

# Bemærkninger til Etisk Råds afvisning af en legalisering af aktiv dødshjælp

Til Folketingets sundhedsudvalg

## 1. Opsummering

Et markant flertal på 16 ud af Etisk Råds 17 medlemmer er enige om at afvise en legalisering af aktiv dødshjælp. Hovedsynspunktet er, at det i princippet er umuligt at etablere en forsvarlig regulering af dødshjælp. Af sammenhængen fremgår, at flertallet desuden også mener, at spørgsmålet hermed er undersøgt grundigt nok, og flertallet kan derfor heller ikke tilslutte sig, at der igangsættes en grundig udredning. Flertallets begrundelser kan læses i Etisk Råds udtalelse af 21. september 2023 (Anbefaling 1, s. 7-9), og den fylder knap 2 ud af 90 sider i den i øvrigt grundige redegørelse.

Flertallets begrundelser er, at en legalisering af aktiv dødshjælp vil:

(a) være i konflikt med hensynet til sårbare individer, og vil føre til, at vi ikke længere kan beskytte 'livet hos og agtelsen for' de mest sårbare og at der vil opstå et forventningspres mod de mest sårbare.

(b) føre til en uacceptabel ændring af fundamentale normer og forestillinger om 'alderdom, dødens komme, livskvalitet, og hvad det vil sige at tage hensyn til andre', ligesom en legalisering vil være i konflikt med en norm om lige 'krav på respekt og værdighed' og sende et signal om af 'nogle liv ikke er værd at leve'.

(c) vil stille sundhedsprofessionelle overfor den umulige opgave at afgøre, hvornår et 'ønske om dødshjælp har den fornødne dybde og vedholdenhed', eller om en person har 'tilstrækkeligt gode grunde til at ønske dødshjælp'. Sundhedsprofessionelle bør ikke stilles overfor at skulle fortage sådanne vurderinger.

(d) være overflødig. Hvis man bliver bedre til at undgå overbehandling, bedre til at hjælpe patienter til at træffe nødvendige beslutninger i tide, og hvis den palliative behandling udbygges tilstrækkeligt, så vil der ikke være behov for aktiv dødshjælp.

Overordnet mener vi, at flertallets grunde hverken er klare, veldokumenterede eller overbevisende. Ligeledes er det svært at se, hvordan flertallets begrundelser har en forankring i Etisk Råds egen redegørelse for forholdene omkring legalisering af aktiv dødshjælp, herunder de faktuelle forhold:

### Ad (a)

Etisk Råds redegørelse fremlægger ingen evidens, der taler for, at sundhedsprofessionelle ikke er i stand til at tage vare på sårbare individer, hverken i den nuværende situation, hvor en række former for livsforkortende medicinske beslutninger er fuldt legale, eller hvis aktiv dødshjælp blev legaliseret. En legalisering af aktiv dødshjælp vil kræve, at sundhedsprofessionelle vurderer, at en person er fornuftig, udtrykker et oprigtigt

ønske, og er i en tilstand af ubærlig lidelse. Sundhedsprofessionelle fortager sådanne vurderinger hver dag, både hos sårbare og hos ikke-sårbare. Medicinsk behandling kræver informeret samtykke fra fornuftbare personer, og personale vurderer derfor hele tiden, om patienter er fornuftbare, og de forsøger hele tiden at vurdere, hvad patienters oprigtige ønsker til behandling er. Hvis en patient tilbydes palliativ behandling, så er det fordi sundhedsprofessionelle har vurderet, patienten er i en tilstand af lidelse, der berettiger palliativ behandling. Flertallet og Etisk Råds redegørelse fremlægger ingen som helst grunde til at tro, at sundhedsprofessionelle ikke kan foretage disse vurderinger på en betryggende måde, også når det gælder sårbare individer. Flertallet fremlægger heller ingen evidens for, eller grunde til at mene, at sundhedsprofessionelle ikke *netop* ved at vurdere, om sårbare mennesker er fornuftbare, er i en tilstand af ubærlig lidelse, og oprigtigt ønsker den ene eller den anden eller slet ingen form for hjælp i døden, kan yde sårbare mennesker præcist den respekt og beskyttelse, der er brug for.

