiske og eksistentielle smerter ved nogle personers livssituation, kan opleves som lige så livsødelæggende, som fysiske smerter kan, og at de er uundgåeligt subjektive, efter som hver patient må bedømme sine egne tærskler og forståelser af ubærlig lidelse. En betydelig forskel er dog, at fysiske smerter ofte er konstaterbare, og netop som følge deraf i mange situationer vil kunne lindres, mens psykisk lidelse generelt er dårligere forstået rent medicinsk, og derfor tilbyder langt mindre sikre prognoser, samtidig med at spørgsmålet om nytten af videre behandling er langt vanskeligere at afgøre. Endelig kan selve den psykiske lidelse influere på beslutningskompetencen, således at der kan sås tvivl om et informeret samtykke.

4. spørgsmål: Skal dødshjælp foregå ved lægers og sundhedsvæsenets medvirken?

Ønsker man at legalisere dødshjælp vil det kræve en stillingtagen til, om det er læger, som skal assistere personer med et selvmord eller udøve eutanasi. Læger medvirker i en række modeller, enten ved at assistere patienter i selvmord eller ved selv at udøve eutanasi. I det omfang, der skal træffes beslutning om, hvorvidt en given person lever op til fastsatte kriterier for at få adgang til et tilbud om dødshjælp, vil der være tale om en vurdering. Som forholdene er nu, er det en vurdering det som oftest forventes, at en læge foretager. I alle de lande og delstater, hvor dødshjælp under en eller anden form finder sted, er det en lægelig vurdering, der afgør, om en person kan få hjælp til at dø.

5. spørgsmål: Hvilke konsekvenser vil eksistensen af dødshjælp have for vurderingen af livskvalitet?

Dødshjælp handler i udgangspunktet om at respektere lidende persons selvbestemmelse. For at få hjælp til at dø skal en person demonstrere over for en vurderende person, at man har en tilstrækkelig lav livskvalitet, som berettiger til dødshjælp, altså der er en tilstrækkelig stor lidelse, som en fremskyndelse af døden vil afhjælpe. Fokuseres der alene på selvbestemmelse, kan der være en risiko for, at man kommer til at se bort fra, at mennesker også er sårbare og påvirkelige, og at det ikke er alle, der besidder samme selvstændighed og viljefasthed. Det er derfor et åbent spørgsmål, hvad konsekvenserne af dødshjælp kan være for sårbare grupper og for den generelle bedømmelse af deres livskvalitet. På den anden side kan sådanne bekymringer være vanskelige at begrunde fuldt ud. Det kan være vanskeligt at sandsynliggøre, at de valg, man som lidende person skal træffe om dødshjælp, eller de risici for stigmatisering, man som medlem af grupper, hvor blot nogle ønsker dødshjælp kan komme ud for, skulle være af en helt anden moralsk orden, end valg man ellers kan være tvunget til at træffe på grund af vanskelige livsomstændigheder.

3. Dødshjælp – hvad er det?

Alle mennesker skal dø. Der findes ikke nogen, som kan undgå det. Det er forudbestemt, at vi skal dø. Måden, det finder sted på, er dog ikke. Helt grundlæggende kan man observere, at nogle mennesker dør alene, mens andre dør sammen med andre. Man kan også observere, at nogle mennesker dør frivilligt og andre ufrivilligt.

Ufrivillig død finder sted på en række måder. Oplagte eksempler er dødsulykker eller mord, men mange, som dør en 'naturlig død' på grund af alder eller sygdom, kan også siges at dø ufrivilligt, i den forstand at der ikke ligger et ønske (flygtigt, gennemtænkt eller formuleret) om at dø til grund for dødens indtræden.

Frivillig død er alt andet lige mere sjældent og samtidig mere åben for tvivl om, hvor frivilligt et givent ønske eller handling egentlig er. Personer kan påtage sig farligt arbejde eller enkelthandlinger, hvor der er en forhøjet risiko for at dø, men som iagttager komme i tvivl om, hvorvidt det er udslag af en urealistisk vurdering af sandsynligheden for at dø. Man kan ofre sig, fx i krig, og dermed dø velvilligt, men også efterlade en tvivl om, hvorvidt det er det samme som at dø frivilligt. Man kan også tage sit eget liv gennem selvmord, som for en umiddelbar betragtning kan synes frivillig, men spørgsmålet er, hvorvidt handlingen eller ønsket bag kan siges at være flygtigt, gennemtænkt eller snarere et udtryk for fortvivlelse.

Endelig findes der en frivillig død, knyttet til sygdom og lidelse, hvor man kan formode, at ønsket om at dø er mindre flygtigt, og at handlingen, der medfører døden, gøres med henblik på at mindske lidelse. *En sådan frivillig eller selvvalgt død er emnet for denne redegørelse.*

Det kan være vanskeligt at adskille den frivillige og selvvalgte død fra det, vi kalder for selvmord. Det er derfor en selvstændig diskussion, hvorvidt der er væsentlige etiske forskelle på 'selvmord' og 'dødshjælp'. Allerede i ordenes betydning viser der sig dog en mulig forskel. Det angår den anden observation, man kan gøre sig, nemlig at nogle mennesker dør alene, mens nogle dør sammen med andre.

En række personer dør alene. Det kan være, mens man sover, i eget hjem, eller på grund af en ulykke, som før nævnt. Det vil ofte være forbundet med, at døden indtræder uventet. Er døden ventet, som oftest på grund af sygdom, er det mere sjældent at dø alene. At dø sammen med andre kan finde sted privat, i selskab med familie eller venner, men det kan også være i selskab med sundhedspersoner, enten i hjemmet eller i sundhedsvæsenets institutioner.

Når vi dør sammen med andre er det ofte, fordi de kan hjælpe som led i det, man kalder 'livets afslutning'. Det er dog sin sag at beskrive, hvad det vil sige at hjælpe andre. Er det at handle på vegne af den, der har tabt evnen til at handle? Er det at gøre, hvad den lidende ønsker? Er det at gøre, hvad man som hjælper anser for godt for den lidende? Ofte vil hjælpen, uanset om den gives af pårørende eller sundhedspersoner, bestå i at lindre den sidste tid, men det medfører også vanskelige spørgsmål om, hvorvidt lindring af lidelse må indebære, at døden fremskyndes i forskellig grad, lige fra døden som forudset bivirkning ved en lindrende behandling, til døden forårsaget som middel til at bringe lidelse til ophør. Dertil kommer, at ønsker om hjælp til at dø ikke kun formuleres af personer, hvor døden er nært forestående. Personer uden aktuel sygdom, men ikke desto mindre i stor lidelse, kan også formulere ønsker om at dø med andres hjælp, hvor man i kraft af en vurdering af eget liv som lidelsesfuldt, ikke ønsker at fortsætte med at leve det, men af en række årsager heller ikke ønsker at gennemføre et selvmord.

En sådan hjælp til at dø, assisteret eller fuldbragt af en anden person, er emnet for denne redegørelse.

Redegørelsen er afgrænset i sit sigte. Redegørelsen handler om, hvorvidt det er etisk forsvarligt at legalisere frivillig dødshjælp. Der er hermed tale om en afgrænsning af handlinger, inden for det spektrum af mulige handlinger, som rummes af 'dødshjælp'. Redegørelsen forholder sig således ikke til ufrivillig dødshjælp og dermed forbundne problemstillinger om demente personer, om mindreårige eller modne mindreårige og om brugen af forhåndsdirrektiver til at bekendtgøre tidligere habile personers beslutninger.

3.1 Det Etske Råds sprogbrug

De ord, som anvendes til at betegne et givent fænomen kan være af stor betydning, idet de på forhånd vejleder tanken om, hvad der er bemærkelsesværdigt, og hvad der er upåfaldende. Hvis andre begynder at tænke om et emne med de ord, som du selv ønsker, er det med til at øge sandsynligheden for, at de vil mene det samme som dig selv.²

Et eksempel på hvorledes de normative vurderinger kan skifte, alt efter ordvalg, finder man i de formuleringer, som blev afprøvet på et prøvepublikum forud for vedtagelsen af Death with Dignity Act, den lovgivning, som i 1998 åbnede for dødshjælp i staten Oregon. Det beskrives, hvordan støtten til lovgivningen faldt med

henholdsvis 10% og 12%, når processen blev beskrevet som 'selvmord' eller som 'eutanasi' frem for 'en værdig død'.³

I forsøget på at karakterisere eller indkredse fænomenet dødshjælp har en række forskellige termer været i anvendelse. I den danske lovgivning kaldes dødshjælp for henholdsvis 'drab på begæring' og 'medvirken til, at nogen berøver sig selv livet'. Andre sondrer mellem aktiv og passiv dødshjælp, lægeassisteret død eller blot assisteret død, 'selvvalgt livsafslutning' eller 'barmhjertighedsdrab'.

Et eksempel på de sproglige vanskeligheder er vendingen 'livets afslutning', som ofte bruges til at indkredse den periode af livet, eller de personer som er relevante for emnet dødshjælp (på engelsk 'end-of-life'). En sådan fase af livet er væsentlig at indkredse, eftersom mange er fortalere for, at patienter, som er i livets afslutning kan få dødshjælp, men ikke andre. Man taler ligeledes om 'beslutninger ved livets afslutning' (end-of-life decisions). Ofte indikeres der hermed, at døden skal være uafvendelig som en konsekvens af patientens tilstand, og at den vil indtræffe inden for en overskuelig fremtid. Patienter af denne type beskrives ofte som 'terminale', når talen falder på dødshjælp, men hermed menes ofte noget andet end den kliniske brug af denne term, som ofte referer til få dage eller uger. Når det drejer sig om dødshjælp er der ofte en forventning om et længere tidsforløb, uden at der er etableret nogen enighed om, hvorvidt det drejer sig om uger, måneder eller endda år.

Et grundlæggende eksempel på forvirringen er termen 'dødshjælp'. For det første vil ordet ikke nødvendigvis opfattes som neutralt, al den stund en del af uenigheden består i, hvorvidt assisteret selvmord eller eutanasi overhovedet er udtryk for en hjælp, og ikke for et alt for nøgternt eller hårdt menneskesyn. På den anden side vil nogle mene, at ordet på fin vis indfanger, at nogen beder om hjælp, og at diskussionen om hvorvidt noget er en hjælp, tager udgangspunkt i, at hjælpen handler om at hjælpe nogen i forhold til deres præferencer eller en forespørgsel om hjælp.

Dødshjælp er ofte brugt som en betegnelse for alle handlinger, som er foretaget på patientens initiativ, og som medfører, at døden fremskyndes, uanset om dette skyldes, at man gør brug af lægemidler, som patienten dør af, eller om livsopretholdende behandling afbrydes. For at kunne skelne mellem sådanne situationer er behandlingsophør, symptomlindring og palliativ sedering ofte blevet kaldt 'passiv' dødshjælp.

Det Ethiske Råd undgår bevidst at bruge termerne 'aktiv' og 'passiv' dødshjælp. Dels fordi man meget let kommer til at antyde, at selv det at afstå fra livsoprethol-

dende behandling, fremført som 'passiv dødshjælp', udgør en dødshjælp. Dels fordi betegnelsen 'aktiv' lægger op til, at der findes en 'passiv' dublet. Termen 'passiv dødshjælp' anvendes ofte, som betegnelse for indsatser i palliativ medicin, som har det til fælles, at de potentielt kan fremskynde døden. Det kan dog opfattes som misvisende at kalde disse indsatser for 'passive', da de indebærer bevidste handlinger, der aktivt forsøger at hjælpe en døende patient.



Ved dødshjælp forstås i denne redegørelse: den indsats som gøres efter et udtrykkeligt ønske fra en person, hvor hensigten er, at indsatsen skal forårsage dennes død.

Der er derfor et klart formål med at forholde sig til sprogbrugen: at etablere klare opdelinger og sondringer, så det bliver klart, hvilke nye handlemuligheder der diskuteres indført. Derfor vil der redegørelsen igennem blive brugt følgende ord:

Ved dødshjælp forstås i denne redegørelse: den indsats, som gøres efter et udtrykkeligt ønske fra en person, hvor hensigten er, at indsatsen skal forårsage dennes død.

Dødshjælp, som sker ved, at en anden end personen udfører den afgørende handling, som leder til personens død, kaldes i denne redegørelse for *eutanasi*.

Dødshjælp, hvor personen selv udfører den afgørende handling, som leder til personens død, kaldes for *assisteret selvmord*.

Redegørelsen igennem refereres der, alt efter sammenhængen, til 'person' eller 'patient', når talen falder på de personer, som muligvis ville ønske – og i andre lande opnå – dødshjælp. Oftest anvendes ordet 'patient'. Dette skyldes, at de fleste personer, for hvem dødshjælp måtte være et ønske, er patienter med en diagnose, enten fordi de er i et aktuelt behandlingsforløb, eller fordi de har en kronisk tilstand eller en funktionsnedsættelse, som er diagnosticeret.

3.2 Den internationale udvikling

Dødshjælp har gennemgået en betragtelig udvikling de seneste 25 år. Før 1997 var det kun Schweiz, som tillod det, mens det med udgangen af 2022 er lovligt i 10 lande og en række amerikanske delstater. På listeform er der tale om: Schweiz (siden 1942, men i praksis fra 1980'erne), Nederlandene (2002), Belgien (2002), Luxembourg (2009), Colombia (2014), Canada (2016), Østrig (2021), New Zealand (2021), Spanien (2021) og Australien (2022). I USA er assisteret selvmord lovligt i 11 stater eller distrikter: Californien, Colorado, District of Columbia, Hawaii, Montana, Maine, New Jersey, New Mexico, Oregon, Vermont og Washington.

Nogle lande tillader kun dødshjælp for patienter, der er diagnosticeret som 'terminale' eller sandsynligvis vil dø inden for 6 måneder (Australien, New Zealand og alle 11 amerikanske stater). I andre lande kan mennesker, der ikke er døende, men lever med kroniske, invaliderende og uhelbredelige fysiske tilstande, der forårsager uholdelig smerte, eller gør et værdigt liv umuligt, opnå dødshjælp (Østrig, Belgien, Canada, Colombia, Luxembourg, Nederlandene, Schweiz og Spanien). I nogle få lande er dette blevet udvidet til også at gælde mennesker med kronisk, langvarig psykisk sygdom (Belgien, Canada, Nederlandene, Luxembourg, Spanien og Schweiz).

Nogle lande har kun indført assisteret selvmord, som kræver, at den dødelige dosis selvadministreres (Østrig, Schweiz, de 11 amerikanske stater). Andre tillader læger, eller i nogle tilfælde sygeplejersker, at udføre det, medmindre personen selv ønsker at selvadministrere (Australien, Belgien, Canada, Colombia, Luxembourg, Nederlandene, New Zealand og Spanien).

3.3 Redegørelsens fremgangsmåde

En af vanskelighederne i debatten om dødshjælp er, at det i Danmark aktuelt er ulovligt at udføre eutanasi eller at assistere i andres død. Derfor findes der ikke en praksis for dødshjælp, som lader sig evaluere. Der er ingen sundhedsprofessionelle udøvere at lære af, der er ingen pårørende at spørge om erfaringer eller lovgivere at konsultere om deres intentioner.

Det er her, internationale erfaringer kommer ind i billedet, som 'empiriske erstatninger' for det manglende hjemlige erfaringsgrundlag. En række lande har de senere år legaliseret dødshjælp. Dette har betydet, at der i mange af dem findes betydelige mængder forskning og offentlig statistik, som belyser dødshjælp som praksis. Det betyder endvidere, at mulighederne for at teste styrken i en række af de argumenter, der fremføres for og imod en legalisering af dødshjælp i Danmark, er øget. Disse øgede muligheder ses i en vis forstand allerede i den danske debat. I takt med et øget erfaringsgrundlag, inddrages flere og flere internationale eksempler i den danske debat. Spørgsmålet er dog, om denne mulighed hidtil har bidraget til at forbedre den danske debat. Frem for at bidrage til at uddybe og kvalificere debatten har fremførslen af faktabaserede påstande ofte bevirket, at fortalere og modstandere forskanser sig i isolerede faktapåstande, hvor hver side fremfører sine egne 'fakta' i form af enkelthistorier, enkeltstatistikker eller referencer til formodede resultater, uden at angive en kilde.



Faktabaserede argumenter handler om påståede sagsforhold som anses for relevante for en stillingtagen, det kunne fx være påstande om hvad konsekvenserne af at legalisere døds-hjælp måtte være.

Det Ethiske Råd har derfor i denne redegørelse foretaget en beslutning – stærkt inspireret af en 'kunskapsammanställning' foretaget af det svenske Statens Medicinsk-Etiska Råd i 2017 – om at opdele de mange anvendte argumenter for og imod dødshjælp, i to kategorier: værdibaserede argumenter og faktabaserede argumenter.⁴

Værdibaserede argumenter handler om, hvilke værdier eller principper man mener bør være vejledende for en stillingtagen til dødshjælp. Et eksempel på et værdiargument for dødshjælp handler om selvbestemmelsesretten, som hævder, at retten til at bestemme over sit eget liv også indebærer retten til at bestemme, hvorledes man vil afslutte det. Et eksempel på et værdiargument mod dødshjælp er argumentet om livets ukrænkelighed, som tilsiger, at det altid vil være forkert at gøre en ende på et liv.

Faktabaserede argumenter handler om påståede sagsforhold som anses for relevante for en stillingtagen, det kunne fx være påstande om, hvad konsekvenserne af at legalisere dødshjælp måtte være. Et ofte anvendt faktabaseret argument for en legalisering af dødshjælp lyder, at det vil bidrage til at mindske lidelse for personer i livets afslutning. Et ofte anvendt argument mod dødshjælp lyder, at det vil medføre en glidebane, hvor flere og flere patienter med tiden får adgang til dødshjælp.

Værdibaserede argumenter har ofte en sådan karakter, at de kan være vanskelige at be- eller afkræfte gennem observationer. Faktabaserede argumenter derimod er i princippet mulige at teste gennem observationer af virkeligheden. Spørgsmålet er dog, hvor langt man kan komme med at se på andre landes erfaringer og sammenholde dem med typiske argumenter fra den danske debat, når målet er at tage stilling til, hvorvidt dødshjælp bør legaliseres i Danmark. Erfaringerne fra udarbejdelsen af denne redegørelse viser, at man nok kan nærme sig en vurdering af holdbarheden af faktabaserede argumenter, men at en decideret stillingtagen til en eventuel legalisering af dødshjælp kræver mere end dette.

Stillingtagen til dødshjælp som sådan kræver, at man også vurderer *relevansen* af faktabaserede argumenter. Dette indebærer en selvstændig etisk bedømmelse, som medtager de fremførte værdibaserede argumenter, i en samlet afvejning af fordele og ulemper ved en legalisering af aktiv dødshjælp. En årsag hertil er, at det ikke kun er empiriske spørgsmål og svar, som kan udtømme alle de spørgsmål, der er værd at stille. Ethiske spørgsmål kræver en afvejning af modsatrettede eller måske decideret uforenelige værdier. Men, i denne afvejning spiller viden på den anden side også en rolle. Den er nemlig nødvendig for at kunne tage stilling til, i hvilket omfang værdier fremmes eller trues af forskellige modeller for en legalisering af dødshjælp.

Endelig skal det bemærkes, at man selvfølgelig også kan overdrive forskellen på værdibaserede og faktabaserede argumenter. Også faktabaserede argumenter er værdibaserede (for at være relevant antages det fx, at reduktion af lidelse er værdifuldt). Desuden er ikke alle faktuelle argumenter faktabaserede, det vil sige, de er ikke understøttet af kendsgerninger. Tværtimod indeholder debatten om aktiv dødshjælp mange påstande om, hvad der ville være konsekvenserne af en indførelse, der fremsættes uden reference til noget faktisk grundlag. Det, der adskiller faktuelle argumenter fra værdibaserede argumenter er, at de kan testes mod observationer af virkeligheden (er der lidelse, der ikke kan lindres med konventionel smertelindring?). Det skal også fremhæves, at det langt fra er alle argumenter, som på let vis lader sig placere i den ene eller den anden kategori. Mange er en kombination af værdi- og faktabaserede argumenter, hvor man fx kan sige, at givet at et vist faktum om dødshjælp foreligger, så bør et bestemt værdiargument nyde fremme.⁵

Det Ethiske Råd har truffet en beslutning om ved siden af at fremføre argumenter for og imod en legalisering af dødshjælp også at sammenholde idealtypiske faktabaserede argumenter fra den danske debat med viden fra to idealtypiske modeller for dødshjælp. Det Ethiske Råds redegørelse støtter sig også her til Statens Medicinsk-Etiska Råds rapport fra 2017. Dette gælder til en vis grad selve designet af redegørelsen, hvor faktabaserede argumenter sammenlignes med empiriske fund, men det gælder især fremfindelsen af selve det empiriske materiale. Her benytter Det Ethiske Råd sig af de mange indsigter etableret i SMER's rapport, men supplerer disse med en opdatering, når det er nødvendigt. Dette gælder særligt årsrapporterne fra Oregon og Nederlandene. Undervejs i denne redegørelse vil konklusioner fra SMER's rapport blive fremhævet under overskriften 'Dette vil vi gerne vide'.

Der findes grundlæggende to empiriske kilder til andre landes erfaringer med dødshjælp. Myndigheders officielle årsrapporter og selvstændige videnskabelige studier.

Årsrapporter. Lovgivningen i både Oregon og Nederlandene kræver, at hvert tilfælde af dødshjælp indrapporteres. I Oregon skal den læge, som udskriver en recept på lægemidler til dødshjælp, indsende journaldokumentation til myndighederne og yderligere dokumentation efter, at patienten er afgået ved døden. Disse oplysninger ligger til grund for årlige rapporter, som publiceres af de relevante myndigheder. I Nederlandene skal hvert enkelt tilfælde af dødshjælp indrapporteres til en særlig bedømmelseskomite, der undersøger, om loven er blevet overholdt, og som udgiver årlige rapporter på baggrund heraf. Disse rapporter rummer en række statistiske oplysninger om forholdene rundt om dødshjælp. Denne redegørelse vil

fokusere på tre af disse, nemlig det numeriske omfang af dødshjælp, fordelingen af tilfælde af dødshjælp på patientgrupper, og hvilke begrundelser der gives for at anmode om dødshjælp.

Videnskabelige studier af de to modeller. I både Oregon og Nederlandene er der bedrevet forskning af empirisk karakter, som handler om en række emner. Der er fx tale om studier af patienter, som er afgået ved døden gennem dødshjælp; patienter, som har fået tilladelse til dødshjælp; patienter, som har anmodet om dødshjælp; patienter, som har overvejet eller vist interesse for dødshjælp; og udøvere af dødshjælp. Det kan også være udviklingsstudier, som sammenligner den kliniske praksis over tid eller komparative studier, som sammenligner forskellige lande, delstater eller regioner med henblik på at opdage mønstre eller afvigelser.

Hvert lands lovgivning, sundhedsvæsen, og traditioner for klinisk praksis er forskellige, så mens der tages udgangspunkt i to forskellige lande eller delstater (Oregon og Nederlandene), så er det med henblik på at beskrive to idealtypiske *modeller*, med henblik på at tydeliggøre hvori de mest væsentlige forskelle består, og bedømme hvorledes erfaringerne med disse kan influere på diskussionen af dødshjælp.

Oregon-modellen, som blev indført i Oregon i 1997, tillader kun assisteret selvmord, mens eutanasi er ulovligt. Det afgørende kriterium for at få adgang til dødshjælp er, at man er terminalt syg, hvilket vil sige, at man bedømmes til højst at have seks måneder tilbage at leve i. Det er ikke et kriterium, at man skal opleve ubærlig lidelse. Patienter skal være 18 år og beslutningskompetente, hvilket vil sige, at de både skal kunne forstå og træffe beslutning om deres tilstand.