#### Ad (b)

Flertallet angiver ikke, hvilke fundamentale normer, menneskesyn eller forestillinger, der vil forandres eller undermineres, hvis aktiv dødshjælp legaliseres. Det er nærliggende at antage, at et liberalt demokratisk samfund som det danske er baseret på en familie af normer og værdier, der vægter autonomi, frihed, lighed, samt en norm om, at staten skylder sine borgere transparente, forståelige og rationelle begrundelser, hvis den ønsker at indskrænke deres frihed. Det er denne familie af værdier, der ligger til grund for princippet om informeret samtykke til medicinsk behandling, men også for vores demokrati, retsstat og for vores gængse forestillinger om, hvad det vil sige at behandle mennesker respektfuld og værdigt. Disse værdier synes i den forstand fundamentale for vores samfund. Men ingen af dem er truet af en legalisering af aktiv dødshjælp; tværtimod er det jo netop disse værdier, der taler for en legalisering.

#### Ad (c)

Som nævnt kræver en legalisering af aktiv dødshjælp, at sundhedsprofessionelle tager stilling til, om en person er fornuftbar, oprigtigt ønsker aktiv dødshjælp, og er i en tilstand af ubærlig lidelse. I lande hvor aktiv dødshjælp er legaliseret foretager sundhedsprofessionelle disse vurderinger. Den tilgængelige videnskabelige evidens gennemgås i Etisk Råds egen redegørelse, og den viser, at der ikke er noget, der tyder på, at det ikke kan lade sig gøre, eller at det skulle være en urimelig svær byrde for sundhedsprofessionelle.

#### Ad (d)

Flertallets antager, at uden overbehandling, med flere samtaler, og med en fuldt udbygget palliativ behandling, så vil der ikke være behov for aktiv dødshjælp. Dette synes baseret på anekdotisk evidens. Etisk Råds egen redegørelse peger i den modsatte retning, idet redegørelsen fremlægger videnskabelig evidens for, at der er en signifikant efterspørgsel på adgang til legal aktiv dødshjælp også i lande, hvor der tilbydes palliativ behandling af et omfang og kvalitet som den danske eller bedre.

Konklusion må blive, at det er meget svært at se, at flertallet har fremlagt begrundelser, der berettiger en afvisning af en legalisering af aktiv dødshjælp, for slet ikke at tale om en afvisning af, at der iværksættes en grundig udredning.

## 2. Uddybende bemærkninger

I det følgende gennemgår vi flertallets begrundelser i detaljer.

### 2.1 Generelle bemærkninger

Som Etisk Råds redegørelse forklarer, så har man set nærmere på to modeller for legalisering af forskellige former for dødshjælp:

- (A) Assisteret selvmord på begæring af en person, der er fornuftshabil, har en kendt og sikker terminal tilstand, og som ikke har psykisk sygdom (Oregon-modellen).
- (B) Aktiv dødshjælp på begæring af en person, der er fornuftshabil, vedvarende og oprigtigt ønsker aktiv dødshjælp, og som har en tilstand af ubærlig lidelse (den Nederlandske model).

De to modeller kan siges at være yderpoler. Det er afgørende for analysen, at man sammenholder disse to modeller med den række af potentielt livsforkortende praksisser, der i årtier har været legaliserede i Danmark (jf. s. 27):

- (C) Behandlingsophør på begæring af en patient. Her kræves hverken, at der er en sikker terminal diagnose eller at læger eller andre verificerer ubærlig lidelse. Der kræves nok, at patienten ikke er akut psykotisk, men ikke, at patienten ikke har en psykisk lidelse. Der kræves blot, at en juridisk myndig person ikke giver sit samtykke til behandling. Det kan også ske ved hjælp af forhåndsdirektiver, hvor en person frabeder sig behandling.
- (D) Medicinsk begrundet handlingsophør. Hvis en behandling ikke skønnes at give medicinsk mening (fordi den f.eks. kun vil forlænge livet ganske kort eller fordi det faglige skøn er, at den ikke gør gavn), så kan den behandlingsansvarlige læge beslutte ikke at iværksætte den, uanset hvor meget patienten ønsker den.
- (E) Behandling, der har som kendt mulig effekt, at døden fremskyndes, f.eks. smertebehandling. Det skal ske efter patientens samtykke, og der et krav om, at patienten er uafvendeligt døende.
- (F) Palliativ sedering, som er, at man 'sænker bevidsthedsniveauet med beroligende og angstdæmpende midler med henblik på, at patienten ikke længere skal opleve svære symptomer.' Patienten er bevidstløs, med andre ord. Palliativ sedering bruges, når det faglige skøn er, at en patients 'fysiske, psykiske og eksistentielle symptomer' ikke kan lindres på andre måder (s. 28). I praksis vil det ofte nok ikke være muligt at indhente samtykke til palliativ sedering, ligesom der ikke er noget krav om, at patienten ikke er psykisk syg. Behandlingen består i, at patienten holdes permanent bevidstløs, indtil han eller hun dør.

Der er altså en række fuldt lovlige medicinske praksisser i Danmark, som i nogle tilfælde kan være livsforkortende. I flere af disse praksisser, er der ikke krav om patienters samtykke (D), ikke krav om, at patienten ikke har en historie med psykisk sygdom, og ikke noget krav om ubærlige lidelser eller at patienten er uafvendeligt døende (C). Men hvad måske er vigtigst at bemærke er, at i lande, der har legaliseret A og B, kræves en indrapportering af hver enkelt tilfælde af dødshjælp i disse kategorier. Tallene er derfor offentligt tilgængelige. Desuden gælder det, som det hedder i Etisk Råds redegørelse, at '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' (s. 22). I Nederlandene er der altså både en indrapporteringspligt samt et krav om monitorering af hvert enkelt tilfælde i kategorien B.

Til sammenligning er der i Danmark journalpligt, dvs. pligt til, at vigtige momenter i behandlingen noteres i patientens journal. Mens der ikke er nogen pligt til at indrapportere tilfælde af livsforkortende praksisser, der falder under C, D og E, F til nogen instans. Der er heller ikke nogen monitorering, af hvad der foregår. Man ved derfor ikke, hvor mange tilfælde af disse praksisser, der er, eller hvad der i øvrigt karakteriserer dem. Man ved heller ikke, hvor mange tilfælde af A og B, der faktisk forekommer i Danmark. At de er ulovlige, betyder jo ikke, at de ikke forekommer, men blot, at de næppe vil blive registreret endsige monitoreret, hvis de forekommer. Og videre: hvis der forekommer misbrug eller glidning af praksisser som C, D, E og F, så vil det være svært at opdage, da der jo ikke er nogen rapportering eller særlig monitorering.

Helt overordnet kan man undre sig over, at flertallet finder, at transparente og omhyggeligt monitorerede livsforkortende praksisser som A og B slet ikke lader sig regulere på forsvarlig vis, mens tilsyneladende meget beslægtede praksisser, der er langt mindre transparente og som ikke monitoreres, ikke udgør noget som helst problem, hverken praksisserne som sådan eller den retlige regulering af dem. Flertallet forklarer ikke på nogen forståelig måde, hvordan det hænger sammen.

## 2.2 Bemærkninger til de enkelte grunde

Flertallet anfører sine begrundelser for en afvisning af en legalisering af aktiv dødshjælp i en kort tekst på to sider. Hovedsynspunktet er som sagt, at der ikke kan laves en forsvarlig lovgivning, der legaliserer aktiv dødshjælp. I det følgende kommenteres hver af de angivne grunde, som for overskuelighedens skyld gengives i nummereret og let sprogligt tilrette form:

- (1) *Det eneste, som vil kunne beskytte livet hos og agtelsen for de, som er mest sårbare i samfundet, vil være et undtagelsesløst forbud.*

Ideen er nok følgende. Ser man på gruppen af de mest sårbare (uanset hvordan det i øvrigt defineres nærmere), så vil der selvfølgelig her være mennesker, der kommer i en situation, hvor der oprigtigt ønsker aktiv dødshjælp på grund af ubærlige lidelser. Den situation kan sårbare mennesker stå i, lige som alle andre. Problemet er, at i gruppen af de mest sårbare vil der også være individer, som faktisk ikke oprigtigt ønsker aktiv dødshjælp, eller som på anden måde ikke lever op til kriterierne, men som alligevel får tilbudt og tager imod aktiv dødshjælp. Den eneste måde at forhindre denne situation i at opstå, er at ingen gives adgang til legaliseret aktiv dødshjælp.