Den nederlandske model, som overordnet set også er adopteret i Belgien og Luxemburg, tillader både eutanasi og assisteret selvmord. Det afgørende kriterium for at få adgang til dødshjælp er, at man er i en tilstand af ubærlig lidelse, og at der ikke findes andre måder at lindre tilstanden på. Lidelsen kan være fysisk eller psykisk. Der findes intet krav om, at personer skal være terminale eller på anden vis befinde sig ved livets afslutning. I Nederlandene er det tilladt for børn under 18 år at modtage dødshjælp, forudsat at de bedømmes til at være tilstrækkeligt modne til at varetage deres egne interesser. I den nederlandske model kan man udtrykke sit ønske om dødshjælp gennem et forhåndsdirektiv, hvilket indebærer, at personer, som har mistet beslutningskompetencen, i visse tilfælde kan få dødshjælp.

Hvorfor er det vigtigt at forholde sig konkret til landes forskellige modeller? Det er det, fordi forskellige modeller har forskellige konsekvenser.⁶ Dette betyder, at



Hvorfor er det vigtigt at forholde sig konkret til landes forskellige modeller? Det er det fordi forskellige modeller har forskellige konsekvenser. Dette betyder, at man ikke kan svare på hvad konsekvensen af at legalisere døds-hjælp vil være, uden at man præciserer hvilken model det er man taler om.

man ikke kan svare på, hvad konsekvensen af at legalisere døds-hjælp vil være, uden at man præciserer, hvilken model det er, man taler om. I Nederlandene, som tillader eutanasi, og ikke har noget krav om terminal sygdom, er antallet af personer, som afgår ved døden gennem døds-hjælp, 10 gange så stor som i Oregon, der kun tillader assisteret selvmord og stiller krav om terminal sygdom. Forskelle viser sig fx også i spørgsmålet om, hvad der i forskellige modeller motiverer til at ønske døds-hjælp. I Oregon er frygten for, at man i livets afslutning taber livskvalitet og uafhængighed det dominerende motiv. I Nederlandene er lidelse uden håb om bedring det vigtigste motiv.

Den store forskellighed kan også udtrykkes på denne måde: der er i Oregon intet krav om, at patienter skal være ubærligt lidende eller blot lidende. Lovgivningen i Oregon vender dermed de nederlandske adgangskriterier på hovedet, som kræver en tilstand af ubærlig lidelse, men ikke rummer noget krav om, at patienter skal være terminale. På denne måde tillader loven i Oregon både mere (intet krav om lidelse) og mindre (et krav om at være terminal).

Redegørelsen består for en indholdsmæssig betragtning af to dele.

I kapitel 4 og 5 præsenteres den aktuelle viden, som rådet har haft mulighed for at etablere. I kapitel 4 er der først og fremmest tale om en præsentation af de mest grundlæggende forhold om den eksisterende danske retstilstand og den aktuelle kliniske praksis, når det drejer sig om hjælp i forbindelse med livets afslutning. Kapitel 5 præsenterer kort de grundlæggende forhold omkring lovgivningen i Oregon og Nederlandene samt de mest væsentlige statistiske forhold, der beskriver omfanget og fordelingen af døds-hjælp samt de mest gængse begrundelser for at anmode om døds-hjælp.

Kapitel 6 og 7 beskriver de mest væsentlige argumenter for og imod døds-hjælp. Undervejs vil væsentlige faktabaserede argumenter som SMER's redegørelse give viden om blive samlet op i særskilte tekstbokse med overskriften 'Dette vil vi gerne vide'. Det skal bemærkes, at Det Ethiske Råd har besluttet sig for at adskille beskrivelsen af de mest væsentlige etiske argumenter fra de mest væsentlige praktisk-politiske argumenter. Adskillelsen kan opleves kunstig. I grunden er der i begge tilfælde tale om etiske argumenter og diskussioner. Det er dog således, at en legalisering af døds-hjælp ikke er en nødvendig konsekvens af, at man anser døds-hjælp for at være etisk forsvarlig. Det er muligt at mene, at døds-hjælp principielt lader sig forsvare, men ikke lader sig gennemføre i praksis, uden at måtte gå på kompromis med andre principper, som man også finder væsentlige, eller uden at måtte acceptere urimelige konsekvenser.

4. Den danske praksis ved livets afslutning 25

4.1 Den danske retstilstand

Dødshjælp, sådan som det er defineret i denne udtalelse, er ikke lovligt i Danmark.

Straffelovens 25. kapitel om forbrydelser mod liv og legeme siger i § 239, at "Den, som dræber en anden efter dennes bestemte begæring, straffes med fængsel indtil 3 år". § 240 siger "Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv livet, straffes med bøde eller fængsel indtil 3 år". Er der tale om et såkaldt 'medlidenhedsdrab' kan straffen eventuelt nedsættes.

Inden for de senere år har der været bragt flere sager for Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol, som har skullet tage stilling til, om retten til at dø er beskyttet af Den Europæiske Menneskerettighedskonvention. Et eksempel er Diane Pretty, som var omfattende lammet og ønskede sin mands assistance til at begå selvmord. Hermed risikerede han at blive straffet for hjælp til selvmord, og spørgsmålet var således, om det var en krænkelse af Diane Prettys menneskerettigheder, at hun således var forhindret i at tage sit eget liv. I sagen Pretty v. UK viste domstolen, at der var tale om krænkelse af både artikel 2 (ret til liv), artikel 3 (ret til ikke at blive udsat for tortur og anden umenneskelig eller nedværdigende behandling), artikel 8 (ret til privatliv, herunder selvbestemmelse) og artikel 14 (forskelsbehandling). Det fremhæves særligt i forhold til artikel 8, at lovgivningens forbud mod hjælp til selvmord var et indgreb i hendes ret til privatliv og selvbestemmelse, men at forbuddet lod sig begrunde i hensynet til at beskytte svage borgere mod at blive presset til at begå selvmord.⁷

4.2 Den aktuelle praksis for lindring ved livets afslutning

I dag er den gennemsnitlige levetid blevet væsentligt forøget. De mest væsentlige dødsårsager er hjertesygdomme og kræft. Da vi i dag er i stand til at behandle disse sygdomme, har forløbet forud for døden ændret karakter og er blevet væsentligt forlænget i forhold til tidligere. Ofte er sundhedsvæsenet i stand til at holde mennesker med de pågældende lidelser i live lang tid efter, at sygdommen er opdaget, og det

ser ud til, at personen efter alt at dømmes vil dø af den. Dette skyldes udviklingen af de mange lægevidenskabelige behandlingsformer, som blandt andet gør det muligt at erstatte eller supplere kroppens naturlige funktioner og/eller forsinke udviklingen af sygdommene. Her tænkes fx på respiratorer, pacemakere, medicinsk behandling af kræft, operationer mv.

En vigtig problemstilling er, hvordan de behandlingstiltag, som muliggør livsforlængelse, påvirker patientens livskvalitet. Man kan diskutere, om det i nogle tilfælde er bedre for patienten ikke at blive behandlet og måske i stedet leve i kortere tid, eventuelt med forøget nærvær eller mindre ubehag.

Palliativ medicin er i en vis forstand en reaktion på denne udvikling. Palliativ medicin er bygget op rundt om dette forhold, at lidelse kalder på et svar, på en reaktion, og når det kan lade sig gøre, på lindring.

WHO fremhæver, at den palliative indsats skal opfattes som en meget bred form for indsats. Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom. Og det skal ske ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art. Den palliative indsats består med andre ord ikke nødvendigvis først og fremmest i medicinsk sygdomsbehandling, men skal også omfatte psykologisk og åndelig omsorg for den syge, hvor samtalen og nærværet er det bærende i kontakten. Lidelse opfattes således også som lidelse i eksistentiel eller åndelig forstand, og hensigten med den palliative indsats er blandt andet at lindre denne form for lidelse, som kan have mange former alt afhængig af patientens situation, livssyn og fremtidsplaner. Der kan fx være tale om angst for at skulle dø; angst for selve dødsprocessen; vrede og magtesløshed i forhold til det grundvilkår, som døden udgør i menneskelivet; bekymring i forhold til, om de efterladte vil kunne klare sig selv; sorg over at skulle forlade sine kære; sorg over ikke at kunne færdiggøre sine livsprojekter og meget mere.⁸

I forbindelse med palliativ behandling er der en række behandlingsbeslutninger, som alle har potentialet til at forkorte livet for patienten. Disse påkalder sig naturligt nok opmærksomhed i forbindelse med en diskussion om dødshjælp. Udgør handlinger foretaget i sundhedsvæsenet, som kan fremskynde døden, ikke også en dødshjælp? Hvorvidt disse udgør en 'dødshjælp', eller muligvis ikke gør, er for mange en væsentlig del af problemstillingen og vil blive nærmere diskuteret i afsnit 6.2.3. I dette afsnit, som alene præsenterer de aktuelle forhold, har Det Ethiske Råd valgt at sondre mellem dødshjælp og så de handlinger, der kan fremskynde døden,

og som hører palliationen til, og som derfor nok er en del af livets afslutning, men ikke kategoriseres som dødshjælp. Det skal også understreges, at dette afsnit kun fremstiller forhold omkring den palliative praksis, som er relevante for en bedømmelse af spørgsmålet om dødshjælp. Lindring og hjælp ved livets afslutning finder sted på mange andre måder end her beskrevet.

Når det gælder potentielt livsforkortende handlinger, er der tale om fire grundlæggende handlinger:

1. Ikke indlede eller fortsætte livsopretholdende behandling efter patientens ønske

I nogle tilfælde vil det at påbegynde eller fortsætte med behandling være nødvendigt for overhovedet at opretholde livet. I sådanne tilfælde bliver afvisningen af behandling livstruende. Selv når indsatsen er så høj, kræver Sundhedsloven, at habile og beslutningsdygtige patienters frie og informerede afvisning af behandling respekteres. Patienter kan derfor ønske ikke at påbegynde eller at ophøre med livsforlængende behandling, som for en medicinsk betragtning er meningsfuld. Der er tale om en handling, som retter sig efter patientens ønske, og hvor det følgelig kan være patientens eget formål, at døden skal indtræffe. Fra den sundhedsprofessionelles perspektiv er formålet, med ikke at indlede eller fortsætte livsopretholdende behandling, at respektere patientens selvbestemmelse, og døden er i en vis forstand en bivirkning. At patienter har denne mulighed for at fravælge behandling skyldes det grundlæggende princip om selvbestemmelse i Sundhedslovens § 15, som siger, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Samme paragraf siger også, at patienten på ethvert tidspunkt kan tilbagekalde et afgivet samtykke.⁹

2. Ikke indlede eller fortsætte livsopretholdende behandling, som ikke gavner patienten

Hvis en livsopretholdende behandling bedømmes til at være udsigtsløs, dvs. gøre mere skade end gavn, kan den behandlingsansvarlige læge beslutte ikke at påbegynde eller fortsætte en behandling. En sådan beslutning er en lægefaglig beslutning, og grunder sig dermed

ikke i patientens ønske. Hensigten her er ikke, at patienten skal dø, men at undgå yderligere skade eller lidelse.¹⁰

3. Give symptomlindring, som kan fremskynde døden

Livets afslutning kan være forbundet med fysiske lidelser såsom smerter, åndenød, kvalme, svimmelhed eller delirium. En række lægemidler anvendes i palliativ medicin til at lindre lidelse, som skyldes smerter og andre fysiske symptomer. Fx vil mange kræftpatienter i deres sidste tid få brug for smertestillende midler leveret i en 'analgetisk stige', hvor målet er på hvert trin blot at give den mindste dosis nødvendigt for at kontrollere smerten.

Hvis en patient oplever smerte, kan den behandlingsansvarlige læge beslutte at ordinere smertestillende lægemidler, også selvom dette skulle indebære en risiko for at fremskynde dødens indtræden. Udgangspunktet for en sådan behandling er ikke patientens ønske, men en vurdering af et medicinsk behov, og beslutning om smertelindring kan træffes, uden at patienten er beslutningsdygtig. Formålet med behandlingen er at lindre patientens smerte, ikke at patienten skal afgang ved døden. Langsom dosisøgning af medicinen, til patienten er lindret, skal sikre, at patienten ikke dør af medicinen, men lindres i den dødsproces, som allerede er i gang på grund af sygdommen.

4. Give palliativ sedering

De fleste former for smerte, som opstår i forbindelse med livets afslutning, kan kontrolleres gennem symptomlindring. Men ikke alle. Et mindretal af patienter oplever smerter eller andre fysiske, psykiske og eksistentielle symptomer, som ikke lader sig lindre. Ved palliativ sedering sænkes bevidsthedsniveauet med beroligende og angstdæmpende midler med henblik på, at patienten ikke længere skal opleve svære symptomer. Holdes patienten i denne tilstand, til døden indtræder, tales der om kontinuerlig palliativ sedering. Beslutningen om at påbegynde sedering har symptomlindring som formål. Så længe sedering bedømmes til at være nødvendigt, regnes det ikke for at være dødshjælp, også selv om behandlingen skulle fremskynde døden. Der gives kun lige præcis så meget medicin, at patienten holdes sovende og ikke-lidende.



Den aktuelle forskning finder det tvivlsomt, om brugen af symptomlindrende midler eller palliativ sedering rent faktisk fremskynder døden. Det fremhæves, at når den palliative indsats leveres korrekt, så er den nedsættelse af åndedrætsfunktionen, som kan fremskynde døden, en meget sjælden bivirkning. Forestillingen om, at symptomlindring eller palliativ sedering generelt fremskynder patientens død er således i modstrid med feltets erfaringer.

At sundhedspersoner har retten til at symptomlindre og sedere, som beskrevet, finder sit grundlag i Sundhedslovens § 25, stk. 2, som siger, at en uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet.¹¹

Det skal bemærkes, at den aktuelle forskning finder det tvivlsomt, om brugen af symptomlindrende midler eller palliativ sedering rent faktisk fremskynder døden. Det fremhæves, at når den palliative indsats leveres korrekt, så er den nedsættelse af åndedrætsfunktionen, som kan fremskynde døden, en meget sjælden bivirkning. Forestillingen om, at symptomlindring eller palliativ sedering generelt fremskynder patientens død er således i modstrid med feltets erfaringer. Tværtimod kan korrekt brug af smertestillende midler forlænge patienters liv, da de er mere udhvilede og smertefrie. Bekymringen blandt fagfolk er snarere modsat, at der på grund af vedvarende forestillinger om symptomlindring og sedering, som potentielt livsforkortende, er større risiko for underbehandling, og at patienter lever deres sidste tid med unødvendige smerter.¹²

Senest har Folketinget udvidet mulighederne for selvbestemmelse gennem et behandlingstestamente, der udvider mulighederne for at afvise behandling og er bindende for sundhedspersonale. Det skal også bemærkes, at vejledningen til sundhedspersonale om lindring ved hjælp af smertestillende medikamenter er blevet opdateret i 2018, netop for at gøre det nemmere for personale at gøre brug af mulighederne for at lindre efter behandlingsophør.

5. Udenlandske erfaringer med dødshjælp: to modeller

5.1 Oregon-modellen

I Oregon er assisteret selvmord, men ikke eutanasi, tilladt gennem den såkaldte Death with Dignity Act. Loven blev udformet, som følge af et borgerforslag, og trådte i kraft i 1998. Før loven blev vedtaget, blev den først vedtaget i en folkeafstemning i 1994, derefter blokeret af en domstol og endelig vedtaget i en ny folkeafstemning i 1997. I 1994 blev loven vedtaget med en knap majoritet på 51% for og 49% imod. I 1997 blev loven vedtaget igen, denne gang med en større majoritet på 60% for og 40% imod.¹³

Loven giver læger ret til at udskrive en recept på et lægemiddel i en dødelig dosis til patienter som er fyldt 18 år, er i stand til at træffe beslutninger og lider af en dødelig sygdom, som ifølge en 'rimelig medicinsk vurdering' forventes at føre til døden inden for seks måneder, medmindre der gives behandling for at bremse sygdomsforløbet. Tidligere var der et krav om, at man skulle være hjemmehørende i Oregon, men dette krav er ikke længere gældende pr. 13. juli 2023.

Det første skridt i processen er, at en patient udtrykker et ønske om at dø. Patientens egen læge skal derefter bekræfte, at patienten opfylder kravene for at modtage dødshjælp, og at ønsket er frivilligt. Lægen skal også informere patienten om:

- 1) Den medicinske diagnose
- 2) Prognosen
- 3) De potentielle risici ved at tage de ordinerede lægemidler
- 4) Det forventede resultat af at tage de ordinerede lægemidler
- 5) De tilgængelige alternativer, herunder, men ikke begrænset til, palliativ pleje, hospicepleje og smertelindring.

Lægen skal også informere patienter om deres ret til at tilbagekalde deres anmodning når som helst. Lægen skal også anbefale, at patienten informerer deres pårørende om deres beslutning og overvejer, om en anden person skal være til stede, når lægemidlerne tages. Både de medicinske krav og patientens evne til at træffe beslutninger og handle frivilligt skal bekræftes af en anden læge. Hvis en af lægerne mener, at patienten kan lide af en psykisk lidelse, der påvirker dennes dømmekraft, skal en psykiater eller psykolog konsulteres. Ingen recept på lægemidler til assisteret selvmord må gives, før det er fastslået, at patientens dømmekraft ikke er påvirket af 'psykologisk eller psykiatrisk lidelse eller depression'.



Før den ansvarlige læge skriver recepten ud, skal patienten fremsætte nok en mundtlig anmodning. Denne anmodning kan tidligst foretages 15 dage efter den første mundtlige anmodning. I forbindelse med udskrivningen skal lægen igen sikre sig, at beslutningen er informeret, og give patienten mulighed for at trække sin anmodning tilbage

Efter at det er blevet fastslået, at patienten opfylder kravene, og efter at patienten er blevet informeret, kan patienten skriftligt anmode om assisteret selvmord. Den skriftlige anmodning skal bevidnes af to personer, der kan bekræfte, at patienten er i stand til at træffe beslutninger, handler frivilligt og ikke er underlagt nogen tvang. Mindst et af vidnerne skal være en person, der ikke er en nærtstående, er uden arveret fra patienten og uden tilknytning til den institution, hvor patienten bor eller modtager pleje. Den behandlingsansvarlige læge, må ikke være vidne. Udskrivning af lægemidler må ikke ske tidligere end 48 timer efter, at den skriftlige anmodning er blevet indgivet. Før den ansvarlige læge skriver recepten ud, skal patienten fremsætte nok en mundtlig anmodning. Denne anmodning kan tidligst foretages 15 dage efter den første mundtlige anmodning. I forbindelse med udskrivningen skal lægen igen sikre sig, at beslutningen er informeret og give patienten mulighed for at trække sin anmodning tilbage.

Loven fastslår, at ingen sundhedsperson er forpligtet til at medvirke til assisteret selvmord. Farmaceuter har ret til at nægte at udlevere lægemidler til assisteret selvmord. At tvinge eller på anden måde udøve et uforholdsmæssigt pres for at få en patient til at anmode om dødshjælp, betragtes som en forbrydelse, hvilket også gælder det at forfalske eller ændre en skriftlig anmodning om assisteret selvmord. Ingen testamenter, kontrakter, forsikringer eller andre juridiske krav må bero på, at en person anmoder om eller afstår fra at anmode om dødshjælp i henhold til Death with Dignity Act. Patientens ønsker, lægevurderinger og tilbud om tilbagekaldelse af anmodningen skal dokumenteres i patientens journal. Senest syv dage efter, at den ansvarlige læge har ordineret lægemidler til assisteret selvmord, skal oplysningerne sendes til delstatens sundhedsmyndighed. Den person, der udleverer lægemidlerne, skal også rapportere til myndigheden. Uanset dødsårsagen skal lægen senest ti dage efter patientens død indsende en formular om omstændighederne ved dødsfaldet, herunder patientens grunde til at anmode om assisteret selvmord. Hvis sundhedsmyndigheden finder ud af, at nogen del af reglerne ikke er blevet fulgt, rapporteres dette til delstatens autorisationsmyndighed, Oregon Medical

Board. De indrapporterede oplysninger samles hvert år af sundhedsmyndigheden i en rapport om lovens anvendelse.

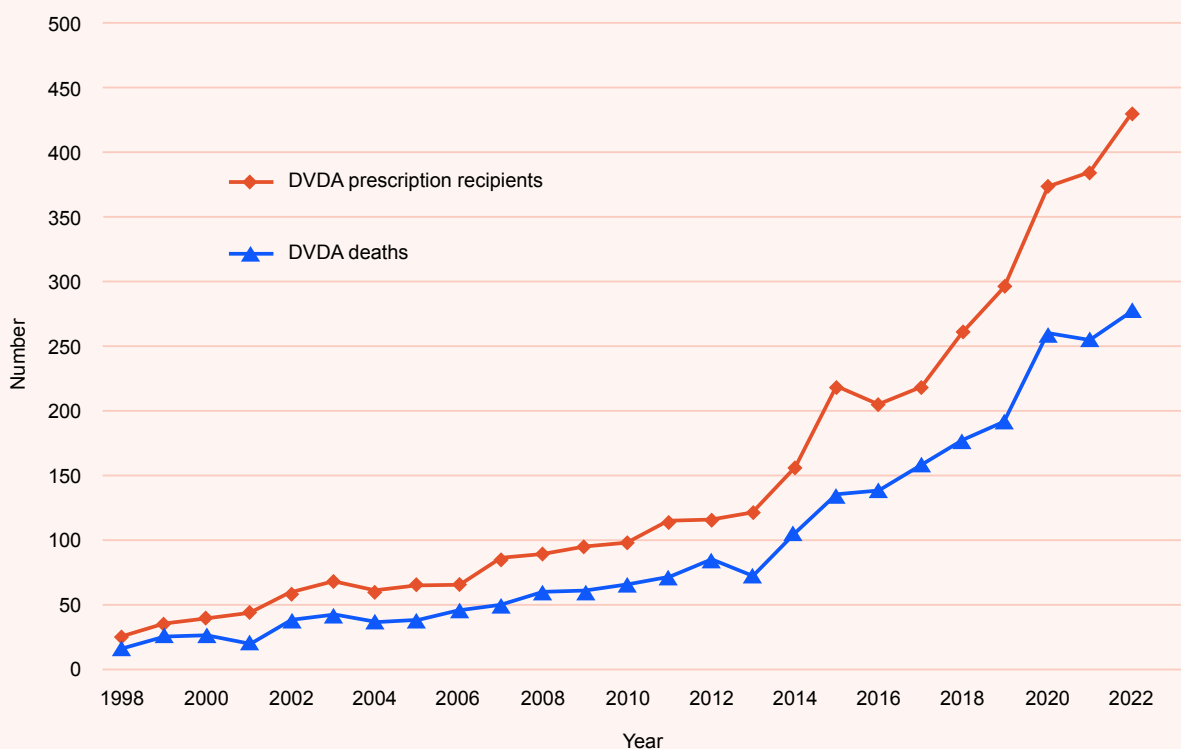


Den offentlige statistik fra Oregon viser, at andelen af patienter, der bruger deres recepter, har været cirka to tredjedele siden loven trådte i kraft. Resten af patienterne dør på andre måder.

Siden lovens ikrafttræden i 1998 er der foretaget to ændringer. Fra 2020 blev det muligt for læger at se bort fra den 15-dage lange venteperiode, hvis patientens død er nært forestående, og som tidligere nævnt har man fra juli 2023 opgivet kravet om, at modtagere af dødshjælp skal tage fast ophold i Oregon.

Omfang

Årsrapporterne fra sundhedsmyndighederne i Oregon viser, at i det første hele år, hvor assisteret selvmord var lovligt i Oregon, blev der udskrevet 24 recepter til assisteret selvmord, og 16 tilfælde af assisteret selvmord blev fuldført det år. Disse 16 dødsfald udgjorde 0,5 promille af alle dødsfald i staten. I 2022 blev der udskrevet 431 recepter og 278 patienter døde ved hjælp af assisteret selvmord. Den offentlige statistik fra Oregon viser, at andelen af patienter, der bruger deres recepter, har været cirka to tredjedele siden loven trådte i kraft. Resten af patienterne dør på andre måder. Årsagerne til, at der udskrives flere recepter til assisteret selvmord, kan både være, at flere efterspørger det, og at en større andel af dem, der efterspørger det, får det bevilget.