Ideen med agtelse er beslægtet. I gruppen af de mest sårbare, hvordan den end defineres, vil der være mennesker, der oprigtigt ønsker aktiv dødshjælp på grund af ubærlige lidelser. Det er ikke her problemet ligger. Men blandt de mest sårbare vil også være individer, der tilbydes og måske tager imod aktiv dødshjælp, selvom de ikke oprigtigt ønsker det, eller selvom de ikke har ubærlige lidelser. Agtelsen for denne sidste gruppe kræver ifølge (1), at ingen overhovedet får adgang til legaliseret aktiv dødshjælp, hverken sårbare eller ikke sårbare, og uanset at de faktisk oprigtigt ønsker aktiv dødshjælp og har ubærlige lidelser.

Hvis man ser på den Nederlandske model, så er forudsætningen, at personer har legal adgang til aktiv dødshjælp når de er fornuftshabile, vedvarende og oprigtigt ønsker sig aktiv dødshjælp, og er i en tilstand af ubærlig lidelse. Sundhedsprofessionelle skal vurdere, at disse betingelser er opfyldt. Ideen i (1) kan være, at når det drejer sig om sårbare personer, så kan læger og andre sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen ikke foretage de relevante vurderinger, dvs. vurderingen af, om en person er fornuftshabil, vedvarende og oprigtigt ønsker sig aktiv dødshjælp og er i en tilstand af ubærlig lidelse. Sårbare personer vil derfor blive tilbudt aktiv dødshjælp, selvom de faktisk ikke er fornuftshabile, ikke oprigtigt ønsker aktiv dødshjælp, eller ikke er i en tilstand af ubærlig lidelse.

Etisk Råds redegørelse fremlægger ingen særlige dokumentation for, at dette skulle være en reel risiko. Der henvises heller ikke til empiriske undersøgelser af sundhedsvæsenets generelle evne til at tage vare på sårbare mennesker. Enhver medicinsk behandling af fornuftshabile personer kræver som udgangspunkt informeret samtykke, og derfor vil sundhedspersonale jo helt rutinemæssigt vurdere, om en patient faktisk er fornuftshabil (hvad de fleste jo er). Det gælder også sårbare mennesker. Det er svært at se, hvorfor en vurdering af, om en person er fornuftshabil ikke kan foretages, når det drejer sig om en sårbar person.

En vurdering af, om en person oprigtig har et ønske om aktiv dødshjælp er i praksis en vurdering af, om personen formulerer dette ønske, fastholder det gennem længere tid, og fastholder det også, hvis man nævner andre muligheder, og at ønsket i øvrigt virker meningsfuldt givet personens situation. Hvis en sårbar person gennem længere tid fastholder sit ønske om aktiv dødshjælp, og det i øvrigt er et ønske, der giver mening i forhold til personens situation, hvad kan der så være af grunde til at antage, at vedkommende alligevel ikke mener det?

En vurdering af, om en person er i ubærlig lidelse, vil i noget omfang være en vurdering af, om personen har voldsomme smerter eller andre fysiske lidelser. Det er selvfølgelig vanskeligt for fagpersoner at foretage disse vurderinger. Men igen: det gør man hele tiden i sundhedsvæsenet. Og vurderingen af, om en person har voldsomme smerter eller andre fysiske lidelser vil være af samme karakter, uanset om personen er sårbar eller ikke-sårbar. Man kan selvfølgelig være sårbar alene fordi man er i ubærlige lidelser. Men det virker mærkværdigt at hævde, at netop når en person er sårbar på grund af ubærlige lidelser, så kan sundhedspersonale slet ikke foretage den vurdering, at der foreligger ubærlige lidelser, fordi der nu er tale om en sårbar person.

En vurdering af, hvor alvorlige et menneskes lidelse er, bør nok normalt tage et væsentligt hensyn til dette menneskes eget perspektiv på sin situation. Ét menneske kan anlægge det perspektiv på sit eget liv, at terminal sygdom med svære smerter bundet til en seng, er en ubærlig tilstand. Et andet menneske i samme situation kan anlægge et andet perspektiv og måske mene, at tilstanden ikke er ubærlig. Når vi prøver at forholde os til, hvordan et andet mennesker har det, så er vi nødt til at inddrage

dette menneskes eget perspektiv på sit liv. Sårbare mennesker har et perspektiv på deres eget liv på samme måde som ikke-sårbare har det, og det er selvfølgelig afgørende vigtigt for sundhedsprofessionelle at sætte sig ind i, hvad dette perspektiv er.

Mener flertallet, at sundhedsprofessionelle står overfor et sårbart menneske, så kan de ikke afkode, hvad dette menneskes eget perspektiv er, og derfor ikke beskytte dette individ? Eller er ideen, at når vi har med sårbare mennesker at gøre, så behøver man ikke tage deres eget perspektiv for gode varer? Er ideen, at når vi har med sårbare mennesker at gøre, så ved sundhedsprofessionelle hvad den rigtige løsning er, uden at de behøver at sætte sig ind i, hvad dette menneskes eget perspektiv er?

En lidt anden motivation for (1) kunne være følgende. Flertallet angiver 'efter at have konsulteret fagmiljøer' (s. 8), at patienter i palliativ behandling ofte skifter perspektiv på deres liv (eller hvad der udgør et værdigt liv). De starter måske med at mene, at deres liv er uværdigt og ønsker oprigtigt en mulighed for aktiv dødshjælp. Men når de modtager den rigtige palliative behandling og har samtaler med palliative behandlere, så ender de altså nærmest uden undtagelse med at oprigtigt at mene, at netop palliativ behandling er den rigtige måde at tackle deres ubærlige lidelse på (se også diskussionen af (11) nedenfor). Dette kunne motivere den meget ligefremme betragtning, at når kontakt med palliativ behandling får sårbare patienter til oprigtigt at ønske sig palliativ behandling, så vil en legalisering af aktiv dødshjælp, og kontakt med behandlere, der er åbne for denne mulighed, måske få sårbare patienter til oprigtigt at ønske sig aktiv dødshjælp.

Vanskeligheden med denne begrundelse for at mene, at en legalisering af aktiv dødshjælp ikke er forsvarlig, er, at synspunktet egentlig blot er, at en legalisering vil føre til, at nogle mennesker (sårbare som andre) vælger aktiv dødshjælp, hvor de ellers ville have valgt palliativ behandling. Det er klart, at denne begrundelse har som forudsætning, at aktiv dødshjælp på en eller anden måde er et moralsk forkerte valg at træffe.

En tredje motivation for (1) kunne måske være den antagelse, at omgivelserne lægger mere pres på sårbare end på ikke-sårbare individer om at anmode om aktiv dødshjælp, og at sårbare er dårligere i stand til at modstå dette pres end ikke-sårbare. Eller at sundhedsprofessionelle ikke kan hjælpe sårbare mennesker med at dæmme op for dette pres, eller måske udgår presset faktisk fra de sundhedsprofessionelle selv.

Men Etisk Råds redegørelse angiver ingen dokumentation for, at sundhedsprofessionelle skulle være dårlige til at tage vare om sårbare individer, hverken i forbindelse med en legalisering af aktiv dødshjælp eller i andre svære valgsituationer. Det er også svært at se for sig. Antag, at en borger med funktionsnedsættelser og behov for hjælpemidler får den besked fra en kommunal sagsbehandler, at det kan der ikke blive tale om, men at borgeren jo bare kan anmode sin læge om aktiv dødshjælp. I sin fortvivlelse henvender borgeren sig til lægen og anmoder om aktiv dødshjælp. Hvis det skete i praksis, så ville der ikke gå mange minutter før den praktiserende læge ville afdække sagens sammenhæng, afvise anmodningen om aktiv dødshjælp og i øvrigt indberette sagsbehandleren.

Måske - vi ved det ikke - er flertallet i et eller andet omfang motiveret af udviklingen i Nederlandene, hvor aktiv dødshjælp har været legaliseret under forskellige former i flere årtier. Etisk Råds redegørelse gennemgår retstilstanden i Nederlandene (s. 35 ff.). Bekymringen kan være, at indikationsområdet for aktiv dødshjælp udvides, så det ikke kun gælder voksne fornuftshabile mennesker med ubærlige fysiske lidelser, men

også andre grupper, særligt børn og mindreårige, demente borgere eller mennesker med psykisk sygdom (se også s. 69). Præcist disse grupper er, som Etisk Råds redegørelse forklarer, nu omfattet af reglerne i Nederlandene.