Udvikling i antal udskrevne recepter (rød linje) og gennemførte assisterede selvmord (blå linje) i Oregon, 1998-2022¹⁴

Fordeling

Ifølge sundhedsmyndighedernes årsrapporter har 64% af de patienter, der dør ved hjælp af assisteret selvmord i Oregon, en kræftdiagnose. Herefter følger hjertesygdomme med 12% og neurologiske sygdomme med 10%. Set i forhold til antallet af berørte patienter er ALS-patienter den patientgruppe, hvor det er mest almindeligt at vælge at dø ved assisteret selvmord. Årsrapporten i Oregon er mere detaljeret, end her angivet, og skelner fx mellem godartede eller uklare tumorer, andre luftvejssygdomme end KOL, andre neurodegenerative sygdomme end ALS, sygdomme i muskler, skelet og bindevæv, virushepatitis, diabetes, slagtilfælde samt skrumpelever. Sygdomme, som depression eller demens, er ikke blevet rapporteret som primær diagnose i Oregon, hvilket hænger sammen med kravene om terminal sygdom og bevaret beslutningskompetence.

Diagnosegruppe	2022	1998-2020
Kræft	178 (64)	1.420 (73,9)
Neurologiske sygdomme (fx ALS)	27 (9,7)	207 (10,8)
Hjerte-kar-sygdomme	32 (11,5)	105 (5,5)
Luftvejssygdomme (fx KOL)	27 (9,7)	109 (5,7)
Endokrine/metaboliske sygdomme (fx diabetes)	4 (1,4)	19 (1)
Gastrointestinale sygdomme (fx leversygdom)	4 (1,4)	17 (0,9)
Infektionssygdomme (fx AIDS)	2 (0,7)	14 (0,7)
Andre sygdomme	4 (1,4)	30 (1,6)

Fordeling i absolutte tal og (%) mellem forskellige diagnosegrupper blandt de patienter i Oregon, som er afgået ved døden gennem assisteret selvmord.¹⁵

Begrundelser

Efter at en patient, der har fået ordineret en recept til assisteret selvmord, er afgået ved døden, skal den ansvarlige læge udfylde et spørgeskema fra sundhedsmyndigheden, hvor patientens begrundelser for at anmode om assisteret selvmord skal angives (de mulige grunde er foruddefinerede). Disse data rapporteres i de årlige

statistikrapporter. Som det fremgår af tabellen nedenfor, blev det rapporteret, at de fleste patienter havde mere end én grund til deres beslutning.

Begrundelse for at anmode om dødshjælp	2022	1998-2020
Mindre i stand til at deltage i aktiviteter som giver livskvalitet	89	90
Tab af selvbestemmelse	87	90
Tab af værdighed	62	74
Byrde for pårørende/omsorgs-personer	47	47
Tab af kontrol over kropsfunktioner	45	44
Utilstrækkelig smertelindring eller bekymring herfor	32	28
Økonomiske konsekvenser af fortsat behandling	6	5

Patienters begrundelse for at anmode om dødshjælp, ifølge egen læge angivet i %. De svarende kunne angive mere end en begrundelse.¹⁶

Billedet af, at tab af uafhængighed, lav livskvalitet, tab af værdighed og ønsket om at kontrollere omstændighederne omkring døden er vigtigere årsager til at vælge assisteret selvmord end oplevet fysisk smerte, bekræftes i flere studier fra Oregon, hvor både patienter, pårørende og læger samt andet sundhedspersonale er blevet spurgt.¹⁷ Sundhedspersonale i Oregon mener, at følelsen af at være færdig med livet, og af at det at fortsætte med at leve er meningsløst, er en fremtrædende grund til at anmode om dødshjælp, men dette syn deles ikke af patienter og deres pårørende. Imidlertid bekræftes det i flere studier, at en relativt vigtig grund for patienterne er ikke at være en byrde for deres omgivelser.¹⁸

Selv om symptombaserede faktorer synes at være mindre vigtige motiver for dem, der dør ved hjælp af assisteret selvmord, viser et studie fra 2000-2002 blandt pårørende til 1.400 afdøde en tydelig sammenhæng mellem oplevelse af smerte og andre symptomer den sidste uge i livet og sandsynligheden for at vælge assisteret selvmord. En mulig forklaring, som fremføres i en kommentar til studiet,



Billedet af, at tab af uafhængighed, lav livskvalitet, tab af værdighed og ønsket om at kontrollere omstændighederne omkring døden er vigtigere årsager til at vælge assisteret selvmord end oplevet fysisk smerte, bekræftes i flere studier fra Oregon, hvor både patienter, pårørende og læger samt andet sundhedspersonale er blevet spurgt.

er, at når symptomerne er så alvorlige, at de får patienten til at overveje assisteret selvmord, er sygdommen så fremskreden, at patienten ikke når at gennemføre alle de nødvendige trin for en anmodning eller ikke lever op til kravene om beslutningskompetence. En refleksion, som forfatterne til et af studierne foretager, er, at mange patienter, der efterspørger assisteret selvmord, synes at ønske at forudse en kommende situation, som de frygter ville være uudholdelig (med større vægt på eksistentiel end ren fysisk lidelse), i stedet for at reagere på en eksisterende lidelse. Dette kan tyde på, at ønsket om tryghed er en vigtig faktor bag mange patienters ønske om dødshjælp. Før legaliseringen i Oregon blev ALS-patienter spurgt om deres interesse for assisteret selvmord. Fire ud af fem af dem, der ville overveje at anmode om assisteret selvmord, hvis det var lovligt, sagde, at de ville gemme recepten til fremtidig brug og ikke bruge den inden for den kommende måned, hvilket ifølge forfatterne kan indikere, at tryghedsfaktoren er vigtig.¹⁹

5.2. Den nederlandske model

Nederlandene var det første land i verden, der tillod dødshjælp i form af både assisteret selvmord og eutanasi. I 1973 tog den offentlige debat om dødshjælp fart i Nederlandene, da en kvindelig læge blev retsforfulgt for at have givet sin kræftsyge mor eutanasi. Lægen blev dømt skyldig i mord, men fik kun en kort betinget straf. Efter flere lignende retssager udviklede der sig gradvist en praksis, hvor anklagere undlod at retsforfølge læger, der gav dødshjælp til deres patienter. Det skete under forudsætning af, at visse specifikke kriterier blev opfyldt, herunder gentagne anmodninger fra patienten, vurdering af patientens beslutningskompetence og en tilstand af uudholdelig lidelse, der ikke kunne lindres på andre måder. Dødshjælp var stadig ulovligt, og der var ingen garanti for immunitet for lægen. Dette førte blandt andet til manglende pålidelige statistikker om forekomsten af dødshjælp, da lægers bekymring for de retlige konsekvenser kommenterede [AL4]: De fleste steder står der Nederlandene, mens der andre steder står Nederlandene. Der bør træffes beslutning om en gennemgående måde at skrive det på for hele udtalelsen. OBS: Vælges Nederlandene skal man være opmærksom på at få rettet de steder, hvor der fx står nederlandske mv. betød, at langt fra alle tilfælde blev registreret. I 1984 bidrog den nederlandske lægeforening (KNMG) til udarbejdelsen af en rapport, der foreslog fem kriterier, der skulle opfyldes for, at læger kunne undgå retsforfølgelse. Patientens anmodning skulle (1) være kompetent, frivillig, eksplicit og vedvarende, (2) baseret på fuldt samtykke, (3) patienten skulle være i en tilstand af uudholdelig og håbløs lidelse, (4) uden udsigt til yderligere behandling, der kunne lindre lidelsen, og (5) den involverede læge skulle konsultere mindst én anden læge, hvis

vurdering skulle anses for uafhængig. Disse retningslinjer udviklede sig til en uofficiel vejledning for anklagere, når de skulle afgøre, om tilfælde af dødshjælp skulle retsforfølges. Mens både eutanasi og assisteret selvmord forblev de jure ulovligt i Nederlandene ifølge straffeloven, var de altså de facto tilladte, så længe KNMG-retningslinjerne blev overholdt. I 1990 blev det formelt erklæret, at læger, der fulgte de opstillede kriterier, ikke ville blive retsforfulgt, og i 2002 blev der endelig vedtaget en lov, der regulerer assisteret død og eutanasi. Samtidig blev det indskrevet i straffeloven, at dødshjælp, der gives i overensstemmelse med reglerne, ikke udgør en forbrydelse. Det er ifølge loven kun læger, der kan give dødshjælp uden straf. For at en læge skal have ret - men ikke pligt - til at give dødshjælp, skal denne opfylde de såkaldte 'kriterier for forsvarlig pleje'. Disse kriterier indebærer, at lægen skal:

- 1) Sikre, at patienten fremsætter en frivillig og velovervejet anmodning.
- 2) Sikre, at patientens lidelse er uudholdelig og uden mulighed for forbedring.
- 3) Have informeret patienten om hans eller hendes situation og prognose.
- 4) Sammen med patienten nå frem til den konklusion, at der ikke er andre rimelige alternativer i patientens situation.
- 5) Have konsulteret mindst én anden uafhængig læge, som skal have mødt patienten og skriftligt bekræftet, at betingelserne 1-4 er opfyldt.
- 6) Have afsluttet patientens liv eller bistået i hans eller hendes selvmord på en måde, der er i overensstemmelse med god medicinsk praksis.

Der er ingen krav om, at en anmodning skal være skriftlig. Man kan anmode om dødshjælp fra en alder af tolv år, forudsat at man anses for tilstrækkeligt moden til at kunne varetage sine interesser. Indtil 16-års alderen kræves forældrenes samtykke. Hvis man er fyldt 16, men er under 18 år, skal forældrene deltage i beslutningsprocessen, men de kan ikke sige nej.

I 2005 udgav medicinske og juridiske eksperter den såkaldte 'Groningen-protokol', som vejleder i, hvornår og under hvilke omstændigheder eutanasi kan gives til børn under 1 år. Kriterier er her bl.a. at der skal være vished om diagnose og prognose, en tilstand af håbløs og ubærlig lidelse, samtykke fra begge forældre og en bekræftelse fra en uafhængig læge.

Fra 2024 er det besluttet at udvide Groningen-protokollens dækningsområde til også at gælde mindreårige fra 1-12 år.

Ifølge Groningen-protokollen er det fortsat ulovligt i Nederlandene, også for læger, aktivt at gøre en ende på livet for personer under 12 år, medmindre tvingende omstændigheder taler for det, og derfor tillader anklagemyndigheden at undlade at rejse tiltale. Dødshjælp for mindreårige i alderen 0-12 befinder sig på denne måde i en situation meget lig den som frivillig dødshjælp for voksne befandt sig i, forud for lovgivningen i 2002.²⁰

Hvert tilfælde af dødshjælp skal rapporteres til den lokale retsmedicin, som derefter rapporterer til en regional revisionskomité. Hvis retsmedicineren eller komitéen vurderer, at lovens krav ikke er opfyldt, skal anklagemyndigheden informeres. Overtrædelser af reglerne kan medføre op til tolv års fængsel. Komitéerne skal også hvert år udarbejde en fælles rapport til sundhedsministeriet om anvendelsen af dødshjælp. Ifølge retningslinjer fra de regionale revisionskomitéer skal spørgsmålet om, hvad der udgør et rimeligt alternativ, evalueres ikke kun ud fra lægens synspunkt, men også ud fra patientens perspektiv. Det er tilladt at give eutanasi (assisteret selvmord er ikke relevant i disse tilfælde) til demente og andre patienter, der ikke længere kan udtrykke deres vilje, hvis der findes en skriftlig forudgående instruktion, og andre regler i øvrigt overholdes.

Ud over loven er der et par vigtige retssager, der har haft betydning for fortolkningen af kriterierne for forsvarlig pleje. I den såkaldte Chabot-sag fra 1994 fastslog højesteret, at psykiske lidelser kan være så alvorlige, at de opfylder lovens krav, men at læger skal være særligt omhyggelige, når det drejer sig om patienter, hvis lidelse primært er psykisk. Især skal det sikres, at patientens dømmekraft ikke er påvirket af sygdommen. Ifølge anbefalingerne fra revisionskomitéerne bør to uafhængige læger konsulteres i disse tilfælde, herunder en psykiater. Et centralt spørgsmål er at afgøre, om der mangler håb om forbedring. Hvis patienten nægter at modtage rimelige behandlingstilbud, kan tilstanden ikke betragtes som håbløs. I en anden sag, Brongersma-sagen fra 2002, præciserede højesteret, at lidelsen skal have sin oprindelse i en medicinsk tilstand - håndtering af livstræthed eller lidelse af mere eksistentiel art falder ikke ind under adgangen til dødshjælp. Der er midlertid ingen krav om, at tilstanden skal være alvorlig eller livstruende. Ifølge revisionskomitéerne kan aldersrelateret multisygdom også forårsage uudholdelig lidelse uden håb om forbedring.

Omfang

De årlige rapporter fra de nederlandske sundhedsmyndigheder viser, at stadig flere personer i Nederlandene afslutter deres liv gennem dødshjælp. I 2022 blev der rapporteret 8.720 tilfælde af dødshjælp, hvilket svarer til 5,1 procent af alle dødsfald.²¹ Hvis tendensen fra de nationale dødsattestundersøgelser har holdt sig, kan

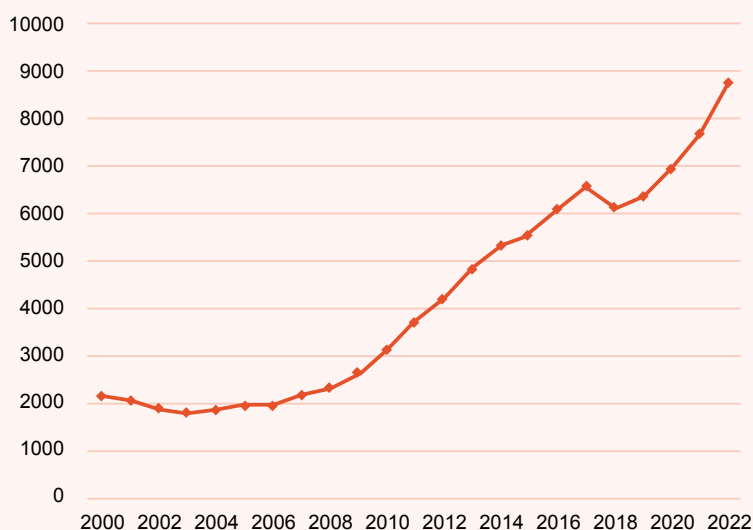


Eutanasi udgør størstedelen af dødsfaldene ved hjælp af dødshjælp i Nederlandene. Ifølge den seneste årsrapport fra 2022 udgør andelen af personer, der dør ved eutanasi 97,4%, mens antallet der dør ved assisteret selvmord ligger på 2,1%.

det faktiske tal have været endnu højere. Ifølge disse undersøgelser ligger rapporteringsgraden på cirka 80 procent, hvilket betyder, at hver femte sag vedrørende eutanasi eller assisteret død ikke rapporteres. I den seneste undersøgelse fra 2015 blev det vurderet, at 4,6 procent af alle dødsfald opfyldte kravene til eutanasi eller assisteret død, dvs. at de skete som følge af en handling udført på patientens anmodning med henblik på at fremskynde døden. Det indrapporterede antal tilfælde samme år udgjorde imidlertid kun 3,8 procent af alle dødsfald. I en tidligere dødsattestundersøgelse fremgik det, at læger i alle tilfælde, hvor de ikke selv havde rapporteret dødsfaldet, ikke klassificerede handlingerne som dødshjælp, men normalt som palliativ sedering. De anvendte også andre lægemidler end dem, der bruges ved 'almindelig' dødshjælp. Dette tyder, ifølge forskerne bag dødsattestundersøgelsen, på, at det ikke handler om bevidst underrapportering, men om usikkerhed omkring lægemidlers virkninger og formålet med forskellige indgreb.²² Stigningen i antallet af eutanasi-tilfælde skyldes både, at flere efterspørger dødshjælp, og at en større del af anmodningerne imødekommes.

Mellem 2010 og 2015 steg andelen af anmodninger om dødshjælp fra 6,7 til 8,4 procent af alle dødsfald, mens andelen der blev imødekommet steg fra 45 til 55 procent. Eutanasi udgør størstedelen af dødsfaldene ved hjælp af dødshjælp i Nederlandene. Ifølge den seneste årsrapport fra 2022 udgør andelen af personer, der dør ved eutanasi 97,4%, mens antallet, der dør ved assisteret selvmord, ligger på 2,1%. Resttallet udgør en kombination.

Reported cases 2000-2022



Udvikling i antal tilfælde af dødshjælp i Nederlandene 2002-2022

Fordeling

Også i Nederlandene hører kræft, neurodegenerative sygdomme og hjerte-kar-sygdomme til de mest almindelige diagnoser blandt patienter, der dør ved hjælp af dødshjælp. Der er dog ikke noget krav om terminal sygdom for at komme i betragtning til dødshjælp, og det sker, at dødshjælp gives på grundlag af for eksempel multisygdom eller psykisk sygdom. Når det drejer sig om psykisk sygdom, har de regionale revisionskomitéer i Nederlandene på det seneste set en stigende villighed blandt nederlandske læger til at give dødshjælp i sådanne tilfælde. Frekvensen er steget fra 0,4 til 1,0 procent af alle tilfælde mellem 2011 og 2016. Andelen af patienter med multisygdom er faldet mellem 2013 og 2016 fra 5,7 til 4,0 procent. I en undersøgelse, hvor man specifikt undersøgte 66 tilfælde af eutanasi blandt psykisk syge i Nederlandene, var de mest almindelige diagnoser depression (55 procent) samt posttraumatisk stress og andre angstlidelser (42 procent). 26 procent, herunder nogle af de deprimerede patienter, havde psykotisk sygdom eller psykotiske symptomer. Der forekom også tilfælde af personer med kognitiv funktionsnedsættelse (6 procent) og spiseforstyrrelser (6 procent), der fik dødshjælp. Langt de fleste patienter havde flere forskellige psykiatriske sygdomme samtidig, og halvdelen havde også personlighedsforstyrrelse eller problemer relateret til personlighed. Halvdelen af patienterne havde en historie med selvmordsforsøg.

Diagnosegruppe	2022	2012
Kræft	5.046 (58)	3.251 (78)
Neurologiske sygdomme (fx ALS)	615 (7)	257 (6,1)
Hjerte-kar-sygdomme	359 (4,1)	156 (3,7)
Luftvejssygdomme (fx KOL)	277 (3,1)	152 (3,6)
Geriatriske multisyge	379 (4,3)	-
Kombination af sygdomme	1429 (16,3)	172 (4,1)
Psykisk sygdom	115 (1,3)	14 (0,3)
Demens	288* (3,3)	42 (1)
Andre sygdomme	212 (2,4)	144 (3,4)

Fordeling i absolutte tal og (%) mellem forskellige diagnosegrupper blandt de patienter i Nederlandene, som er afgået ved døden gennem dødshjælp.²³

**Beslutningsdygtige patienter: 282. Patienter ikke beslutningsdygtige: 6.*

Begrundelser

I de nederlandske dødsattestundersøgelser spørger man lægerne om, hvilke hovedgrunde de har haft til at give dødshjælp. I en undersøgelse af disse data fra 2015 var de mest almindelige svar 'ingen udsigt til forbedring' (82 procent), 'patientens ønske' (80 procent), 'alvorlige symptomer ud over smerte' (60 procent), 'tab af værdighed' (59 procent), 'forventet lidelse' (44 procent) samt 'smerte' (40 procent). I en undersøgelse, hvor man spurgte pårørende til patienter i Nederlandene, der var døde ved eutanasi eller assisteret død, om patientens grunde til at anmode om dødshjælp, var de mest almindelige svar uudholdelig lidelse, tab af værdighed, ingen udsigt til forbedring, meningsløs lidelse, afhængighed af andre for at klare dagligdagen, generel træthed samt smerte.

	Oregon	Nederlandene
Form for dødshjælp	Assisteret selvmord	Assisteret selvmord og eutanasi
Er der et krav om en medicinsk diagnose?	Ja	Ja
Er der et krav om alder?	Ja, minimum 18 år	Nej, men særlige regler for alderen 0-12 (Groningen-protokollen) og særlige regler for alderen 12-18 (modne mindreårige)
Er der et krav om en terminal prognose?	Ja, maksimum restlevetid på 6 måneder	Nej
Er der særlige krav til lidelsens karakter eller omfang?	Nej	Ja, et krav om 'ubærlig lidelse'
Alvorlige kroniske lidelser?	Nej	Ja
Alvorlige kroniske psykiske lidelser?	Nej	Ja
Kan der afgives forhåndsdirektiver for fysiske lidelser?	Nej	Ja
Kan der afgives forhåndsdirektiver for psykiske lidelser?	Nej	Ja

Oversigt. De mest væsentlige træk ved dødshjælp i Oregon og Nederlandene.

6. Grundlæggende etiske argumenter

6.1 Grundlæggende etiske argumenter for dødshjælp

6.1.1 Mindskelse af lidelse som argument for dødshjælp

Hovedargumentet for dødshjælp er enkelt: at livet for nogle kan gøre uudholdeligt ondt, og at døden for dem kan være en lettelse sammenlignet med sådan et liv. Dette argument rummer en appel om barmhjertighed og om indlevelse i, hvordan det opleves at være i forfærdelige omstændigheder og et ønske om at gøre, hvad der er muligt for at hjælpe dem.

Argumentet om at mindske lidelse udgør et forholdsvist simpelt og for mange intuitivt argument. Lidelse er et onde i sig selv, og derfor noget der bør forhindres eller lindres når man kan. Som vi har set i afsnit 4.2 udgør lindring netop et formål for palliativ medicin. De fleste former for lidelse ved livets afslutning kan lindres gennem god smertekontrol. Men, lyder argumentet for dødshjælp, det er ikke al lidelse, som er fysisk, og det er ikke al fysisk lidelse, som lader sig lindre fuldt ud. Det er i nogle af disse sidste tilfælde, at palliativ sedering kan komme på tale. En del af begrundelsen for brugen af palliativ sedering består i dens evne til at befri patienten for unødvendige lidelser i dødsprocessen. En sådan begrundelse bør, lyder argumentet, have samme vægt, når det gælder anvendelsen af dødshjælp.

I det meste af livet er døden, og særligt en for tidlig død, en ulykke der rammer os. Vi kan frygte vores egen død, vi gør os store bestræbelser for at undgå den. Det gælder personligt, men også i samfundet gennem regler, sikkerhedsforskrifter, behandlinger og forebyggelse. Argumentet om formindskelse af lidelse gennem dødshjælp vil hævde, at i sjældne tilfælde fungerer det anderledes.

Udgangspunktet for dette er, at det ikke som sådan er dårligt at være død. Døden er et onde, værd at undgå, fordi det frarøver os muligheden for en fremtid, som vi som oftest ville have nydt godt af. Det er ikke fordi, det er skidt at være død. Det har de færreste nogen indsigt i. Men det er en tilstand, som umuliggør de goder, som livet ville have indeholdt, hvis livet var fortsat. Døden bør altså ikke forstås som et onde i sig selv, men alene ud fra hvad den berøver os.

En konsekvens af dette synspunkt er, at det ikke er urealistisk at bedømme livet som et regnestykke. Jo færre goder, der ligger foran os i livet, jo mindre et onde vil det være at dø – set fra den døendes synspunkt. Fortalere for dødshjælp peger i den forbindelse på, at det netop er en sådan 'kalkule', der ligger til grund for den medicinske praksis, der tillader patienter at afvise livsopretholdende behandling.

Argumentet for mindskelse af lidelse som en grund til dødshjælp indeholder således en vurdering af livets kvalitet, som vi alle løbende foretager os. For de fleste vil dette 'løbende regnskab' vise, at døden lige nu og her, vil være en dårlig ting. Regnskabet er på en måde simpelt, og afhænger af en sammenligning mellem to mulige resultater. Et, hvor du dør nu, og et, hvor du lever videre. Livet er ofte en blanding af gode og dårlige oplevelser, men så længe goderne opvejer onderne, så er der balance i tilværelsen, eller 'livet er værd at leve'.

Det samme gælder for de personer, som overvejer dødshjælp. Vurderingen af dødens fremskyndelse afhænger af værdien af det liv, der fremadrettet skal leves. Hvor negativ en fremskyndet død vil være for dig afhænger af, hvor stor en værdi der ville kunne opnås i det videre liv. Og hvis fraværet af døden kan være et gode, når det sikrer fortsættelsen af et godt liv, så kan døden også være et gode, hvis den redder dig fra at skulle fortsætte et dårligt liv, fyldt med ubærlig lidelse.

Om døden er et gode eller et onde afhænger således af dine livsomstændigheder. Eftersom vi alle skal dø før eller siden, er det praktiske spørgsmål ikke, om vi skal dø, men hvorledes. Og at have muligheden for at fremskynde døden har den fordel, at det også er en mulighed for at tage kontrol med dens omstændigheder (tid, sted, hvem er til stede), frem for at overlade det til sygdommens forløb.²⁴

Så, et argument for at lade nogen få hjælp til at dø er, at livet for nogen kan være en meget stor belastning. Her kan fysiske smerter spille en stor rolle, og de vil ofte kunne kontrolleres med lægemidler. Noget andet er de patienter, for hvem de psykiske og eksistentielle smerter ved deres livssituation, opleves som lige så livsødelæggende, som fysiske smerter kan være.

Smerter er tydeligvis et hovedemne for døende patienter, og palliativ medicin har et stort fokus på smertekontrol. Men ved siden af det forhold, at det ikke er al smerte, som kan kontrolleres fuldt ud, er det også afgørende, at det ikke er al lidelse, som skyldes smerter. Smerter forstås ifølge en bestemt tankegang bedst som en klar og tydelig følelse, som vi ikke bryder os om. Smerter forårsager lidelse, men det gør en række andre fysiske fænomener også, såsom kvalme, kløe, svimmelhed, åndenød osv. Ingen af disse er helt det samme som smerter, men kan alle udgøre

en del af lidelsen. Yderligere, så har smerter et organisk grundlag, mens de fleste former for lidelse også er psykologiske: Angst, depression, fortvivelse, håbløshed, ensomhed, ydmygelse osv. Derfor er lidelse måske bedst forstået bredt som et paraplybegreb for enhver erfaring eller tilstand i livet, som byder os stærkt imod.



Vurderingen af dødens fremskyndelse afhænger af værdien af det liv der fremadrettet skal leves. Hvor negativ en fremskyndet død vil være for dig afhænger af, hvor stor en værdi der ville kunne opnås i det videre liv. Og hvis fraværet af døden kan være et gode, når det sikrer fortsættelsen af et godt liv, så kan døden også være et gode, hvis den redder dig fra at skulle fortsætte et dårligt liv, fyldt med ubærlig lidelse

'Det vil vi gerne vide': Kan dødshjælp være en sidste udvej – enten ved utilstrækkelig symptomkontrol, eller når livet forekommer udsigtsløs?

Den litteratur, som SMER har gennemgået, giver ikke svar på spørgsmålet om, hvorvidt der findes situationer, hvor selv den bedste palliative pleje ikke er i stand til, i de fleste tilfælde, at give en god symptomkontrol. Forskning og statistik fra lande og stater, der har legaliseret dødshjælp, taler til gengæld for, at motivationen for at anmode om dødshjælp ofte er multifaktoriel, og at smerte og andre fysiske symptomer ofte ikke er den eneste eller endda den vigtigste årsag. Nogle studier peger endda på, at patienter, der dør ved dødshjælp i Oregon, har færre sygdomsrelaterede symptomer end andre patienter, der dør af samme sygdomme. Samlet set taler den gennemgåede litteratur for, at svære smertesymptomer er en mindre vigtig årsag til at anmode om dødshjælp for en stor del af patienterne.²⁵

En måde, at gå til lidelse på, er at opfatte den som en subjektivt oplevet reaktion på kritiske forandringer af livet - for eksempel i forbindelse med sygdom.²⁶ Kilder til lidelse kan være de fysiske symptomer, men for eksempel kan behandlingen af sygdommen, isolationen i forhold til det normale sociale liv og frygten i forhold til sygdommens udvikling også være kilder til lidelse. Fysisk forårsaget smerte er dermed én blandt mange mulige kilder til lidelse, hvilket for de fleste vil være genkendeligt, fordi man kan forestille sig at være i en lidelsesfuld tilstand uden at opleve fysisk forårsaget smerte. Men lidelsens forskellighed fra smerte ses også derved, at oplevelsen af alvorlig fysisk smerte hos nogle mennesker ikke samtidig opleves som egentlig lidelse, mens oplevelsen af mindre alvorlig fysisk smerte hos andre i høj grad kan give anledning til lidelse. Lidelse er derfor noget, der væsentligst kun kan konstateres ved at spørge patienten. Der er altså en subjektivitet i lidelsen, som kan udgøre en udfordring for lægegerningen. Sammen med helbredelse af sygdom er lindring af lidelse en central målsætning for medicinsk praksis,

men samtidig er lidelsen et fænomen, der ikke uden videre kan gøres til genstand for biomedicinsk videnskabelighed. Lidelsen er, i modsætning til de fysiske symptomer, ikke i sig selv tilgængelig for et tredjepersons perspektiv.

At lidelsen har denne subjektive karakter er, ifølge det her fremførte synspunkt, med til at gøre, at man bør lægge stor vægt på selvbestemmelse, når spørgsmålet om livets værdi bliver så vanskelig, at personer overvejer at bede om hjælp til at dø.

6.1.2 Selvbestemmelse som argument for dødshjælp

Hvis man medgiver, at det nogle gange kan være at foretrække at dø frem for at leve, hvordan skal det så afgøres, hvornår det er tilfældet? Hvordan skal man opveje lidelser mod glæder? Dette arguments løsning er relativt simpel: personen, som er i en tilstand af lidelse, skal selv afgøre sagen. Dette begrundes med en henvisning til respekten for autonomi, et andet ord for selvbestemmelse.

Argumentet rummer en appel om respekt. At respektere andres selvbestemmelse er at være åben for diversitet og forskellige livsværdier, i en forståelse af at selvvalgte vaner, livsstile og prioriteringer kan være lige så meningsfulde for andre, som vores egne vil være for os selv, selv om de kan forekomme mærkværdige eller ligefrem uforståelige. Mennesker har simpelthen forskellige værdier og knytter forskellig vigtighed til bestemte levevilkår (fx uafhængighed). Tanken er, at for de personer, som ønsker dødshjælp, når de gives muligheden, bliver valget en bekræftelse af deres værdier og prioriteringer. Nægtes denne mulighed, kan det opleves som disrespekt og fremkalde vrede og fortvivlelse.

Dette flugter med en gængs definition af autonomi, som netop fremhæver elementet af anerkendelse: "At respektere en autonom aktør er at anerkende, med påkrævet værdsættelse, personens evner og perspektiver, inklusive hans eller hendes ret til at have bestemte synspunkter, til at træffe bestemte valg og handle på bestemte måder på baggrund af personlige værdier og overbevisninger".²⁷

En årsag til, at afvist eller imødekommet selvbestemmelse opleves som disrespekt eller respekt, er, at selvbestemmelse, handler om at styre, kontrollere eller udfolde ens liv i overensstemmelse med egne værdier og prioriteringer. Det er derfor af betydning, om man selv træffer de afgørende beslutninger i ens eget liv. Dette er fx tanken bag informeret samtykke i forbindelse med behandlinger i sundhedsvæsenet og retten til at afvise selv livsopretholdende behandling. Argumentet om selvbestemmelse i forbindelse med dødshjælp lyder, at den samme mulighed for selv at bestemme også bør sikres, når det drejer sig om liv og helbred i den yderste stund, hvor der ikke er nogen livsopretholdende behandling at afvise.



**Fortalere for døds-
hjælp vil ofte pege
på den aktuelle
situation som en der
tilbyder en række
patienter og perso-
ner en uværdig død,
netop fordi de ikke
har muligheden for
at bestemme over
deres egen død,
men er overladt til
et sygdomsforløbs
udvikling eller en
kronisk tilstands
mangel på samme.
De første frygter
en forfærdelig død.
De andre frygter et
forfærdeligt liv.**

Diskussionen om døds-
hjælp føres ofte som en diskussion om en værdig død. For-
talere for døds-
hjælp vil ofte pege på den aktuelle situation som en, der tilbyder en
række patienter og personer en uværdig død, netop fordi de ikke har muligheden
for at bestemme over deres egen død, men er overladt til et sygdomsforløbs ud-
vikling eller en kronisk tilstands mangel på samme. De første frygter en forfærdelig
død. De andre frygter et forfærdeligt liv.

Ifølge fortalere er selvbestemmelse afgørende for diskussionen af døds-
hjælp, for det er os selv, og ikke andre, som skal leve med konsekvenserne af et valg, eller af
den manglende mulighed for at træffe et valg. Andre bør muligvis være forsigtige
med at konkludere om, hvad der er bedst for personer, som ønsker døds-
hjælp. For hvem er bedst informeret om, hvordan livet føles, og om de saglige forhold
forbundet med fremtiden såsom behandlinger, prognoser, mobilitet, lidelsernes
karakter osv.?

**'Det vil vi gerne vide': Kan døds-
hjælp give patienter tryghed,
kontrol og værdighed ved livets afslutning?**

SMER's undersøgelser viser, at lav livskvalitet, tab af værdighed og
uafhængighed samt tab af kontrol over kropslige funktioner er vigtige
motiver for patienter i Oregon til at anmode om aktiv døds-
hjælp. Det, der kendetegner patienter, der anmoder om døds-
hjælp, i det
mindste i Oregon, hvor dette er blevet undersøgt, synes at være, at
disse aspekter er vigtigere for dem for en værdig død end for andre
patienter. Forskningsstudier viser, at det for mange af de patienter i
Oregon, der anmoder om døds-
hjælp, ikke er tab af kontrol, eller tab
af værdighed eller smerte, som de oplever i den aktuelle situation, der
motiverer dem. For mange handler det i stedet mere om ønsket om
at forudse fremtidige problemer. Dette taler for, at tryghedsaspektet
kan være en vigtig motivation for mange af de personer, der anmoder
om døds-
hjælp i Oregon. Det er også i overensstemmelse med det
forhold, at op mod en tredjedel af patienterne ikke bruger medicinen,
hvilket kan indikere, at de ændrer holdning og ikke længere ønsker
at fremskynde døden. Der er dog behov for yderligere forskning for
at forstå årsagerne til, at en så stor del af patienterne ikke bruger
medicinen.²⁸

SMER påpeger også²⁹, at det i et interviewstudie med 35 læger i Oregon, der havde haft patienter, der anmodede om dødshjælp, fremgik, at lægerne opfattede disse patienter som meget selvstændige individer, der gennem hele deres liv havde været vant til kontrol og uafhængighed. Lægerne oplevede, at for mange patienter var selvbestemmelse nærmest en livsfilosofi. Det, der bekymrede patienterne mest, og som var den vigtigste årsag til at anmode om dødshjælp, var udsigten til at miste kontrol og blive afhængige af sundhedsvæsenet. Tanken om at blive en byrde for deres nærmeste var også modbydelig for mange.³⁰ Ifølge SMER tegner der sig et generelt billede af, at hjælp til dødshjælp, i det mindste i Oregon, i mange tilfælde er en strategi for selvstændige og uafhængige patienter til at møde fremtidige trusler i forbindelse med døden, hvor afhængighed og tab af kontrol opfattes som værre trusler end fysiske symptomer. For patienterne handler det om at dø på samme måde, som de har levet, som 'herre i eget hus', for på den måde at bevare værdigheden.

Selvbestemmelse bliver ind imellem beskrevet som et 'trumfkort', som et princip der skal respekteres uanset hvad. Spørgsmålet er dog, om fortalere for dødshjælp selv anser selvbestemmelse for at have status af trumfkort. Meget tyder på, at det for en række fortalere mere har karakter af et udgangspunkt.

For det er selvfølgelig ikke sikkert, at vi selv ved bedst. Almindelig erfaring, men også videnskabelige studier, viser, at det ikke forholder sig således. Særligt i meget konsekvensrige valg kan vi have god gavn af hjælp til at træffe et valg, fx når det gælder medicinske beslutninger. Så, selvfølgelig er der tilfælde, hvor man ikke kender sit eget bedste. Er en yngre person i en sorgproces med et ønske om ikke at leve længere, er der gode grunde til at mene, at det er udtryk for en momentan betragtning af situationen, og at han eller hun skal hjælpes til at se de muligheder, som livet kan bringe. Men gælder det også situationer, hvor personer lider voldsomt, er uden udsigt til bedring, er beslutningskompetente og har truffet et informeret valg? Her peger fortalere for dødshjælp på, at andre bør være forsigtige i bedømmelsen af, hvad andre kan bedømme selv. Vi ved ofte en del om, hvordan det er at være os selv, og meget mindre om, hvordan det er at være andre. Selv om vi selv forestiller os, at vi ville have glæde af et liv på bestemte betingelser, er det ikke sikkert, at det gælder for andre.

Det væsentlige selvbestemmelses-argument for dødshjælp lyder da, at dødshjælp kan være i patienters egen interesse, da det vil forhindre yderligere meningsløs lidelse. Ved at anmode om dødshjælp kan patienter i livets afslutning forsøge at styre timingen af og måden hvorpå, man dør. De kan vælge at dø tidligere, frem for at vente på, at sygdommen dikterer tid og sted for dødens indtræden. På denne måde er en anmodning om dødshjælp en måde at udøve selvbestemmelse på.

Selvbestemmelse er af stor vigtighed for muligheden for at gøre, hvad man selv anser for at være i ens egen interesse, eller i det hele taget bare at gøre det gode. Selvbestemmelse kan selvfølgelig være værdifuldt i egen ret (som en måde at forme sit eget liv, sådan som man ønsker), men kan også være det rette middel til at forfølge, hvad der er i vores egen, bedste interesse. En beslutningskompetent og velinformeret person, sådan lyder argumentet i forbindelse med et liv i stor lidelse, vil ofte være bedre i stand til at handle og træffe beslutninger, som er i egen bedste interesse, end nogen tredje-part. Særligt hvis egen bedste interesse forstås som noget meget personligt, således at det er personens egne målsætninger, værdier og præferencer, som er i centrum.

6.2 Grundlæggende etiske argumenter mod dødshjælp

6.2.1 Retten til liv og livets ukrænkelighed

Dødshjælp er et drab. Det kan lyde som et farvet ordvalg, men det er også, teknisk set, hvad der finder sted, når der er tale om eutanasi. Spørgsmålet er, om drab altid, under enhver omstændighed, er forkert?

I 2003 påpegede Det Etiske Råd, at der på et intuitivt plan var tale om en respektable indvending, al den stund, at den intuitive modvilje mod og ubehaget ved tanken om at tage livet af et menneske burde være retningsgivende for vurderingen af eutanasi og dermed begrunde, at lovliggørelse heraf ikke bør finde sted.³¹

Retten til liv, som en begrebsliggørelse af denne intuitive modvilje, udgør en af de mest principielle indvendinger mod dødshjælp, hvor dødshjælp strider mod den ene persons ret til at leve og den anden persons pligt til ikke at slå ihjel. Argumentet er principielt, for det annullerer enhver videre praktisk-politisk debat om, hvordan en klog implementering kunne se ud, eller om risici ved at implementere en lovgivning er så store, at det bør udelukke eller begrænse muligheden for dødshjælp.

Men hvad er da retten til liv? Det kan være svært at sige, men som minimum må det indebære retten til ikke at blive slået ihjel af en anden. I det omfang dødshjælp netop består i, at en læge eller en anden person slår en patient ihjel, kan det siges at forbyrde sig mod retten til liv. Vil det så også indebære en afvisning af, at der overhovedet skulle eksistere etisk relevante forskelle på drab og dødshjælp? Hvis en person dræbes, sker det mod dennes vilje, men hvis der udføres dødshjælp på personen, sker det jo med personens vilje. Hvis argumentet om retten til liv afviser enhver etisk relevant forskel på drab og dødshjælp, så skyldes det en præmis om, at retten til liv i en vis forstand er umistelig eller ukrænkelig.

Spørgsmålet er, om man på meningsfuld vis kan fraskrive sig retten til liv - og dermed de pligter, der påhviler andre, om ikke at dræbe? Det giver måske mindre mening at diskutere, om man bør eller kan gøre det helt og aldeles, så meget som det handler om, hvorvidt der findes specifikke situationer af undtagelseskarakter. Er fx et samtykke til ophør af livsopretholdende behandling ikke et eksempel på, at man på basis af et informeret samtykke, kan opgive en sådan ret, på dette tidspunkt, med dette formål, i denne situation?

Den principielle indvending mod nogensinde at slå et andet menneske ihjel formuleres nogle gange som et princip om livets ukrænkelighed. Argumentet lyder, at princippet om menneskelivets ukrænkelighed udgør en grundlæggende etisk norm, og at en lovliggørelse af dødshjælp vil stride imod denne norm og bidrage til at underminere respekten for liv. Termen 'ukrænkelighed' repræsenterer en fastholdelse af, at noget uvurderligt går tabt, hver gang et menneske dør, også uanset hvordan dette menneske selv, eller andre, værdsætter den konkrete livssituation.

Argumentet lyder her, at dødshjælp vil være en krænkelse af en respekt, vi skylder alle, inklusiv os selv. Argumentet lyder, at en beslutning om egen død i en vis forstand er af en helt anden orden end andre af livets beslutninger, og et menneskes egen død kan derfor ikke med mening siges at være genstand for et frit og autonomt valg. At træffe et valg om at dø beskrives som en fornægtelse af et af menneskets grundvilkår og dermed af en væsentlig del af den enkeltes almene identitet som menneske. Et valg, der vil forbedre livet, ved helt at afskaffe det, er irrationelt ifølge denne opfattelse, fordi valget kan fremstå som absurd, når det holdes op imod dette menneskelige grundvilkår. En aftale mellem to mennesker om, at den ene tager livet af den anden, vil i denne optik være en fornægtelse af, at livet også er sit eget formål og ikke endegyldigt kan bedømmes til at være mindre værd end at dø. Livets værdi er i denne forstand ikke til forhandling, eller evaluering, om man vil.

6.2.2 Reduceret autonomi og beslutningskompetence samt omgivelsernes pres

Et væsentligt argument for dødshjælp er, at det vil øge personers mulighed for selv at bestemme over denne specifikke del af deres liv: hvordan det ender. En ofte fremført indvendig mod argumentet om selvbestemmelse er dog, at dets fokus på autonomi risikerer at se bort fra menneskelig sårbarhed i en abstrakt forståelse af alle menneskers ligeværdige beslutningskompetence. Mennesker er (i et ekko af begrundelsen for at respektere personers autonomi) forskellige, og i en krisesituation kan selvbestemmelse for udsatte og sårbare personer også være lig med at være alene om sin beslutning, at være opgivet af andre og overladt til at gøre sin egen udregning af livets værd – og en sådan situation er helt og aldeles anderledes, end den kan være for de personer for hvem, der kan være en sidste 'triumf' eller en sidste udfoldelse af liv, i kontrollen over egen død.³²

Endvidere fremhæves det, at ønsket om kontrol med sin egen død i al væsentlighed er formuleret af raske, velfungerende personer, som ikke er i stand til at forestille sig, hvorledes de skulle kunne acceptere forringelser af deres grundlæggende funktionsniveau.

Hovedindvendingen lyder derfor, at det er et uoverstigeligt problem for en række personer, der kan regnes for kandidater til dødshjælp, at de er udfordrede på kvaliteten af den autonomi, de formodes at besidde. Uudholdelig lidelse er noget som i og for sig, er med til at undergrave evnen til at træffe rationelle beslutninger. En række personer bør derfor betragtes som 'praktisk taget ufrie'. Ufrie, ikke fordi de formelt set må regnes for ikke at være beslutningskompetente, men fordi de, som lider uudholdeligt, og derfor ønsker at afslutte livet, er så prægede af sygdommen og er under et så stort psykisk pres, at det kan være vanskeligt at tale om, at forskellige handlemuligheder gøres op, at ens egen situation overskues og forstås, og at det valg man så træffer, kan siges at være informeret.³³

Tankegangen kan opsummeres på denne måde: autonomien hos personer der ønsker dødshjælp udhules af selve den situation, hvor selvbestemmelsen tænkes udfoldet.

Også Det Ethiske Råd har tidligere fremført dette argument: at selve muligheden ændrer valgsituationen betragteligt. Det tidligere råd fremhævede, at samtykke vedrørende enhver behandling sker på baggrund af information om behandlingsmuligheder. Meningen er, at informationen skal åbne for valgsituationer for patienter. Derfor vil dødshjælp presse sig på for alle, for hvem muligheden kunne være



Tankegangen kan opsummeres på denne måde: autonomien hos personer der ønsker dødshjælp udhules af selve den situation, hvor selvbestemmelsen tænkes udfoldet.

relevant, og den lidende eller døende patient vil derfor ikke kunne undslå sig at tage stilling til dødshjælp, hvis den lovliggøres. Hele den gruppe af patienter, som tænkes inkluderet i et tilbud om dødshjælp, belastes med at kunne vælge mellem livet og døden, selv om et sådant valg måske ellers aldrig var faldet dem ind, eller selv om de ikke ønskede at råde over en sådan valgmulighed.³⁴

Hvis dødshjælp lovliggøres, vil selve muligheden være præsent i alles bevidsthed: patienters, lægers, pårørendes, omsorgsudøveres. Og hvor selvbestemmende kan sårbare personer i grunden handle, hvis omverdenen vurderer deres syge, afhængige og lidende liv som kandidat til dødshjælp? Modstandere af dødshjælp fremhæver her, at beslutningen om at ville ens egen død ikke træffes i dagligdags sammenhænge og ikke træffes i situationer, hvor personen er i en tilstand af selvkontrol. Valget af ens egen død er på den måde væsentligt anderledes, end de fleste andre valg, som sædvanligvis forbindes med selvbestemmelse.

'Det vil vi gerne vide': er der personer, som begrundet et ønske om dødshjælp med at være en byrde for omgivelserne?

Modstandere af dødshjælp fremhæver, i forbindelse med spørgsmålet om frivillighed, nogle gange muligheden for, at beslutningen om at anmode om dødshjælp stammer fra ønsket om ikke at være en byrde for omgivelserne. SMER påpeger, at der er meget, der taler for, at dette er en motivation for mange patienter, både i Oregon og i Nederlandene. Et centralt spørgsmål i denne sammenhæng er naturligvis, i hvilket omfang en sådan motivation gør beslutningen mindre frivillig. Det er værd at fremhæve det billede af patienterne, der fremkommer i forskningen fra Oregon. For mange af dem synes uafhængighed, selvstændighed og kontrol at være en dybt forankret del af deres identitet og følelse af værdighed. Det forekommer sandsynligt, at modviljen mod at være en byrde for omgivelserne i mange tilfælde handler om en vilje til at beskytte dette selvbillede snarere end at være udtryk for påvirkning fra pårørende, som ofte synes at opleve patientens pleje som mindre belastende, end patienten selv forestiller sig.³⁵

Lægen Ole Hartling har i den forbindelse argumenteret for, at de to grundværdier som fortalere for dødshjælp appellerer til – selvbestemmelse og at forhindre ubærlig lidelse – er mere sammenfiltrede end mange lægger mærke til. De præsenteres som argumenter, der understøtter hinanden, men måske de også er i en uløselig spænding, som er med til at give anledning til en række af de praktisk-politiske problemer med at afgøre, hvem der bør have adgang til dødshjælp, og i hvilket omfang personer i stor lidelse er kompetente til at træffe beslutning om deres situation.

Udfordringen er, at retten til selv at bestemme og formålet med dødshjælp om at gøre, hvad der er godt for patienten, også kan opleves som værende i modstrid med hinanden. Dette skyldes, at bedømmelsen af hvad der vil være godt for/er i patientens interesse, vil være et udtryk for paternalisme, hvis ikke den bedømmelse foretages af personen selv. I det omfang der skal foretages en vurdering af, om en given person lever op til fastsatte kriterier for at få adgang til et tilbud om dødshjælp, vil der være tale om en vurdering, og som forholdene er nu, er det en vurdering, det som oftest forventes, at en læge foretager. I alle de lande og delstater, hvor dødshjælp under en eller anden form finder sted, er det en lægelig vurdering, der afgør, om en person kan få hjælp til at dø.

Dette har en konsekvens, som en række modstandere fremhæver som uacceptabel. For at få hjælp til at dø, skal en person demonstrere overfor en vurderende person, at man har en tilstrækkelig lav livskvalitet, som berettiger til dødshjælp.

Sagt på en anden måde. Når en anden persons faglige vurdering spiller en så stor rolle for adgangen til dødshjælp, så er det måske så som så med den selvbestemmelse, der også udgør et argument. Når alt kommer til alt, sådan lyder ræsonnementet, er det vurderingen af livskvalitet, der er adgangsgivende, og ikke retten til at bestemme selv. Den er mere at forstå som et 'kontrollænomen', der skal sikre frivilligheden i hjælpen. Nogle formulerer indvendingen endnu klarere, og peger på, at retfærdiggørelsen for dødshjælp bæres af, at "visse liv ikke er værd at bevare", når "patientens livsværdi skal være så ringe, at eutanasi vil være mere barmhjertigt".³⁶

Respekten for selvbestemmelsen er altså indhegnet, om man vil, af hvad man mener bør regnes som 'at gøre godt'. Denne forviklethed mellem autonomi og paternalisme bliver også fremhævet som en væsentlig årsag til, at glidebaner i forbindelse med reguleringen af adgangen til dødshjælp er både realistiske og uundgåelige. For mere om glidebaneargumentet, se afsnit 7.3.1.

Fortalere for dødshjælp har dog påpeget, at de anser disse indvendinger for at være generaliserende.



Hvis dødshjælp lovliggøres, vil selve muligheden være præsent i alles bevidsthed: patienters, lægers, pårørendes, omsorgsudøveres. Og hvor selvbestemmende kan sårbare personer i grunden handle, hvis omverdenen vurderer deres syge, afhængige og lidende liv som kandidat til døds-hjælp?

Når det gælder kritikken af selvbestemmelse for at være en abstrakt og overdreven individualistisk forståelse af menneskers sårbarhed, påpeges det, at ingen, heller ikke fortalere for dødshjælp, argumenterer for et sådant autonomibegreb. I stedet fremhæves et moderat begreb om selvbestemmelse.³⁷ Som filosofen James Childress har påpeget, så indebærer autonomi ikke, at et individs livsplan er hans eller hendes egen frembringelse, og at denne skulle udelukke en interesse for andre. Autonomi betyder blot, "at en person vælger og handler frit og rationelt ud fra sin egen livsplan, uanset hvor dårligt formuleret den måtte være [...] Personlig autonomi indebærer derfor ikke en asocial eller ahistorisk tilgang til livsplaner. Det betyder bare, at uanset hvordan livsplanerne ser ud, og uanset hvad der måtte være kilden til den, så går et individ ud fra, at det er dets egen".³⁸

'Det vil vi gerne vide': findes der ingen efterspørgsel efter dødshjælp blandt syge personer?

Ifølge et argument, er legalisering af dødshjælp primært drevet af sunde personer, mens der stort set ikke er nogen efterspørgsel blandt de faktisk berørte, alvorligt syge patienter. SMER fremhæver, at der blandt ALS- og kræftpatienter i Oregon højst er nogle få procent, der vælger at afslutte deres liv gennem dødshjælp. Dette kan tale for, at de fleste patienter, der lider af alvorlig sygdom, værdsætter den tid, de har tilbage i livet, og ikke har noget ønske om at fremskynde døden. Hvis man sammenligner det lille antal patienter, der faktisk vælger dødshjælp, med støtten til Death with Dignity Act blandt befolkningen i Oregon (ifølge en undersøgelse er denne opbakning oppe på 80 procent), kan man på sin vis hævde, at det primært er blandt raske mennesker, at der er interesse for dødshjælp. Samtidig er der i både Oregon og Nederlandene et voksende antal personer, der er blevet diagnosticeret med en terminal sygdom og anmoder om dødshjælp. I Nederlandene, hvor antallet af patienter, der dør ved dødshjælp, er væsentligt højere end i Oregon, lider 64% af dem af kræft (2022-tal). Derfor er påstanden om, at der ikke er nogen efterspørgsel efter dødshjælp blandt alvorligt syge, en påstand, som disse fakta taler imod.³⁹

En sådan forståelse af selvbestemmelse er mere realistisk, fordi mange ønsker om at dø kan være udtryk for en fejlbedømmelse. En række personer, som ønsker at dø, burde ikke ønske det, men er endt i en situation, hvor de lægger for stor vægt på håbløshed og desperation, og ser ikke, at der kan være veje ud af lidelsen. Det ændrer dog ikke ved, at selv om nogle dødsønsker er udtryk for en fejlvurdering, så følger ikke deraf, at alle ønsker er udtryk herfor. For nogle personer, lyder argumentet, så er det deres egen korrekte bedømmelse af deres liv, at der ikke findes et realistisk håb om bedre dage i fremtiden.⁴⁰

Fortalere betvivler derfor, at de valg, man som lidende person skal træffe om døds-hjælp, skulle være af en helt anden moralsk orden end valg, man ellers kan være tvunget til at træffe i krisesituationer. Når det gælder udhulingen af selvbestem-melsesevnen på grund af stor lidelse og livskrise, fremhæves det, at lidelsen hos patienter ikke nødvendigvis konstant er til stede, og at vi i dag kender til en række situationer i sundhedsvæsenet, hvor personer i komplekse og smertefulde situatio-ner, skal tage stilling til behandlingsmuligheder – og at de tiltros den kompetence. I de tilfælde, hvor der er tvivl om beslutningskompetencen, kunne man forestille sig, at der var mulighed for at rådgive, teste og derefter, på et oplyst grundlag, afvise adgang til dødshjælp.

6.2.3 Forskellen på palliative indsatser og dødshjælp

I forbindelse med argumenter for dødshjælp, er der allerede flere gange lavet sam-menligninger med de palliative indsatser, som er beskrevet i afsnit 4.2. Formålet hermed er at vise, at det i grunden er usammenhængende at insistere på det etisk forsvarlige i disse handlinger forbundet med palliation og samtidig at hævde, at de handlinger, der knytter sig til dødshjælp, er af en anden etisk karakter.

Modstandere af dødshjælp peger på, at dødshjælp adskiller sig fra alle andre behandlingsmuligheder ved livets afslutning på to forskellige måder: dødshjælp rummer en hensigt om at forårsage patientens død, og dødshjælp er også årsag til patientens død. Dødshjælp, siges det, er derfor unik med hensyn til intention og kausalitet og begge størrelser er med til at trække en afgørende etisk grænse mellem palliativ medicin og dødshjælp.

Diskussionen om, hvorvidt der er etisk relevante forskelle på palliative indsatser, der risikerer at fremskynde døden og dødshjælp, føres også i en mere populær form, som en diskussion om, hvorvidt der er forskel på at hjælpe patienten med at dø og at hjælpe patienten til at dø. Spørgsmålet er, om denne sproglige forskel også fanger en etisk forskel? Disse to sondringer bliver desuden af nogle beskre-

vet som verbaliseringen af den meget mere udbredte, uarticulerede fornemmelse af at med dødshjælp 'er grænsen nået'. Vi krydser en vigtig grænse, når læger får lov til at slå patienter ihjel eller får lov til at hjælpe patienter med at slå sig selv ihjel.

Det skal med det samme siges, at denne problemstilling kun gælder for patienter, som er ved livets afslutning, hvor man kan sammenligne behandlingsophør og palliative tiltag, som risikerer at fremskynde døden, med dødshjælp.

Kausalitet. Når det gælder dødshjælp, er det leveringen af det dødelige lægemiddel, som er den direkte årsag til døden. Modsætningen hertil er patienters ønske om ophør af livsforlængende behandling, hvor patienten dør af den underliggende sygdom. Årsagen er således ikke behandlingsophøret, men den underliggende sygdom. I tilfældet dødshjælp 'gøres' der noget, patienten bliver slået ihjel. I det andet tilfælde 'lades noget ske', patienten overlades til sin død. Denne sondring mellem 'at gøre' og 'at lade ske' er ofte, hvad der er anledning til, at nogle sprogligt sondrer mellem aktiv og passiv dødshjælp.

Det skal måske bemærkes, at denne sondring mellem at gøre og at lade ske af nogle regnes for mindre anvendelig, når det gælder om at trække en grænse mellem dødshjælp og symptomlindring eller palliativ sedering, i de tilfælde hvor de sidste også fremskynder døden. Argumentationen trækker på det bredere princip, at det ikke er tilladt at *påføre* andre skader, mens det ville være tilladt at lade den samme skade overgå en person. I begge tilfælde kan der argumenteres for, at handlingerne forbundet med symptomlindring og palliativ sedering, i de tilfælde hvor de fremskynder døden, 'hjælper til med at det sker'. De er ikke en del af årsagen til, at patienten *skal dø snart*, men de er *en del af årsagen til døden*, eller en del af årsagen til, at patienten *dør på et bestemt tidspunkt*, selv om den underliggende sygdom er den primære årsag.

Intention. Ved dødshjælp er det hensigten, at patienten skal dø. Patienter, sådan lyder den grundlæggende tanke både hos fortalere og modstandere, anmoder om dødshjælp for at undgå yderligere lidelser ved livets afslutning. Som sådan er patientens død blot et middel til et mål. Til sammenligning er andre interventioner ved livets afslutning, såsom symptomlindring og palliativ sedering rettet mod lindring af lidelse, også selv om de i nogles øjne skulle rumme et potentiale for at forkorte livet. Skulle patientens død blive fremskyndet derved, så er der tale om en uintenderet, men muligvis forudsigelig, bivirkning ved behandlingen. Argumentationen benytter sig her af 'doktrinen om den dobbelte effekt', som handler om, at det ikke er tilladt at skade en anden person, som en intenderet effekt, mens det ville være tilladeligt at påføre den samme skade, hvis der var tale om en uintenderet og for-

udsigelig bivirkning.⁴¹ Det er denne sondring mellem døden, som intenderet effekt og døden som en uintenderet men forudsigelig effekt, som ifølge nogle kritikere af dødshjælp adskiller palliation og dødshjælp.

Argumentationen for, at der er væsentlige etiske forskelle på de handlinger, der finder sted i palliativ medicin og dødshjælp, og at dødshjælp derfor kan være uforenelig med både den palliative medicin og lægegeringen som sådan, har fundet mange formuleringer. En indtryksfuld formulering er givet af den norske læge og etiker Morten Magelssen:

”Ikke alle konsekvenser av våre handlinger, heller ikke de som vi vet med full sikkerhet vil inntreffe, er nødvendigvis del av vårt formål, vår plan eller vår motivasjon. Når jeg sykler, intenderer jeg ikke å påføre slitasje på sykkeldekkene, selv om det er en garantert og forutsett konsekvens av sykkelturen. Selv om vi vet at behandlingsbegrensning i en gitt situasjon vil medvirke til at pasientens død kommer tidligere enn den ellers ville ha gjort, trenger ikke det å fremskynde døden å være en del av vårt formål og vår motivasjon. Derimot kan vi være motivert av ikke å ville uthale en plagsom dødsprosess. Dette er ikke det samme som å intendere pasientens død, som alltid vil være en sentral og umiskjennelig del av intensjonen ved eutanasi. Forskjellen kan vi også få frem ved et 'kontrafaktisk testspørsmål': Hvis pasienten ikke hadde dødd, og døden ikke hadde blitt fremskyndet, ville handlingen og den handlendes plan da vært mislykket? Ved eutanasi er svaret 'ja. Men ved behandlingsbegrensning er svaret 'nei', for formålet var ikke å fremskynde pasientens død, men å avstå fra behandling som ikke lenger var i pasientens interesse. Intensjon er heller ikke det samme som ønske: Vi kan ønske at pasienten skal 'få slippe', at døden skal komme raskt, uten at det av den grunn er formålet med behandlingsbegrensningen. Ingen handling følger av et ønske, til det trengs en intensjon.”⁴²

En række fortalere for dødshjælp fremhæver dog, at palliative indsatser og dødshjælp bør betragtes som dele af et spektrum af måder, hvorpå man kan hjælpe patienter og personer med deres dødsproces. fortalere argumenterer for, at dødshjælp for terminale patienter ikke nødvendigvis bør anskues som et særligt drastisk tiltag sammenlignet med de nævnte palliative tilbud. De betoner således kontinuiteten mellem palliative tilbud og dødshjælp, og at dødshjælp bør anskues som 'yderligere skridt' i forlængelse af en palliativ indsats.

Det betones også, at hos svækkede og livstruede patienter, der ”er livstråden så tynd, at den let brister”.⁴³ Billedet skal antyde, at sondringerne, der handler om intention og kausalitet, begge drejer sig om en zone af svækkelse og forestående

død, og at patienternes tilstand også er med til at sløre, hvilken kausalitet der er på færde, når personer i et palliativt forløb endelig afgår ved døden.

I denne zone er det passive og det aktive forviklede. En krop som er nær på døden, risikerer også, at alle tiltag eller ophør, vil have en effekt der direkte kan måles op mod dødens indtræden. På den ene side kan alle handlinger virke som et skub i en bestemt retning. På den anden side er handlinger netop konsekvensrige, fordi kroppen er i en ubønhørlig proces, og man blot forkorter eller forlænger en anelse, sammenlignet med hvad der er bestemt til at ske i kraft af dødsprocessen.

Fortalere hævder, at virkningssammenhænge mellem død og lindring er så tætte, at intentionen 'dø for at lindre' og intentionen 'lindre, med risiko for at dø' er sværere at skelne fra hinanden, end en række hverdagsintentioner ofte vil være. Man kunne måske sige, at der er tale om komplekse intentioner, og at jo tættere man kommer på dødens indtræden, desto mere træder denne 'grå' logik i karakter.

Dette fører fortalere til at betvivle, at forskellene i intention og kausalitet skulle udgøre så klare etiske forskelle, at dødshjælp skulle basere sig på handlinger af en anden moralsk karakter, når det drejer sig om terminale patienter. Der er selvfølgelig klare kliniske forskelle, og de udtrykkes fint med begreberne kausalitet og intention, men de udgør ikke en afgørende etisk forskel. Grunden hertil er, at de to hovedargumenter for de eksisterende tiltag ved livets afslutning – hvad der er i patienternes interesse og deres eget ønske – også er, hvad der gøres gældende for dødshjælp.

Dertil kommer, vil fortalere for dødshjælp hævde, at der ikke er nogen etisk relevante forskelle på palliativ medicin og dødshjælp, som ikke baserer sig på en forudgående stillingtagen til dødshjælp, og at fortalere for væsentlige etiske forskelle på de tre palliative indsatser og dødshjælp, overser dette. Doktrinen om dobbelte effekter handler således om, at det ikke er tilladt at skade en anden person som en intenderet effekt, mens det ville være tilladeligt at påføre den samme skade, hvis der var tale om en uintenderet og forudsigelig bivirkning. Men argumenterne om dødshjælp baserer sig ikke på at gøre skade. De baserer sig på at gøre godt. Og de personer, der anmoder om dødshjælp, ser næppe sådan på sagen, at det ville være forkert intentionelt at påføre en person et gode, mens det ville være tilladeligt, hvis det skete uintenderet og som en bivirkning.

Problemstillingen, fremhæves det af fortalere for dødshjælp, synes at rotere om det grundlæggende spørgsmål om, hvorvidt man overhovedet anser dødshjælp for at være et gode eller et onde. Givet, at dødshjælp er et onde, vil der være tale om



Problemstillingen, fremhæves det af fortalere for dødshjælp, synes at rotere om det grundlæggende spørgsmål om, hvorvidt man overhovedet anser dødshjælp for at være et gode eller et onde. Givet, at dødshjælp er et onde, vil der være tale om intentionelt at forårsage skade. Givet, at det er et gode, vil der være tale om intentionelt at forårsage lindring.

intentionelt at forårsage skade. Givet, at det er et gode, vil der være tale om intentionelt at forårsage lindring. Spørgsmålet om, hvorvidt en klar etisk grænse lader sig trække mellem palliation og dødshjælp, vil således, ifølge fortalere, forudsætte en stillingtagen til netop det spørgsmål, som sontringerne skal hjælpe med at besvare.

7. Grundlæggende praktisk-politiske argumenter



en række yderligere hensyn kommer i spil, når enkeltpersoners rimelige eller urimelige handlinger skal reguleres af fælles regler. For så diskuterer vi ikke blot konsekvenserne af en enkeltstående handling, men konsekvenserne for samfundet som sådan. En række spørgsmål melder sig: lader en lovgivning sig håndhæve? Hvad vil det koste at håndhæve den? Og vil der være negative konsekvenser for tredjeparter, som ikke hidtil har været synlige?

7.1 Forskellen på at diskutere om dødshjælp er etisk acceptabelt, og om dødshjælp bør legaliseres

På et meget grundlæggende niveau er det muligt at indtage tre standpunkter i forhold til en eventuel lovgivning om dødshjælp. Enten skal *ingen* af de, der ønsker dødshjælp, have det. Eller også skal *alle*, der ønsker dødshjælp have det. Eller også skal *nogle* af de, der ønsker dødshjælp, have det. I de første to tilfælde er patientens sygdom, prognose eller lidelser ikke relevante for en bedømmelse af ønsket, men i det tredje tilfælde vil fx patienters udsigt til bedring og lidelsesniveau spille en rolle for, hvem der skal have adgang til dødshjælp. Dette standpunkt, 'nogen-standpunktet' er så langt det mest udbredte synspunkt, og alle lande, der tillader dødshjælp, har en lovgivning, der afspejler en række valg truffet om, hvem 'nogen' bør være.

Indtil videre har redegørelsen forholdt sig til, hvilke grundlæggende værdier der er i spil i diskussioner om dødshjælp, og til hvilke handlinger, der muligvis kunne retfærdiggøres. I denne del skifter redegørelsen fokus og behandler etiske spørgsmål på et andet niveau. Nu handler det ikke kun om, hvad enkelte mennesker bør og ikke bør gøre, men om hvorvidt en lovgivning om dødshjælp overhovedet lader sig retfærdiggøre, og, hvis dette er tilfældet, hvilke forskellige måder at regulere en praksis på, der kan regnes for etisk forsvarlige. En væsentlig grund til at sondre, som der gøres i denne redegørelse er, at det kan være fristende at mene, at svaret på de praktisk-politiske spørgsmål må afhænge af svaret på det tidligere afgrænsede etiske spørgsmål. Men dødshjælps etiske status er hverken nødvendig eller tilstrækkelig til at afgøre, hvilken juridisk status dødshjælp skal have.⁴⁴

En vigtig årsag er, at en række yderligere hensyn kommer i spil, når enkeltpersoners rimelige eller urimelige handlinger skal reguleres af fælles regler. For så diskuterer vi ikke blot konsekvenserne af en enkeltstående handling, men conse-

kvenserne for samfundet som sådan. En række spørgsmål melder sig: lader en lovgivning sig håndhæve? Hvad vil det koste at håndhæve den? Og vil der være negative konsekvenser for tredjeparter, som ikke hidtil har været synlige?

Det er derfor ikke inkonsistent at mene, at en type handlinger er moralsk forkerte, men ikke af den grund skal ulovliggøres. På samme vis er det omvendt muligt at mene, at en type af handlinger kan være moralsk rigtige, men ikke af den grund skal legaliseres af årsager, som ikke er 'etiske' i en smal anvendelse af ordet, men vil være det i en 'udvidet' forståelse, som ikke kun forbinder etik med det enkelte individ, men med samfundet. Måske er det slet ikke muligt at formulere en lovgivning, som kun vil tillade netop de tilfælde, som man finder moralsk forsvarlige?

Fx har en række tidligere medlemmer af Det Etiske Råd haft denne holdning. Man har medgivet, at der findes tilfælde, hvor dødshjælp ville være det rette at gøre, men ikke stolet på, at nogen lovgivning vil være i stand til at skelne disse tilfælde, hvor dødshjælp er det rette at gøre, fra de tilfælde, hvor det ikke er.

I Det Etiske Råds udtalelse fra 2012 fremførte nogle rådsmedlemmer, at det altid vil være den samlede vurdering af en række meget specifikke omstændigheder knyttet til den enkelte situation, der vil være afgørende for, om det kan komme på tale eller ej at tillade dødshjælp.

Man vil fx være tvunget til at tage stilling til, om patienten virker habil og fuldstændig afklaret om sin anmodning om dødshjælp, hvor længe patienten forventes at leve uden dødshjælp, hvilken karakter patientens lidelser har, om de er umulige at lindre inden for en periode, og om de er fuldstændigt uudholdelige. Blot for at nævne nogle parametre.

Det vil altså være nødvendigt at forholde sig til den konkrete situation for at finde ud af, om aktiv dødshjælp er en acceptabel mulighed eller ej. Det kan vise sig vanskeligt at opstille klare retningslinjer for, i hvilke tilfælde aktiv dødshjælp skal være tilladt. Lovgivning må ifølge sin natur dække et bredt spektrum af situationer, og kan derfor næppe angive de specifikke omstændigheder, der vil være afgørende for vurderingen af den enkelte situation.⁴⁵

I den sammenhæng skal det nævnes, at en mulighed også er, at man slet ikke etablerer en positiv ret til dødshjælp, men blot sikrer en negativ ret til fx assisteret selvmord. Mens en positiv ret til dødshjælp vil indebære, at man har ret til at få dødshjælp udført, hvis man i øvrigt opfylder relevante kriterier, så betyder en negativ ret blot, at det ikke er kriminelt fx at assistere andre i udførelsen af et selvmord.

Ved en sådan 'afkriminalisering' vil ingen *forpligtes* til at følge en anmodning om dødshjælp, men det vil være lovligt at gennemføre, eventuelt på baggrund af at bestemte kriterier er opfyldt.

Et væsentligt træk ved de etiske udfordringer af en mere 'praktisk-politisk' karakter, som nu skal fremstilles, er, at de i langt højere grad involverer risikobetragninger. Indførslen af ny teknologi eller nye behandlinger, vil man typisk mene, kræver en opmærksomhed på risici for skadevirkninger eller andre uheldige følgevirkninger. Det ligger i det nyes karakter, at det kan være vanskeligt at overskue sådanne risici. En række nye tiltag kan dog kalde på helt særlig agtpågivenhed, og dermed skærpede krav til risikovurderingen. Spørgsmålet er, om dødshjælp udgør en sådan 'højrisikovirksomhed' og måske endda et reguleringsmæssigt særtilfælde, hvor man slet ikke bør give sig i kast med en regulering?

Et eksempel på uenighederne om hvorvidt dødshjælp udgør et reguleringsmæssigt særtilfælde, er to forskellige domstolsafgørelser i Canada.

I flere tilfælde, hvor domstole har forholdt sig til lovgivninger, som forbød dødshjælp, og har nægtet at ophæve en sådan lovgivning, har det bl.a. været med henvisning til, at et generelt forbud uden undtagelser (et såkaldt 'blanket ban') er nødvendigt for at beskytte sårbare dele af befolkningen. I en afgørelse fra Canadas højesteret i 1993 lød det, at: "In order to effectively protect life and those who are vulnerable in society, a prohibition without exception on the giving of assistance to commit suicide is the best approach".⁴⁶

Samme højesteret konkluderede i Carter vs. Canada-sagen i 2015 dog, at en forudgående dom fra 2012 lod sig opretholde, og at et generelt forbud mod assisteret selvmord var forfatningsstridigt. I 2012 lød det, at: "The risks inherent in in permitting physician-assisted death can be identified and very substantially minimized through a carefully designed system imposing stringent limits that are scrupulously monitored and enforced." Det blev i 2015 bekræftet, at: "An absolute prohibition on physician-assisted dying is rationally connected to the goal of protecting the vulnerable from taking their life in times of weakness, because prohibiting an activity that poses certain risks is a rational method of curtailing the risks. However, as the trial judge found, the evidence does not support the contention that a blanket prohibition is necessary [...], that a permissive regime with properly designed and administered safeguards was capable of protecting vulnerable people from abuse and error."⁴⁷

Eller sagt på en anden måde, så er lovliggørelsesspørgsmålet et, der handler om et anerkendt behov, stillet over for de risici, som kan oplistes ved at indfri et sådan

behov. Nogle indvendinger handler om den påstand, at enhver politik eller regulering vil blive overtrådt, enten i form af fejl (dvs. uden hensigt) eller som misbrug (dvs. med hensigt). Som følge heraf vil enhver regulering også producere tilfælde af dødshjælp, som ikke er tilladte ifølge en given regulering. En anden indvending rummer en påstand om, at betingelserne for adgang til dødshjælp med tiden risikerer at blive udvidet, således at personer, som for indeværende ikke kan få adgang til dødshjælp, med tiden vil være i stand til at få det. Dette kaldes ofte for glidebaneargumentet. Endelig er der et sæt af konsekvensbetragtninger, som på lidt mere uklar vis handler om, hvilke samfundsværdier der er dominerende, og om der ved indførelsen af dødshjælp er en risiko for, at disse værdier vil forandres på måder, som vi alle vil finde uacceptable.

Et eksempel på et sådant 'risikosprog' kunne være spørgsmålet om, hvorvidt en lovgivning af dødshjælp også vil kunne garantere en kontrollerbar udvikling, således at adgangen til dødshjælp ikke udvides over tid. Et sådant spørgsmål er dybt kompliceret at bedømme, ikke mindst fordi det inviterer til overvejelser over karakteren af al lovgivning. Hvilken lovgivning har nogensinde kunnet garantere, at den ikke lod sig ændre, enten fordi man på et senere tidspunkt fandt den ude af stand til at dække sit formål, fordi formålet ændrede sig undervejs, eller fordi retslige afgørelser fandt dele af lovgivningen problematisk? Alene arbejdet med at afklare forskellene på risici for tilsigtede udvidelser og risici for utilsigtede udvidelser kan forekomme uoverstigeligt.

Et eksempel på at spørgsmålet om politisk kontrol er vanskeligt, er situationen i Tyskland. Her vedtog parlamentet i 2015, at assisteret selvmord var ulovligt, men denne lovgivning blev i 2019 underkendt af forfatningsdomstolen som værende forfatningsstridig. Anderledes forholder det sig med lovgivningen i Oregon, hvor adgangen til dødshjælp er resultatet af en folkeafstemning og en efterfølgende lovgivning, som ikke har ændret sig væsentligt gennem årene. På den anden side kan der næppe herske tvivl om, at Nederlandene i høj grad har etableret en døds-hjælps-praksis på grund af retsafgørelser, som muligvis har bidraget til udvidelser, som så kan bedømmes som værende 1) i strid med en oprindelig politisk hensigt, 2) i strid med en aktuel politisk hensigt, 3) i pagt med en oprindelig politisk hensigt, 4) i pagt med en aktuel politisk hensigt, 5) i strid eller pagt med varierende politiske grupperinger, oprindeligt eller aktuelt (for, hvis hensigt er det, der skal tælle som afgørende?).

7.2 Grundlæggende praktisk-politiske argumenter for dødshjælp

7.2.1 Hvad skal der til for, at dødshjælp kan siges at være retfærdiggjort i praksis?

Der findes med sikkerhed uforsvarlige måder at indføre dødshjælp på. Det interessante bør dog være, om der findes forsvarlige måder at gøre det på. Som et led i en argumentation for, at en legalisering af dødshjælp lader sig kontrollere, fremhæves ofte en række kriterier, der skal 'overholdes' for, at en praksis om dødshjælp kan regnes for forsvarlig. En række af disse kriterier er velkendte og ukontroversielle, og fremføres netop derfor ofte som et argument for, at dødshjælp lader sig regulere på en kontrolleret vis, eftersom disse principper allerede nyder stor opbakning bredt i samfundet, og har vist en bæredygtighed i forhold til at sikre, at de rette personer får adgang til en ydelse.

Tankegangen er, at de to etiske værdier beskrevet i afsnit 6.1.1 og 6.1.2, selvbestemmelse og mindskelse af lidelse, ikke i sig selv kan vise os, at dødshjælp som praksis vil være etisk forsvarlig. Så hvordan sikrer man sig, at dødshjælp rent faktisk ender med at gøre godt og kommer til at foregå på frivillig basis? Her fremhæver fortalere for dødshjælp fem betingelser, som kan medvirke til, at argumenterne om selvbestemmelse, og hvad der måtte være i patientens egen interesse, også realiseres i praksis.

Ønske. I det omfang, der er tale om frivillig dødshjælp, må der foreligge en anmodning fra patienten selv. Beslutningstageren må være enig i tiltaget, og der bør være tale om et specifikt samtykke til denne behandling, på dette tidspunkt, givet af denne person.

Beslutningskompetent. Personen må være beslutningskompetent på det tidspunkt, der træffes beslutning om et tiltag. Hermed peges på evnen til at foretage en rationel beslutning om at takke ja eller nej til et bestemt tiltag. Som minimum kræver det en forståelse af indholdet af og konsekvenserne af at anmode om et tiltag, der er designet til, og som også vil forårsage døden. Beslutningskompetence kan siges at



I det omfang, der er tale om frivillig dødshjælp, må der foreligge en anmodning fra patienten selv. Beslutningstageren må være enig i tiltaget og der bør være tale om et specifikt samtykke til denne behandling, på dette tidspunkt, givet af denne person

være 'standardindstillingen' for voksne personer, medmindre der kan påvises en psykiatrisk lidelse eller kognitiv funktionsnedsættelse, som nedsætter evnen til at foretage en rationel og balanceret beslutning.

Frivillig. Ønsket må være afgivet uden urimeligt pres og tvang, uanset om det måtte komme fra sundhedspersoner, familie eller venner. Det er medgivet, at vores beslutninger alt andet lige ofte er et produkt af, hvad andre mennesker mener og tænker, eller af vores egne forestillinger om, hvad mennesker forventer af os. Det ville være urealistisk at forvente, at beslutninger var rensede for den slags indflydelser, og pres og indflydelse handler således om, hvorvidt der er tale om urimelig indflydelse, ikke om indflydelse som sådan.

Information. Personen skal have adgang til den nødvendige information om tiltaget og sin egen situation. En sådan information vil som regel være patientens diagnose eller tilstand, prognose i fraværet af behandling, hvad der måtte eksistere af tilgængelige behandlinger eller indsatser, hvad det sandsynlige udkomme af disse måtte være og hvilke risici, der er forbundet med dem.

Diagnose. Patienten skal have en medicinsk diagnose i form af en sygdom eller en funktionsnedsættelse, som er tilstrækkelig alvorlig til at berettige ønsket om dødshjælp. Det er her et grundlæggende spørgsmål, om tilstanden bør være terminal, eller om det er mere væsentligt at fokusere på, hvorvidt patienten er i en tilstand af lidelse, som personen vurderer er ubærlig, og som ikke kan lindres af nogen anden behandling.

Af disse fem betingelser, som ofte fremhæves af fortalere for dødshjælp under en eller anden form, er de første fire velkendte i sundhedsvæsenet og medicinsk etik, da de tilsammen udgør det velkendte princip om informeret samtykke. Det femte kriterium er til gengæld specifikt for tiltag, som vil fremskynde døden. Grunden til at man fremhæver, at alle andre behandlingsmuligheder bør være udtømte, er ligefremt: at forårsage døden er en uigenkaldelig og irreversibel handling. Handlingen kan ikke omtænkes eller omgøres. Der er derfor en vis paternalisme på færde i den femte betingelse, som fremhæver værdien om, hvad der måtte være i patien-

tens egen interesse over selvbestemmelsen, i forsøget på at undgå forhastede eller unødvendige anmodninger om dødshjælp.

'Det vil vi gerne vide': lader det sig fastslå med sikkerhed, at en anmodning om dødshjælp er vedvarende og frivillig?

SMER's undersøgelser viser, at forskning udført i Oregon og andre steder tyder på, at interessen for at fremskynde døden kan variere i løbet af et terminalt sygdomsforløb. I Oregon fandt man i en undersøgelse, at interessen steg i takt med faktorer som øget depression, øget håbløshed, forringet funktionsevne, forringet livskvalitet, øget utilfredshed med kvaliteten af plejen, øget lidelse og en øget følelse af at være en byrde for familien. Det er dog kun få af de patienter, der viser interesse for at fremskynde døden, der går så langt som til at anmode om dødshjælp. En undersøgelse i Oregon viste, at kun én ud af ni patienter, der nogensinde havde overvejet dødshjælp, faktisk fremsatte en formel anmodning. Dette indikerer, at for de fleste patienter er det et relativt stort skridt fra at overveje dødshjælp til faktisk at anmode om det, og at hvis man når så langt som at fremsætte en anmodning, er det normalt baseret på et velovervejet og vedvarende ønske. Kravet om at anmodningen skal gentages efter mindst 15 dage (medmindre der er tale om særligt fremskreden sygdom) bør også bidrage til, at mindre gennemtænkte anmodninger ikke imødekommes. Der er dog ikke fundet nogen undersøgelser, der direkte har undersøgt stabiliteten i ønskerne hos patienter, der er blevet bevilget dødshjælp i Oregon. Hvor mange af anmodningerne, der indgives i Oregon, der er frivillige, er sværere at fastslå, primært fordi det ikke er helt klart, hvad der kræves for, at en beslutning anses for fuldstændig frivillig. Ifølge Oregon-modellen skal to læger altid bekræfte, at patientens anmodning er frivillig, men der synes ikke at være nogle retningslinjer for, hvornår en anmodning anses for frivillig, eller hvordan det skal fastslås. Der findes anbefalinger om, at i tilfælde af tvivl om diagnose, prognose og frivillighed, bør man afstå fra at ordinere lægemidler, samt en formulering om, at den læge, der ifølge reglerne skal bekræfte prognose, beslutningskompetence og frivillighed, hvis han eller hun er forsigtig, skal sikre, at patienten gennemgår en psykiatrisk eller psykologisk vurdering for at fastslå, at personen er beslutningskompetent.⁴⁸

Fortalere vil også fremhæve nogle af de procedurekrav, som kan være væsentlige for at sikre, at der er tale om et informeret samtykke. Disse lyder blandt andet:

- At anmodninger skal være skriftlige og bevidnede
- At anmodninger skal gentages mindst én gang over en periode (nogle foreslår dage, andre uger)
- At en anmodning til hver en tid kan trækkes tilbage
- At en anmodning skal være foretaget uden urimeligt pres fra familie og omgivelser
- At personen skal sikres den nødvendige information om diagnose, prognose, behandlingsmuligheder, det sandsynlige udkomme og mulige risici ved behandlinger
- At personen skal sikres den nødvendige information om de palliative muligheder
- At hvis lægen er i tvivl om patientens beslutningsdygtighed skal denne sendes til en vurdering af en uafhængig psykiater
- At den behandlende læge skal konsultere en anden, uafhængig læge med henblik på at få bekræftet, at ovenstående punkter har fundet sted

'Det vil vi gerne vide': lader det sig fastslå, om patienter er beslutningskompetente?

SMER påpeger, at depression ikke i sig selv udelukker personer fra at få dødshjælp, hverken i henhold til Oregon-modellen eller den

nederlandske model. En patient, der bevilges dødshjælp i Oregon, skal imidlertid være beslutningskompetent. Da depression kan påvirke beslutningskompetencen, og hvordan patienten opfatter sin situation og udsigter til forbedring (selvom det ikke altid er tilfældet), er det derfor vigtigt at identificere patienter med depression blandt dem, der anmoder om dødshjælp. Baseret på den begrænsede tilgængelige information fra Oregon kan det ikke afgøres, om deprimerede patienter i højere grad end andre patienter nægtes dødshjælp på grund af nedsat beslutningskompetence. Fra Nederlandene er der flere undersøgelser, der viser, at patienter med depression i mindre grad bevilges aktiv dødshjælp end andre patienter. Alle studier, både i Oregon og i Nederlandene, viser imidlertid, at der er tilfælde, hvor patienter, der på et tidspunkt i processen har haft depression, rent faktisk får dødshjælp. Det er dog ikke altid klart i hvilket omfang depressionen fortsatte, når dødshjælpen blev givet, eller i hvilket omfang den påvirkede patientens beslutningsevne. I Oregon skal en læge, der mistænker, at en patient, der anmoder om dødshjælp, lider af en psykisk lidelse, der påvirker dømmekraften, henvise patienten til en psykiater eller psykolog til en nærmere vurdering. I vejledninger understreges det, at det er svært for mange læger at diagnosticere psykisk lidelse eller depression, og at en forsigtig læge sørger for at henvise patienten til en psykiatrisk vurdering. Det er dog kun 4-5 procent af alle patienter, der dør ved dødshjælp, der modtager en sådan vurdering af en psykiater eller psykolog. Det er også værd at bemærke, at mange psykiatere i Oregon, før loven blev indført, tvivlede på deres evne til at afgøre en psykisk sygt patients beslutningskompetence efter kun én konsultation. En patients beslutningskompetence kan også være nedsat af andre årsager end depression eller anden psykisk sygdom, såsom kognitiv svækkelse, som ofte påvirker patienter i stor lidelse. Også i disse tilfælde er det uklart, i hvilket omfang man i Oregon opfanger sådanne patienter.⁴⁹

7.3 Grundlæggende praktisk-politiske argumenter mod dødshjælp

7.3.1 Der er for stor risiko for fejl, misbrug og glidning i indikationer

En mulig type af fejl handler om fejl gjort af læger i forbindelse med enten diagnose eller prognose. Særligt i de tilfælde, hvor der er et krav om en terminal lidelse, bliver sikkerheden hvormed prognoser kan leveres af betydning for spørgsmålet om, hvor sandsynligt det er, at det er de patienter, man ønsker, som får adgang til dødshjælp, og ikke en række patienter, hvor prognosen bliver for vanskelig at stille.

'Det vil vi gerne vide': Er de medicinske bedømmelser usikre?

Sundhedsmyndighederne i Oregon rapporterer næsten hvert år om patienter, der er afgået ved dødshjælp mere end seks måneder efter at have fremsat deres første anmodning (én patient levede næsten tre år). Der er oplysninger fra Oregon om, at mellem 3 og 10 procent af patienterne lever mere end seks måneder efter at have fået deres recept. I 2022 overlevede 16 patienter længere end seks måneder, hvilket svarer til 6% af alle dødsfald ved assisteret selvmord. At nogle patienter, der får dødshjælp, lever mere end seks måneder, er blevet tilskrevet de vanskeligheder, der er forbundet med at fastslå med sikkerhed, hvor lang tid en terminalt syg patient har tilbage. Selvom vurderingerne af den tilbageværende levetid i de fleste tilfælde synes at være korrekte, taler noget for, at der er en vis usikkerhed i vurderingerne, og at de i enkelte tilfælde kan afvige betydeligt fra det faktiske udfald. I Nederlandene registreres der intet om prognostisk præcision, da der ikke er noget krav om, at døden skal være uafvendelig.⁵⁰

Et ofte fremført argument, som taler imod en lovliggørelse af dødshjælp, handler om, at man dermed åbner for en glidebane. Argumentet lyder, at hvis man åbner for dødshjælp for en bestemt gruppe af personer, så vil der med stor sandsynlighed opstå et pres for at udvide definitionen af, hvem der bør udgøre denne gruppe.

Det fremføres ofte, at det dermed er det første skridt og den første forsøgte regulering af dødshjælp, der udgør det vigtigste skridt, for herefter vil det være meget vanskeligt at forestille sig, at man kan vende tilbage til et udgangspunkt, hvor der ikke fandtes nogen adgang til dødshjælp. Der er således tale om en beslutning med store og årelange perspektiver. Spørgsmålet er således, om regler, vejledninger, sikkerhedsforanstaltninger, psykiatriske bedømmelser, professionelle standarder og lignende risikodæmpende foranstaltninger vil kunne skabe den nødvendige sikkerhed for, at der ikke opstår uønskede udvidelser af evt. lovgivning eller i den kliniske praksis.

Der beskrives som regel to typer af glidebaner. En, man kunne beskrive som 'kvantitativ', og som alene angår det numeriske omfang af en model, og en anden, som man kunne beskrive som 'kvalitativ', og som angår de typer eller grupper af personer, som har adgang til dødshjælp.

Den første vanskelighed er 'objektiv', og består i vanskeligheden ved at forhindre en kvantitativ udvidelse. Hvis en given lidelsesfuld tilstand giver adgang for personer i en gruppe, så bør det vel give adgang for alle i gruppen, så længe de ønsker det? Det vanskelige ved denne udgave af en glidebane er, at der ikke er noget, der tilsiger, at en stigning, som finder sted, også vil være forkert. Kun hvis udgangspunktet er, at ingen burde få dødshjælp, kan det utvetydigt siges, at en stigning er forkert. Er man åben for, at en procentsats større end 0 kan være ønskeligt, bliver det til gengæld vanskeligt at sige, hvad den ideelle procentsats burde være. Det er også muligt, at en stigning i antallet er en udvikling til det bedre. Man kan forestille sig en sammenligning med lindrende behandling. Det er på sin vis forfærdeligt, at så mange personer er i en så lidelsesfuld situation, at lindrende behandling må til. I én forstand er det derfor uheldigt, hvis antallet af patienter, som modtager denne behandling, øges. Men det er til gengæld ikke sikkert, at det er en udvikling til det værre. For det er muligt, at der tidligere var for få, som fik den rette behandling. Så, så længe man er åben for, at antallet af modtagere af dødshjælp kan være højere end 0, må man også være åben for, at et øget antal modtagere ikke automatisk er en udvikling til det værre, men også kan være en udvikling til det bedre, fordi det er udtryk for en gradvis afdækning af det reelt eksisterende behov.⁵¹

Anderledes stiller det sig med den anden variant af glidebane-argumentet. Her præsenteres en 'subjektiv' vanskelighed i den forstand, at hvis medlemmer af en gruppe med sådanne og sådanne træk kan få adgang, så burde medlemmer af en gruppe, som ønsker adgang, og som deler træk med nærliggende grupper, vel også få adgang?

En sådan appel, som man kunne forestille sig fremført af forskellige grupperinger, der måtte ønske adgang til dødshjælp, fordi de med deres lidelsestilstand ligger så tæt op ad aktuelle indikationer for adgang til dødshjælp, er ikke en appel om lighed for loven, sådan som en kvantitativ udvidelse måtte betjene sig af, men et argument om retfærdighed. I stiliseret form kunne man forestille sig en sådan 'retfærdigheds-diskurs' se således ud:

- Hvorfor kun dødshjælp for uafvendeligt døende, og ikke også for kronisk syge?
- Hvorfor kun dødshjælp for de fysisk syge, og ikke også for psykiatriske patienter?
- Hvorfor kun dødshjælp for beslutningsdygtige personer, og ikke også for patienter der afgiver et forhåndsdirektiv?
- Hvorfor kun dødshjælp for patienter, og ikke også for personer, som lider ubærligt?
- Hvorfor kun dødshjælp for personer, som lider, og ikke også for alle personer, som måtte anmode om det?
- Hvorfor kun dødshjælp for personer, som kan anmode om det, og ikke også for de personer, som ikke er i stand til det?

Det Ethiske Råd forholdt sig med særlig grundighed til spørgsmålet om kvalitative udvidelser i 2003. Her pegede man på, at det bærende argument for dødshjælp ikke handlede om respekten for patientens selvbestemmelse, men derimod hensynet til at gavne den patient, der ifølge et lægeligt skøn er i en lidelsesfuld tilstand, og at dødshjælp derfor "ville blive set som et gode for alle, hos hvem man vurderede, at der var behov for det, og ikke blot for dem, der er i stand til at anmode herom".⁵² Særligt hvis indikationen måtte bestå i ordlyden 'ubærlig lidelse', var man kritisk overfor muligheden for en glidning.

'Det vil vi gerne vide': er der tegn på en glidebane?

SMER påpeger, at kriterierne for at modtage dødshjælp i Oregon ikke har ændret sig siden Death with Dignity Act trådte i kraft i 1998. Der er dog forekommet to ændringer, siden SMER foretog sine undersøgelser. Fra 2020 blev det muligt for læger at se bort fra den 15-dage lange venteperiode, hvis patientens død er nært forestående, og fra juli 2023 har man opgivet kravet om, at modtagere af dødshjælp skal være hjemmehørende i Oregon. SMER fremhæver, at der ikke findes troværdige oplysninger om, at anvendelsen af kriterierne skulle have ændret sig fra sundhedsmyndighederne i Oregon, hvor alle tilfælde skal indberettes. Udviklingen i Oregon taler dermed ikke i væsentlig grad for antagelsen om, at en kvalitativ glidebane, i den forstand at reglerne gradvist udvides for at omfatte flere og flere patienter, er uundgåelig, hvis dødshjælp bliver tilladt i en eller anden form.⁵³ Alle amerikanske stater, der senere har legaliseret assisteret dødshjælp, har valgt at anvende de samme kriterier som i Oregon. Når man ser på Nederlandene, er det bemærkelsesværdigt, at antallet af personer, der modtager dødshjælp, er steget betydeligt. På samme måde er de grupper af patienter, der modtager dødshjælp, hver for sig vokset i omfang over tid. Spørgsmålet er dog, om denne udvidelse rettelig kan kaldes en glidebane. Årsagen hertil er, at ingen af de berørte grupper, der er opgjort i 2022, ikke også har været registreret i den første årsrapport fra 2002. Således er de to mest bemærkelsesværdige kategorier (idet de udfordrer spørgsmålet om beslutningskompetence) demens og psykisk sygdom repræsenteret allerede i 2002, om end i et lille omfang. Dertil kommer, at det nederlandske grundkriterium om håbløs og ubærlig lidelse, som betingelse for at modtage dødshjælp, er så bredt og efterlader et så stort definatorisk spillerum, at diskussioner om eventuelle glidebaner hurtigt udvikler sig til en diskussion om intentionen med lovgivningen, noget som vanskeligt lader sig efterprøve og i højere grad er forviklet med værdibaserede argumenter.



Motivationen for at fremføre glidebaneargumentet beror i udgangspunktet på ideen om, at det skal være den enkelte selv, som træffer beslutningen. Bekymringer for glidebaner handler således om bekymringer for selvbestemmelse

Med ubærlig lidelse som et kriterium for adgang anså man det for meget vanskeligt at fastsætte klare og holdbare grænser, ”for det er ikke muligt at definere objektivt, hvad der udgør ubærlig lidelse. Som konsekvens vil der være vide muligheder for, at dødshjælp accepteres for stadigt nye typer af patienter”. Man fandt således, at lidelsers kompleksitet, fx omfanget og vurderingen af eksistentielle lidelser, ville sandsynliggøre en glidning i indikationerne.

Man fandt også, at risikoen for en glidebane var reel, fordi vurderingen af lidelsens grad af ubærlighed måtte foregå i et fortroligt forhold mellem læge og patient, som ikke ville kunne underlægges tilstrækkelige kontrolmekanismer, idet vurderingen af lidelse i forhold til livets værdi ”er af en sådan subjektiv og kompliceret natur, at den ikke bør institutionaliseres og danne baggrund for en så alvorlig og definitiv beslutning som eutanasi”.⁵⁴

En række fortalere peger på, at der med en sådan glidebane netop gøres brug af glidebaneargumentet som en fejlslutning, hvor man på spekulativ vis afholder sig fra at give grunde til, hvorfor der er en kausal sammenhæng mellem de forskellige trin. Det indebærer fx, at mens man i begyndelsen af en sådan slutningskæde har anset værdien autonomi for at være kompleks, må ende med at betragte det som ren og skær retorik, mens det alene er den paternalistiske indikation, som udgør den virkelige begrundelse for adgangen til dødshjælp. Dette er dog meget sjældent, om nogensinde, måden, hvorpå forholdet mellem autonomi og mindskelsen af lidelse fremføres, jf. afsnit 6.2.2 og 7.2.

Motivationen for at fremføre glidebaneargumentet beror i udgangspunktet på ideen om, at det skal være den enkelte selv, som træffer beslutningen. Bekymringer for glidebaner handler således om bekymringer for selvbestemmelse. På lignende vis vil fortalere fremhæve, at relevante kritikker af risikoen for urimeligt pres, som vil gøre, at man fremsætter ’ønsker’ ude af trit med egne værdier, eller handler ude af trit med egne ønsker, netop siger noget om værdien af selvbestemmelse.

7.3.2 Det vil få negative konsekvenser for sårbare grupper

Dødshjælp præsenteres af fortalere ofte som en *mulighed*. Der er dog også en udbredt enighed om, at det for alt i verden ikke må blive til en *forventning* rettet mod særlige grupper i samfundet. Opmærksomheden på denne glidning – muligheder der bliver til forventninger – skyldes, at dødshjælp som en udvidelse af personers muligheder for at forme betingelserne for sin egen død, kan have flere konsekvenser, end at personer i en håbløs situation får flere muligheder at vælge mellem. En årsag hertil kan være, at de fleste mennesker henter deres følelse af værdi

ikke alene fra dem selv og deres eget selvværd, men fra hvordan de bedømmes i andres øjne.



Kritikere spørger derfor, om vi ved at tilbyde dødshjælp risikerer at føje yderligere til byrden for sårbare grupper som af forskellige årsager fører et liv med store lidelser? Faren er, lyder tankegangen, at mennesker, som i fravær af et tilbud om dødshjælp, ikke ville have set livet som uudholdeligt, gør det nu, fordi det at tilbyde dødshjælp let kan blive hørt som et 'samfundsudsagn' om, at det ville være bedre, om du døde

En institutionalisering af dødshjælp risikerer at true princippet om, at vi har samme krav på respekt og værdighed uafhængigt af, hvor meget vi lider, og hvor høj livskvaliteten vurderes til at være. Hvis vi tilbyder dødshjælp, så siges det direkte eller indirekte, at nogle liv ikke er værd at leve.

Kritikere spørger derfor, om vi ved at tilbyde dødshjælp risikerer at føje yderligere til byrden for sårbare grupper, som af forskellige årsager fører et liv med store lidelser? Faren er, lyder tankegangen, at mennesker, som i fravær af et tilbud om dødshjælp, ikke ville have set livet som uudholdeligt, gør det nu, fordi det at tilbyde dødshjælp let kan blive hørt som et 'samfundsudsagn' om, at det ville være bedre, om du døde. Kort sagt, så hævdes det, at eksistensen af dødshjælp som en mulighed risikerer at skubbe på udfaldsrummet for spørgsmålet: 'hvornår er døden at foretrække?'

'Det vil vi gerne vide': er sårbare grupper overrepræsenterede, når det gælder modtagelsen af dødshjælp?

SMER vurderer, at oplysninger fra årsrapporter fra sundhedsmyndighederne og fra forskningsstudier taler imod, at socialt udsatte grupper skulle være overrepræsenterede blandt de patienter, der dør ved hjælp af assisteret dødshjælp i Oregon. Sammenlignet med patienter, der dør af samme underliggende sygdomme, er patienter, der vælger assisteret dødshjælp i Oregon, i højere grad hvide, bedre uddannede og yngre. Samme mønster med hensyn til demografi og socioøkonomi kan iagttages i Nederlandene. Hvad angår spørgsmålet om, hvorvidt patienter vælger assisteret dødshjælp af økonomiske årsager, er dette ifølge årsrapporterne et underordnet motiv. Ifølge disse har stort set alle patienter i Oregon en sygeforsikring, når de dør, og bekymring for de økonomiske konsekvenser af fortsat behandling er en sjælden årsag til at anmode om dødshjælp. Billedet i årsrapporterne, der er baseret på, hvad læger rapporterer, understøttes af undersøgelser fra Oregon blandt patienter og pårørende, som rangerer økonomiske bekymringer som en uvigtig årsag. Dette kan naturligvis skyldes, at

mange af patienterne tilhører en socioøkonomisk fordelagtig gruppe, noget som en kraftig overvægt af veluddannede antyder, men det taler dog for, at økonomiske bekymringer er en mindre central faktor i valget om at anmode om dødshjælp. Med hensyn til funktionsnedsatte og kronisk syge skal det nævnes, at alle terminalt syge i en eller anden forstand lider af en kronisk sygdom, og at de fleste også har nedsat funktionsevne. Der er ikke rapporteret nogen tilfælde, hvor assisteret dødshjælp er blevet bevilget til funktionsnedsatte eller kronisk syge, der ikke blev vurderet som terminalt syge. Hvorvidt patienter i Oregon, der har fået ordineret dødshjælp, havde nogen form for funktionsnedsættelse eller kronisk sygdom, før de blev terminalt syge, findes der ikke oplysninger om. Derfor er det ikke muligt at sige, om disse grupper er over- eller underrepræsenterede blandt patienter, der dør ved hjælp af assisteret selvmord.

Nyere studier omhandlende Nederlandene peger på særlige vanskeligheder ved at anvende kriterierne for dødshjælp på patienter med intellektuelle handicap og/eller autismespektrumforstyrrelser. Efter at have gennemgået en række sagsrapporter konkluderes det, at sikkerhedsforanstaltningerne i form af 'forsvarlig pleje-kriterierne' er svære at anvende på personer med intellektuelle handicap eller autismespektrumforstyrrelser, og at de sædvanlige standarder faktisk kan have den utilsigtede virkning at udsætte sårbare patienter for risiko, idet de også skal sikre, at der ikke etableres ulighed i adgangen til dødshjælp. Den nederlandske lovgivning kræver, at dødshjælp kun tillades i tilfælde, hvor lidelsen har en medicinsk basis og rejser derfor svære spørgsmål om, hvordan begrundelser såsom "vanskelighed med at håndtere ændrede omstændigheder", som ofte er forbundet med et livslangt handicap snarere end en erhvervet medicinsk tilstand, indgår i vurderingen af anmodninger. Forskerne vurderer, at den implicite besked, der formidles til patienter ved at acceptere anmodninger på grundlag af intellektuelle handicap eller lidelser relateret til autismespektrumforstyrrelser, er, at sådanne tilstande faktisk er håbløse og stiller endvidere spørgsmålstejn ved, om anvendelse af en medicinsk ramme til vurderingen af mennesker med komplekse sociale og psykologiske behov, især når man vurderer på baggrund af et bredt begreb om lidelse, er for simpelt og risikabelt.⁵⁶

Det fremføres, at der vil være en betydelig risiko for, at det efter indførslen af dødshjælp vil være anderledes at være et menneske, der lider ubærligt og/eller er døende. Det omgivende samfund har ved lov besluttet, at det at være et lidende menneske også betyder at være et menneske, der kan anmode om dødshjælp, og et menneske, for hvem det må forekomme forståeligt at foretrække døden. En 'forståelse' som det kan være vanskeligt at blive mødt med.

Personer i stor lidelse tvinges på denne måde til at tage stilling til deres livssituation. Det kan dog indvendes, at en sådan stillingtagen ikke alene er afhængig af, hvorvidt dødshjælp er en mulighed, og dermed samfundsskabt. Også patienternes umiddelbare situation, hvad enten det skyldes sygdom eller funktionsnedsættelse, kan kalde på en refleksion og fremtvinge spørgsmålet: er døden at foretrække?

Dette kan også have noget at gøre med, at muligheden for at vælge dødshjælp gør, at det at leve videre bliver et valg, man kan holdes ansvarlig for, snarere end at være et rent og skært resultat af omstændighederne. Det åbner for et spørgsmål, som måske er en anelse spekulativt, nemlig om dødshjælp risikerer at blive en selvpfyldende profeti, forstået på den måde, at det kan blive nødvendigt at anmode om dødshjælp, fordi tilstedeværelsen af denne valgmulighed sætter personen i en vanskeligere situation, end vedkommende ville have været i, hvis dødshjælp ikke var en mulighed.⁵⁷

Fortalere for dødshjælp fremhæver dog også, at det kan være meget vanskeligt at opspore denne slags påvirkninger af samfundsværdier. Hvad der udgør kausaliteten i de enkelte argumenter kan være svært at afgøre, når det handler om, hvorvidt noget tvinger personer til at tage stilling til deres egen livskvalitet. Er det patienters lidelser, der tvinger samfundet til at tage stilling til dødshjælp, eller er det samfundets stillingtagen til dødshjælp, der vil tvinge patienter til at tage stilling til deres situation? Ligeledes fremføres det, at det at lægge vægt på menneskers livskvalitet i vurderingen af, om de skal have adgang til dødshjælp, ikke er ensbetydende med, at man dermed lader lav livskvalitet spille én specifik rolle. At tage hensyn til menneskers livskvalitet kan fx også indebære, at man fordeler ressourcer således, at de med dårligst livskvalitet får mest.

Samlet set er spørgsmålet, hvad risikoen for stigmatisering af særlige livstilstande eller særlige faser af livet består i? Det er dels et spørgsmål om, *hvem* der lader sig beskrive som sårbar, dels et spørgsmål om, hvor *realistisk* en sådan stigmatiseringsrisiko er.



Det kan være vanskeligt at forvise sig om, at psykiatriske patienter er uden realistiske udsigter til bedring og om patienten har taget et kompetent, konsistent og selvstændigt valg om at ville dø. Prognosen er ikke lige så klar som den kan være ved somatiske sygdomme, da det kan være vanskeligt at forudsige, hvorledes psykiske sygdomme vil udvikle sig

Alder og økonomiske forhold

Der har været fremført bekymringer for, om ældre risikerer at blive overrepræsenterede som modtagere af dødshjælp. Ligeledes har der været fremført bekymringer for, om personer med få økonomiske ressourcer eller med lav social status risikerer at blive overrepræsenterede som modtagere af dødshjælp. Bekymringerne går bl.a. på, om ældre og socialt dårligt stillede er mere modtagelige overfor pres fra pårørende eller omsorgsudøvere, således at frivilligheden bag en anmodning om dødshjælp kan betvivles.

Psykiske lidelser

Der har været fremført bekymringer om, hvorvidt personer med en psykiatrisk diagnose er i risiko for at være overrepræsenterede som modtagere af dødshjælp. En årsag er, at det kan være vanskeligt at forvise sig om, at psykiatriske patienter er uden realistiske udsigter til bedring, og om patienten har taget et kompetent, konsistent og selvstændigt valg om at ville dø. Prognosen er ikke lige så klar, som den kan være ved somatiske sygdomme, da det kan være vanskeligt at forudsige, hvorledes psykiske sygdomme vil udvikle sig. Kritikken udstrækker sig også til de, der lider af en fysisk sygdom, men som også har en psykiatrisk diagnose eller på anden vis er ramt af forhold, som kan influere på beslutningskompetencen.

'Det vil vi gerne vide': vælger patienter dødshjælp på grund af depression?

SMER fremhæver, at det kan være vanskeligt at trække en grænse mellem, hvad der udgør en naturlig nedtrykthed over for dødens uundgåelighed, og hvad der udgør en depressionssygdom, der lader sig behandle, hos stærkt lidende patienter. Studier, hvor man har forsøgt at identificere patienter, der lider af en klinisk depression, er dog nået frem til, at depression er almindeligt blandt patienter ved livets afslutning. Studier har også vist, at der er en sammenhæng mellem depression og ønsket om at fremskynde døden hos patienter ved livets afslutning. Resultater som disse taler for argumentet om, at der ofte ligger en depression bag ønsket om dødshjælp. I et case-kontrolstudie, hvor forskerne klinisk vurderede patienterne for depression, fandt man en statistisk signifikant sammenhæng mellem depression og ønsket om dødshjælp. Til sammenligning har studier fra Nederlandene

ikke vist nogen signifikante forskelle i forekomsten af depression hos patienter, der ønsker aktiv dødshjælp, sammenlignet med andre patienter med den samme underliggende sygdom. Dette står i kontrast til et tredje studie, som anses for at være det bedst udførte, hvor man fandt, at depression var tre gange så almindelig blandt patienter, der ønskede aktiv dødshjælp. Det kan også fremhæves, at flere studier i Oregon viser, at sammenhængen mellem ønsket om dødshjælp og en følelse af håbløshed er stærkere end sammenhængen med depression. Samlet set er der noget, der taler for, at i det mindste en del af de patienter, der ønsker dødshjælp i Oregon, faktisk lider af depression. Der er også noget, der taler for, at patienter, både i Oregon og i Nederlandene, oftere lider af depression end andre patienter, selvom sammenhængen er mindre entydig. Påstanden synes således at være rigtig i et mindre omfang, med det forbehold, at mange personer der anmoder, ikke er deprimerede. Flere studier viser en stærkere association mellem anmodninger om dødshjælp og en følelse af håbløshed, uanset om man er deprimeret eller ej. Samtidig viser ensartede studier både fra Oregon og Nederlandene, at en stor del af de patienter, der ønsker dødshjælp, ikke lider af depression. Tilgængelige oplysninger taler derfor imod, at ønsket om dødshjælp generelt skulle være udtryk for depression.⁵⁸

Personer med funktionsnedsættelser

I Nederlandene indgår funktionsnedsættelser som en mulig komponent i den medicinske begrundelse for dødshjælp. Dette har fået kritikere til at pege på en fare for stigmatisering, og for at personer med et handicap kan få dødshjælp præsenteret som en mulighed, givet at man kan leve udfordrende liv.

Stigmatisering handler både om, at man risikerer at påføre enkeltpersoner problemer eller selvopfattelser, de ikke i udgangspunktet har, men som kun kendes som stereotyper. Faren er, lyder kritikken, at den evaluering af livskvalitet, der nødvendigvis må tjene som grundlag for adgang til dødshjælp, også vil virke som en evaluering af de levede liv, som ikke nærer noget ønske om dødshjælp, men som ikke desto mindre er tvunget til at se sit liv gennem dødshjælpens nyetablerede briller.

Omvendt lader der sig også formulere en bekymring for, at muligheden for døds-hjælp risikerer at skygge for de udfordringer, personer med funktionsnedsættelser reelt har, og som kan være anledning til lav livskvalitet, fordi der bliver opstillet nogle forventninger til og forestillinger om, hvem der er, og hvad det vil sige at være ressourcestærk.

Man risikerer at påføre eller fratage personer med funktionsnedsættelser sårbarhed ud fra en forhåndsbetragtning af, hvem de er, eller hvilken gruppe de tilhører. Sårbarhed kan komme og gå, livskriser kan komme og gå, og det tilgængelige niveau for hjælp er med til at afgøre, hvilke personlige ressourcer man har i sådanne situationer.

Væsentligt for denne kritik er, at det ikke er tilgængeligheden af døds-hjælp som sådan, der kan opleves stigmatiserende, men netop de bestemte antagelser om sammenhænge mellem funktionsnedsættelser og livskvalitet, fx at det er let for omverdenen at forstå, at personer med omfattende fysiske handicap ikke formår at bevæge sig så godt og at det derfor er forståeligt, hvorfor man måtte ønske at dø. Stigmatiseringen består her i at opleve ens egen kropslige virkelighed beskrevet som en legitim årsag til at ønske sin egen død.

7.3.3 Det vil få negative konsekvenser for læge-patientforholdet

Et væsentligt princip for lægefagets etiske selvforståelse er udsagnet 'primum non nocere' (først, eller først og fremmest, ikke skade). Det ligger så at sige i lægegerningen at fremme helbredelse og derfor ikke at tage liv, også selvom det i få tilfælde kan vurderes som nyttigt.

Det er hævdet, at lægegerningen hviler på et særligt livredende moralsk grundlag, eller at der eksisterer en særlig etos for lægegerningen og sundhedsvæsenet (inkarneret i opråbet 'er der en læge ombord?'). I forlængelse heraf argumenteres der for, at det kan tænkes, at sundhedspersoner er underlagt en højere etisk standard, deres særlige kompetencer taget i betragtning.⁵⁹

Udfordringen er, at selv om man mener, at drab eller selvmord ikke er principielt forkert, så er det stadig muligt at mene, at det er det, hvis det er læger, som foretager en sådan handling. Den danske Lægeforening peger på, at døds-hjælp er i grundlæggende modstrid med lægens og sundhedsvæsnets rolle, som er at gavne patienten gennem forebyggelse, behandling og omsorg.⁶⁰

Man bør således ikke tage fejl af, hvor kontroversielt et tiltag dødshjælp kan være set med lægefaglige øjne, hvis man kombinerer et grundlæggende princip om ikke at skade med en sundhedsfaglig livreddende etos. Et eksempel på, at lægerollen i nogles øjne kan være med til at fastlægge et bestemt perspektiv, er allerede givet i diskussionen af kausalitet og intention i afsnit 6.2.3. Grunden til at spørgsmålet om det særligt ansvarspådragende, ved at have en intention om at dræbe patienten, fremhæves så ofte blandt læger, kunne netop bestå i, eller i hvert fald forstærkes af, en særlig pligt eller livreddende etos.⁶¹



Det er hævdet, at lægegerningen hviler på et særligt livreddende moralsk grundlag eller at der eksisterer en særlig etos for lægegerningen og sundhedsvæsenet (inkarneret i opråbet 'er der en læge ombord?').

Det kan derfor synes oplagt, at udøvelsen af dødshjælp er uforeneligt med at virke som læge. Men måske det ikke er helt så enkelt at afgøre? For hvad er formålet med lægegerningen og med sundhedsvæsenet som denne gernings praktiske ramme? Ét formål kan siges at være at forhindre og udsætte døden. Ud fra en sådan forståelse virker et tilbud om dødshjælp ikke til at være nærliggende. Man kan dog argumentere for, at dette er alt for generel en målsætning, og at lægers virke i sundhedsvæsenet handler om behandlingen af sygdom. Formålet med sundhedsvæsenet er, i denne optik, at undgå, fjerne eller mindske smerte og funktionsfejl.

De to nævnte formål vil ofte overlappe, men er dog ikke helt ens. Det ene handler om at forebygge og helbrede sygdom (altså også smerter og lidelser), det andet om at forhindre og udsætte døden. Og de to formål kan komme i konflikt med hinanden, særligt når udsættelse af døden ikke længere er med til at afhjælpe smerter eller lidelser. Man kan tænke sig tilfælde, hvor smertelindring eller lidelsers ophør kræver, at man opgiver det andet formål, nemlig at forhindre eller udsætte døden. Der kan argumenteres med, at netop det at gøre godt og at respektere patienters selvbestemmelse i høj grad er en del af en lægelig forpligtelse, således at de er forpligtede på ikke at lade patienter lide, hvis de har midlerne til at undgå dette. Der kan være formål, som er sensitive overfor, at lægegerningen eksisterer i og legitimeres af en større kontekst, som også inkluderer at arbejde for øget velfærd eller selvbestemmelse. Nogle vil mene, at dødshjælp med rimelighed bør betragtes som del af en sådan kontekst.

I forlængelse af spørgsmålet om lægens pligter er det blevet fremført, at uanset om det er forsvarligt eller ej for læger at udføre dødshjælp, så vil det få negative konsekvenser for patienters tillid til lægen og til dennes helhjertede interesse for, hvad der er i patientens bedste interesse. Borgere bør kunne være trygge ved, at læger behandler dem professionelt, og at de kan sige, hvad de fejler eller har på hjerte, uden frygt for at det bliver brugt mod dem. Tilliden må anses for særligt vigtig, fordi lægen ofte vil besidde en autoritet i forhold til patienten. Autoriteten består i, at lægen har en særlig indsigt i patientens almene helbredsmæssige tilstand og dermed

kan indtage en privilegeret position som rådgiver om forhold, der er af afgørende betydning for patientens liv. Hvis det kommer til at ligge i patienters og lægers bevidsthed, at dødshjælp er en mulighed, vil det også risikere at blive en overvejelse i behandlingsforløbet og dermed gøre lægens rolle tvetydig for patienten.

En yderligere vanskelighed består i, om der er tilstrækkeligt med læger, som vil være villige til at udføre dødshjælp. Det er blevet fremført, at ved siden af at være en alvorlig udfordring for professionens etik, så vil det også indebære store sjælelige og psykologiske omkostninger for læger. Den psykologiske byrde ved at have denne ret/mulighed/pligt kan meget vel vise sig at være en høj pris at betale for læger, særligt hvis det fører til en distance eller ufølsomhed, når det drejer sig om at skade en patient.⁶²

'Det vil vi gerne vide': udgør dødshjælp en byrde for sundhedsprofessionelle?

SMER fremhæver, at der er relativt få oplysninger om, hvordan læger og andet sundhedspersonale påvirkes af at blive involveret i processen omkring dødshjælp. De tilgængelige studier fra Oregon og Nederlandene understøtter dog antagelsen om, at det for mange læger indebærer en betydelig følelsesmæssig belastning og en stor følelse af ansvar at give eutanasi eller assisteret dødshjælp. Det ser dog ud til, at kun en mindre del af dem fortryder eller ikke er villige til at gentage handlingen. Efter legaliseringen i Oregon har der været rapporter om, at læger, der var tilhængere af loven, oplevede bekymring for at blive stigmatiseret, fordi kolleger eller patienter kunne tage afstand fra dem, hvis de deltog i assisteret dødshjælp. Der er dog ingen tilgængelige oplysninger om, hvorvidt disse bekymringer er blevet bekræftet. Data viser, at det er meget almindeligt for sygeplejersker og socialarbejdere inden for palliativ pleje i Oregon at have samtaler med patienter om assisteret dødshjælp. En tredjedel af dem, der har haft sådanne samtaler, fandt det ubehageligt. Ikke desto mindre mente sygeplejerskerne og socialarbejderne ret konsekvent, at man ikke bør forlade en patient, der ønsker adgang til dødshjælp, uanset ens personlige holdning til spørgsmålet. Et flertal af lægerne i Oregon støttede Death with Dignity Act, da den blev indført. Færre var dog villige til selv at deltage

i assisteret selvmord. De læger, der har deltaget, rapporterer ambivalente følelser: den følelsesmæssige byrde er stor, men de fortryder generelt ikke deres deltagelse.⁶³

Endelig er det også værd at spørge, om det overhovedet behøver være læger, der udfører dødshjælp? Det er få, der forestiller sig, at læger overhovedet ikke skal spille nogen rolle. Dette hænger sammen med afgrænsningsproblematikken. Alle modeller for dødshjælp indeholder betingelser, som personen, der anmoder om dødshjælp, skal leve op til. Vurderingen af, om man gør det, er vanskelig at forestille sig foretaget af personer uden medicinsk baggrund, da vurderingen ofte vil forudsætte ekspertviden om diagnostik og prognostik.

På den anden side involverer en stillingtagen til en anmodning om dødshjælp mange problemstillinger, som må siges at række ud over lægefagligheden. Nogle mennesker finder livet ubærligt og begår selvmord. Det kan skyldes depression, svigt, eller at livet opleves tomt og meningsløst, mens andre begår selvmord på grund af fysisk sygdom og store lidelser. Men, kan man spørge, hvor stor en del af dette store spektrum af lidelser, som kan høre menneskelivet til, bør det være et lægeligt anliggende at vurdere?

Det er derfor næppe således, at der med et tilbud om dødshjælp, kan blive tale om patientens ret, og dermed lægens pligt. Mere nærliggende er det, at det fortsat vil være ulovligt at tage andres liv på deres anmodning, medmindre et kompleks af betingelser er opfyldt (fx en række af de fremhævede betingelser i afsnit 7.2 om praktisk-politiske argumenter for dødshjælp). En sådan lov ville sikre skyldfrihed og ville også kunne fritage læger fra en pligt og gøre det til den enkeltes afgørelse, om man vil følge personens anmodning. Men, det har til gengæld den konsekvens, at lægen i hvert tilfælde ville skulle gøre sig overvejelser om, hvad det rette ville være at gøre i denne situation, og om personen levede op til et muligvis omfattende kompleks af betingelser.

I den forbindelse er det værd at fremhæve, at der i Schweiz, som tillader assisteret selvmord, ikke er noget krav om, at assistancen skal komme fra en læge. I 1942 blev assisteret selvmord gjort ulovligt, men med et markant smuthul. Ifølge straffelovens § 115 er det ikke tilladt at assistere andres selvmord, hvis man selv har nogen vinding af det. I retspraksis er det endt med at betyde, at alle, og ikke blot

læger, kan assistere i udførelsen. Organisatorisk betyder dette, at en række private organisationer tilbyder dødshjælp med udgangspunkt i en retsafgørelse fra 1999, som bl.a. kræver, at man ser patienten selv og sikrer sig, at vedkommende er beslutningskompetent. Vejledninger i udførelsen er blevet udarbejdet, bl.a. af den schweiziske lægeforening og af det nationale råd for biomedicinsk etik.⁶⁴

7.3.4 Det vil få negative konsekvenser for den palliative indsats

Som vi så i afsnit 4.2 er dansk lovgivning ikke indrettet på livsopretholdelse uanset hvad. Patienter skal ikke for enhver pris holdes i live ved at give livsforlængende behandling, når patienter er uafvendeligt døende. Det er en del af en etisk forsvarlig behandling af døende. Dette forhold kan siges at være et udgangspunkt for den afstandtagen til dødshjælp, som anser den for at stå i et modsætningsforhold til den palliative indsats, og som er skeptisk over for en lovliggørelse af dødshjælp, så længe vi som samfund ikke har udtømt mulighederne for at lindre.

Argumentet om, at dødshjælp kan få negative konsekvenser for den palliative indsats, rummer flere dimensioner. Det rummer således argumenter om overbehandling, om kvaliteten og kreativiteten af de palliative ydelser, og om villigheden til at bruge tilstrækkelige ressourcer på dette felt. Argumentet formuleres ofte med afsæt i hypotetiske forhold, som man mener influerer på ønsker om dødshjælp, og som man mener bør adresseres, inden man tyer til dødshjælp som en løsning.

'Det vil vi gerne vide': forholder det sig sådan, at blot adgangen til palliation er tilstrækkelig, så findes der ikke noget behov for dødshjælp?

SMER's undersøgelser fremhæver, at der fra årene efter legaliseringen i Oregon findes oplysninger om, at op mod halvdelen af de patienter, der anmodede om dødshjælp og derefter modtog betydelige sundhedsindsatser, såsom palliativ pleje, ændrede deres holdning og ikke ønskede dødshjælp længere. I en undersøgelse blandt kræftpatienter udført fra 1998 til 2001 fandt man en statistisk signifikant sammenhæng mellem opfattelsen af lav kvalitet af pleje og interesse for dødshjælp. Disse oplysninger taler for, at adgang til palliative indsatser af høj kvalitet kan reducere efterspørgslen efter dødshjælp. Begge

disse undersøgelser er dog relativt gamle, og siden de blev udført, er andelen af patienter i Oregon, der har adgang til palliativ pleje ved livets afslutning, steget. På trods af dette stiger andelen af patienter, der vælger dødshjælp. Dette kan tyde på, at det ikke kun er manglende adgang til palliativ pleje, der får patienter til at anmode om dødshjælp, i det mindste i Oregon, hvor adgangen til palliativ pleje er god. En forklaring på, at efterspørgslen efter dødshjælp stiger, selvom flere patienter tilbydes palliativ pleje, kunne være, at den pleje, der tilbydes, i visse tilfælde, ikke er i stand til at give tilstrækkelig symptomkontrol (måske kombineret med øgede forventninger til plejen med hensyn til at håndtere fysiske og andre symptomer). Derfor er der ikke et godt grundlag for at vurdere, om ønsket om dødshjælp i Oregon, som skyldes utilfredsstillende symptomkontrol, kunne forventes at være mindre med adgang til bedre palliativ pleje, i modsætning til bedre adgang til palliativ pleje, der ikke har reduceret efterspørgslen. Manglende symptomkontrol er dog kun en af de mindre vigtige årsager til at anmode om dødshjælp. Forskningen i motiverne hos patienter, der vælger dødshjælp, viser, at for mange af dem er oplevelsen af en værdig død knyttet til kontrol over døden og bevaret uafhængighed. Dette er et behov, der ikke nødvendigvis kan imødekommes af palliativ pleje. Tværtimod ser det ud til, at nogle patienter vælger dødshjælp netop for at undgå øget afhængighed af pleje.⁶⁵

Udgangspunktet for første hypotetiske 'hvis' lyder, at patienter, ikke for enhver pris skal holdes i live, ved at der gives livsforlængende behandling i situationer, hvor patienter er uafvendeligt døende. I det omfang avancerede behandlingsmuligheder benyttes til at holde patienter i live langt ud over rimelighedens grænse, vil en sådan forlængelse af livet blot føre til en oplevelse af meningsløshed og intensivere en periode, hvor dødshjælp kan udgøre et alternativ til livet. Argumentet lyder, at hvis man i sundhedsvæsenet bliver bedre til ikke at overbehandle døende patienter og bliver bedre i stand til at tale med patienter om de nødvendige beslutninger at træffe ved livets afslutning, og hvis den palliative indsats er fuldt udviklet og fungerer tilfredsstillende, så vil det i langt højere grad være muligt at skabe anstændige rammer for en værdig død for alvorligt syge mennesker alene ved at have tilstrækkeligt fokus på den palliative omsorg. Først derefter vil man være i stand til at foretage en realistisk bedømmelse af, om der overhovedet eksisterer et

reelt behov for dødshjælp blandt alvorligt syge. Tankegangen lyder, at det ikke bør være på grund af en mangelfuld indsats på det palliative område, at dødshjælp for nogle patienter kan tage sig ud som en attraktiv mulighed.



Er den palliative indsats tilstrækkeligt udviklet og udbygget i Danmark?

Argumentet udtrykker en form for kausalitet eller i hvert fald en form for mekanisme mellem medicinske normer, omfang og kvalitet af palliative tilbud og så ønsker om dødshjælp: i det omfang den palliative indsats er utilstrækkelig, vil dødshjælp forekomme mere attraktiv og omvendt; i det omfang dødshjælp etableres, vil den palliative indsats svækkes.

Det leder naturligt til spørgsmålet: er den palliative indsats tilstrækkeligt udviklet og udbygget i Danmark?

I 2020 afgav Statsrevisorerne beretning til Folketinget. Her fandt de, at det var utilfredsstillende, at regionerne ikke havde sikret, at patienter med livstruende sygdomme ved behov havde adgang til specialiseret palliation. Man fandt det også utilfredsstillende, at regionerne ikke i tilstrækkeligt omfang havde sikret en systematisk og effektiv identifikation af den enkelte patients behov for specialiseret palliation.⁶⁶

Forud for denne kritik pegede Sundhedsstyrelsen i sine anbefalinger for den palliative indsats i Danmark (2017) på, at der stadig var meget at gøre. Det blev beskrevet, hvorledes feltet endnu var i sin vorden, og at der var brug for både mere viden, rutine, erfaring og bedre faciliteter. Særligt blev det fremhævet, at døende har meget forskellige, ofte lange og uforudsigelige forløb, og det relevante personale ikke altid var tilstrækkeligt uddannet. Hovedparten af alle palliative indsatser ydes af sundhedsprofessionelle på et basalt niveau, og de har ikke en palliativ indsats som deres hovedområde.⁶⁷

'Det vil vi gerne vide': forringes den palliative pleje, hvis dødshjælp bliver tilladt?

SMER bedømmer, at andelen af patienter, der har adgang til palliativ pleje, når de nærmer sig døden, i Oregon øges på samme måde som i delstater i USA, hvor dødshjælp ikke praktiseres. I Belgien og Luxembourg blev loven om ret til palliativ pleje for døende vedtaget

parallelt med legaliseringen af dødshjælp, og begge lande har efter legaliseringen udvidet den palliative pleje. Også i Nederlandene har der været en markant udvidelse af den palliative pleje målt i strukturelle ressourcer siden legaliseringen. Oplysninger fra både Oregon og Nederlandene taler derfor ikke uden videre for antagelsen om, at udviklingen af palliativ pleje ville aftage, hvis dødshjælp blev legaliseret. Desuden øges andelen af patienter, der har adgang til palliativ pleje, når de nærmer sig døden i Oregon, både blandt alle patienter og blandt dem, der dør ved dødshjælp. Adgangen til palliativ pleje ligger på samme niveau som i resten af USA. I andre lande, der tillader dødshjælp, har den palliative pleje også fortsat med at udvikle sig efter legaliseringen.⁶⁸

I EAPC Atlas of Palliative Care in Europe fra 2019, som leverer opgørelser og sammenligner forholdene landene imellem på en række, ligger Danmark på en 21. plads, når det kommer til det specialiserede palliative tilbud. Det rækker til en middel placering. Interessant nok ligger Luxembourg og Belgien, som begge tillader dødshjælp, på en 3. og 5. plads. Nederlandene til gengæld ligger på en 24. plads, ikke langt under Danmark.⁶⁹

Nogle fortalere for dødshjælp har set med en vis skepsis på forestillingen om, at palliativ medicin skulle være i en principiel modsætning til dødshjælp. Faktisk erklærer nogle sig enige i, at det sandsynligvis kun er et mindretal af terminale patienter, som vil ønske sig dødshjælp, hvis de har adgang til det fulde spektrum af palliative muligheder. Der er til gengæld et mindretal, lyder kritikken, for hvem udsigten til palliativ behandling ikke synes attraktiv eller ligefrem er uforenelig med deres ønsker til livets afslutning. Kritikere fremhæver også, at patienter med kronisk lidelsesfulde tilstande ikke vil se sig hjulpet af en nok så øget palliativ indsats.

Et andet punkt, som fortalere fremhæver, er, at sandsynligheden for negative konsekvenser for den palliative indsats, etablerer en form for argumentatorisk svikmølle: hvis der er en tilstrækkeligt god palliation, så vil der ikke være brug for dødshjælp. Hvis det palliative tilbud er dårligt, så vil det være uforsvarligt med dødshjælp, idet patienter risikerer at blive presset til at vælge dødshjælp på grund af manglende lindrende behandling.⁷⁰

I stedet fremføres det, at lige så vel som det kan fremhæves, at vi ikke kender til det reelle behov for dødshjælp, førend vi har en fuldt udbygget palliativ medicin tilgængelig for alle, kan det fremhæves, at vi ikke kender til, hvor godt konventionelle palliative indsatser tilfredsstillende døende, førend vi har gjort dødshjælp tilgængelig for disse.⁷¹

Spørgsmålet er endvidere, om forholdet mellem palliation og dødshjælp er et enten/eller, eller et både/og? Hvis blot det var således, påpeger kritikere, at relationen mellem palliation og dødshjælp havde den vekselvirkende karakter, at den ene kunne overflødiggøre den anden. For nogle kritikere forekommer det at være en anelse bekvem måde at ræsonnere på, for skal man overhovedet godtage, at man skal vælge mellem at tilbyde god og tilstrækkelig palliation eller at tilbyde dødshjælp?

1. Det Etske Råd har tidligere udtalt sig om dødshjælp i 1996, 2003 og 2012. Alle udtalelser kan findes på Det Etske Råds hjemmeside.
Det Etske Råds udtalelse om eventuel lovliggørelse af aktiv dødshjælp (nationaltcenterforetik.dk) b520785_indh.pdf (nationaltcenterforetik.dk)
...Det Etske Råd... (nationaltcenterforetik.dk)
2. Magelssen, M. (2020). "Språk og virkelighet i dødshjelpsdebatten" i Horn, M., Kleiven DJH & Magelssen, M. (Red.): Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Cappelen Damm Akademisk (2020), s. 36.
3. Campbell, Courtney S. og Cox, Jessica C.: "Hospice and Physician-Assisted Death: Collaboration, Compliance, and Complicity". Hastings Center Report 40, no. 5 (2010): 26-35.
4. Dødshjælp. En kunskapsstallning. Statens Medicinsk-Etiske Råd (2017), s. 16. Herefter betegnet 'SMER'. Sondringen mellem værdibaserede argumenter og faktabaserede argumenter, baserer sig ligeledes på SMER's arbejde.
5. SMER, 2017, s. 150.
6. SMER, 2017, s. 15.
7. Hartlev, Mette, Jakobsen, Peter & Cathaoir, Katharina Ó: Sundhed og jura. Sundhedsretlige perspektiver på sundhedsvæsen, sundhedspersoner og patientrettigheder. Djøf Forlag, s. 254-56.
8. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen (2017). _ (sst.dk)
9. Hartlev, Mette, Jakobsen, Peter & Cathaoir, Katharina Ó: Sundhed og jura. Sundhedsretlige perspektiver på sundhedsvæsen, sundhedspersoner og patientrettigheder. Djøf Forlag (2022), s. 203.
10. Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling, Styrelsen for Patient-sikkerhed (2019). Vejledning om fravalg og afbrydelse af livsforlængende behandling (retsinformation.dk)
11. Hartlev, Mette, Jakobsen, Peter & Cathaoir, Katharina Ó: Sundhed og jura. Sundhedsretlige perspektiver på sundhedsvæsen, sundhedspersoner og patientrettigheder. Djøf Forlag (2022), s. 253.
12. Connor SR, Pyenson B, Fitch K, Spence C, Iwasaki K. Comparing hospice and nonhospice patient survival among patients who die within a three-year window. J Pain Symptom Manage. 2007 Mar;33(3):238-46.
Gelfman LP, Barrón Y, Moore S, Murtaugh CM, Lala A, Aldridge MD, Goldstein NE. Predictors of Hospice Enrollment for Patients With Advanced Heart Failure and Effects on Health Care Use. JACC Heart Fail. 2018 Sep;6(9):780-789.
Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-42.
Maltoni, M., Scarpi, E., Rosati, M., Demi, S., Fabbri, L., Martini, F., Amadori, D., & Nanni, O. (2012). Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, 30(12), 1378-1383.
13. Sundhedsmyndighederne i Oregon har samlet alt tilgængeligt materiale (lovgivning, årsrapporter og andre udgivelser på en samlet Death With Dignity-hjemmeside): [Oregon Health Authority : Oregon's Death with Dignity Act : Death with Dignity Act : State of Oregon](#)
14. [DWDA 2022 Data Summary Report \(oregon.gov\)](#), s. 5.
15. [DWDA 2022 Data Summary Report \(oregon.gov\)](#)
16. [DWDA 2022 Data Summary Report \(oregon.gov\)](#)
17. Ganzini L, Goy ER och Dobscha SK. (2009). Oregonians' reasons for requesting physician aid in dying. Arch Intern Med, 169:489-492.

18. SMER, 2017, s. 108.
19. SMER; 2017, s. 109.
20. Buijsen, Martin & Verhagen, Eduard: "Should the Dutch Law on Euthanasia Be Expanded to Include Children?" in Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 32: 1 (2023).
21. Samtlige årsrapporter fra de nederlandske regionale eutanasi review kommitteer er samlet tilgængelige her: Home | Regional Euthanasia Review Committees (euthanasiecommissie.nl)
22. Onwuteaka-Philipsen BD m.fl. (2012). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. Lancet, 380:908-915.
23. [RTE_JV2022_ENGELS.pdf](#)
24. Sumner, L.W.: Physician-Assisted Death. Oxford University Press (2017), s. 38.
25. SMER, 2017, s. 166-67.
26. Cassel, Eric: The Nature of Suffering. Oxford University Press.
27. Beauchamp, T.L. & Childress, J.F.: Principles of Biomedical Ethics. 8th Edition, Oxford University Press (2013).
28. Ganzini L, Goy ER och Dobscha SK. (2009). Oregonians' reasons for requesting physician aid in dying. Arch Intern Med, 169:489-492.
Ganzini L, Goy ER och Dobscha SK. (2008b). Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. BMJ, 337:a1682.
Ganzini L m.fl. (2000). Physicians' experiences with the Oregon death with dignity act. N Engl J Med, 342:557-563.
Ganzini L m.fl. (2002). Experiences of Oregon nurses and social workers with hospice patients who requested assistance with suicide. N Engl J Med, 347:582-588.
Georges JJ m.fl. (2007). Relatives' perspective on the terminally ill patients who died after euthanasia or physician-assisted suicide: a retrospective cross-sectional interview study in the Netherlands. Death Stud, 31:1-15.
29. SMER, s. 114.
30. Ganzini L m.fl. (2003b). Oregon physicians' perceptions of patients who request assisted suicide and their families. J Palliat Med, 6:381-390.
31. Eutanasi - lovliggørelse af drab på begæring? Det Ethiske Råd (2003), s. 36.
[b520785_indh.pdf \(nationaltcenterforetik.dk\)](#)
32. Hartling, Ole: Aktiv dødshjælp. Kan vi mere end vi kan magte? Gyldendal (2105), s. 56.
33. Moen, Ole Martin & Sterri Aksel Braanen: Aktiv dødshjælp. Cappelen Damm Akademisk (2019), s. 79.
34. Eutanasi - lovliggørelse af drab på begæring? Det Ethiske Råd (2003), s. 21.
[b520785_indh.pdf \(nationaltcenterforetik.dk\)](#)
35. SMER, 2017, s. 177.
36. Hartling, Ole: Aktiv dødshjælp. Kan vi mere end vi kan magte? Gyldendal (2105), s. 56.
37. Dige, Morten: "Assisteret død og det forkætrede autonomibegreb» i Bibliotek for læger, 6. marts 2023. Assisteret død og det forkætrede "autonomibegreb | Ugeskriftet.dk. I samme nummer af Bibliotek for læger svarer tidligere overlæge Ole Hartling på artiklen: Hartling, Ole: "Dødshjælp – et område med gode viljer og eufemismer" i Bibliotek for læger, 3. marts 2023. Dødshjælp – et område med gode viljer og eufemismer | Ugeskriftet.dk
38. Childress, James : "Autonomy" i Veatch, Robert M. (red.): Cross-cultural perspectives in medical ethics. Jones and Bartlett Publishers, Inc. (2000).

39. SMER, 2017, s. 170.
40. Moen, Ole Martin & Sterri Aksel Braanen: Aktiv dødshjælp. Cappelen Damm Akademisk (2019), s. 17.
41. Birkler, Jacob: Døden i et professionelt perspektiv. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck (2015), s. 92.
42. Magelssen, M. (2020). "Språk og virkelighet i dødshjelpsdebatten" i Horn, M., Kleiven DJH & Magelssen, M. (Red.): Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Cappelen Damm Akademisk (2020), s. 46.
43. Hartling, Ole: Aktiv dødshjælp. Kan vi mere end vi kan magte? Gyldendal (2105), s. 31.
44. Horn, Morten: "Er det mulig å lage en entydig, rettferdig og forsvarlig dødshjelpslov?" i Horn, M., Kleiven DJH & Magelssen, M. (Red.): Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Cappelen Damm Akademisk (2020), s. 291-309.
45. Det Etske Råds udtalelse om eventuel lovgivning af aktiv dødshjælp. Det Etske Råd (2012), s. 20. [Det Etske Råds udtalelse om eventuel lovgivning af aktiv dødshjælp \(nationaltcenterforetik.dk\)](#)
46. Sumner, 134.
47. [Carter v. Canada \(Attorney General\) - SCC Cases \(lexum.com\)](#)
48. SMER, 2017, s. 176.
49. SMER, 2017, s. 174-76.
50. SMER, 2017, s. 173.
51. Moen, Ole Martin & Sterri Aksel Braanen: Aktiv dødshjælp. Cappelen Damm Akademisk (2019), s. 102.
52. Eutanasi - lovgivning af drab på begæring? Det Etske Råd (2003), s. 26. [b520785_indh.pdf \(nationaltcenterforetik.dk\)](#)
53. SMER, 2017, s. 178.
54. Eutanasi - lovgivning af drab på begæring? Det Etske Råd (2003), s. 27. [b520785_indh.pdf \(nationaltcenterforetik.dk\)](#)
55. SMER, 2017, s. 180-81.
56. Tuffrey-Wijne et.al.: "Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012–2016)". BMC Medical Ethics (2018) 19:17.
Tuffrey-Wijne et.al.: "Euthanasia and physician-assisted suicide in people with intellectual disabilities and/or autism spectrum disorder: investigation of 39 Dutch case reports (2012-2021)" in BJPsych (2023) 9(3).
57. Moen, Ole Martin & Sterri Aksel Braanen: Aktiv dødshjælp. Cappelen Damm Akademisk (2019), s. 91-92.
58. Ganzini L, Goy ER och Dobscha SK. (2008a). Why Oregon patients request assisted death: family members' views. J Gen Intern Med, 23:154-157.
Ganzini L, Goy ER och Dobscha SK. (2008b). Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. BMJ, 337:a1682.
Tolle SW m.fl. (2004). Characteristics and proportion of dying Oregonians who personally consider physician-assisted suicide. J Clin Ethics, 15:111-118.
Levene I och Parker M. (2011). Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. J Med Ethics, 37:205-211.
van der Lee ML m.fl. (2005). Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. J Clin Oncol, 23:6607-6612.

59. Di Nucci, Ezio: Ethics4Medics. Munksgaard (2023), s. 105.
60. Lægeforeningens holdning til aktiv dødshjælp (laeger.dk)
61. Hartling, Ole: Aktiv dødshjælp. Kan vi mere end vi kan magte? Gyldendal (2105), s. 56.
62. Kass, Leon: "Neither for Love nor Money: Why Doctors Must Not Kill" i Public Interest 94 (1989), s. 25-46.
63. SMER, 2017, s. 182.
64. Mauron, A.: "Acting on a wish to die at the end of life: The Swiss situation" i C. Rehmann-Sutter, H. Gudat & K. Ohnsorge (Red.), The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care (2015), Oxford University Press s. 97-106.
65. SMER, 2017, s. 169-70.
66. Beretning om adgangen til specialiseret palliation. Folketinget, Rigsrevisionen (2020). Beretning om adgangen til specialiseret palliation (rigsrevisionen.dk)
67. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen (2017). _ (sst.dk)
68. SMER, 2017, s. 171
69. EAPC Atlas of Palliative Care (2019). UN PALIATIVOS Atlas Europa19 Proto Abr1_Miriam definitivo 17.indd (hospiz.at)
70. Moen, Ole Martin & Sterri Aksel Braanen: Aktiv dødshjælp. Cappelen Damm Akademisk (2019).
71. Sumner, L.W.: Physician-Assisted Death. Oxford University Press (2017), s. 150.



**NATIONALT
CENTER FOR ETIK**

Ørestads Boulevard 5
2300 København S
dketik@dketik.dk
nationaltcenterforetik.dk



**DET
ETISKE
RÅD**