Fra 2024 gælder det i Nederlandene, at aktiv dødshjælp til børn i alderen 0-12 er ulovligt, men også at anklagemyndigheden vil undlade at rejse tiltale mod en læge der udfører dette, forudsat at der er 'vished om diagnose og prognose, en tilstand af håbløs og ubærlig lidelse, samtykke fra begge forældre og en bekræftelse fra en uafhængig læge' (s. 36-7). For at forstå betydningen af dette, er man nødt til at sammenligne med den danske tilstand. Hvis et barn i alderen 0-12 år efter bedste faglige skøn er i en tilstand af håbløs og ubærlig lidelse, og der er vished om diagnose og prognose, så vil man normalt skride til behandlingsophør eller til palliativ sedering, fuldstændig uanset om det forkorter barnets liv eller ej, og nok også uanset om forældrene er enige eller ej. Ikke bare vil man gøre dette, det vil også blive anset som et alvorligt fagligt svigt, hvis man ikke gør det. Sådanne lægelige beslutninger er ikke ulovlige og skal heller ikke rapporteres eller monitoreres.

Hvad angår demente eller andre patienter, der ikke længere kan udtrykke deres vilje, så er det i Nederlandene tilladt at give aktiv dødshjælp, forudsat at der findes en forudgående skriftlig instruktion og reglerne i øvrigt overholdes (s. 37). Det skal igen sammenlignes med danske regler om et behandlingstestamente, hvor man forudgående kan afvise behandling, hvilket er juridisk bindende for personalet (s. 29). Selve ideen om, at man kan lave en forudgående beslutning vedrørende medicinsk behandling, som vil være gældende efter at man selv er blevet dement eller på anden er ude af stand til at træffe beslutninger, er altså den samme i Danmark og i Nederlandene. Hovedforskellen er, at mens man i Danmark kun kan frasige sig behandling, så kan man i Nederlandene også vælge aktiv dødshjælp til.

Endelig er det efter en højesteretsdom i 1994 tilladt i Nederlandene at yde aktiv dødshjælp til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, hvor det altså er den psykiske sygdom og de medfølgende lidelser, der er grundlaget for at bede om aktiv dødshjælp. Lidelserne skal være så alvorlige, at de opfylder lovens krav, og det skal 'sikres, at patientens dømmekraft ikke er påvirket af sygdommen.', og ifølge anbefalingerne skal 'to uafhængige læger konsulteres i disse tilfælde, herunder en psykiater. 'Hvis en patient blot nægter at 'modtage rimelige behandlingstilbud, kan tilstanden ikke betragtes som håbløs'. (s. 37). En beslægtet situation Danmark opstår, hvis en person med en historie med psykiske lidelser, eller måske en aktuel psykisk lidelse, modsætter sig medicinsk behandling, herunder livsnødvendig behandling. Hovedreglen vil her være, at dette ønske skal respekteres, uanset om det betyder, at patienten dør. Hvis der er mistanke om akut psykisk lidelse, så skal det undersøges nærmere, og finder man, at patienten er akut psykotisk, så kan man tvangsbehandle mod patientens ønske. På den måde minder praksis i Nederlandene og i Danmark om hinanden. Som udgangspunkt kan mennesker med en historie med psykisk lidelse frasige sig livsnødvendig behandling. Men hvis den lægefaglige vurdering er, at en patient ikke er i stand til at træffe beslutninger på grund af akut psykisk sygdom, så annulleres patientens ret til at frasige sig behandling. Forskellen er, at det i Danmark kun gælder beslutninger om ikke at modtage livsvigtig behandling.

Børn, mindreårige, demente og psykisk syge er sårbare grupper, der nu har legal adgang til aktiv dødshjælp i Nederlandene. Det er forståeligt nok, at denne udvidelse af den legale adgang til aktiv dødshjælp, kalder på overvejelser. Men det er også vigtigt at bemærke, at de beskyttelsesmekanismer, man bruger i Nederlandene, fundamentalt set

er de samme, som dem man bruger i Danmark, når børn, mindreårige, demente eller psykisk syge har ubærlige lidelser, der kræver en beslutning om, hvad der skal ske. Det er derfor ikke klart, hvorfor lovgivningen i Nederlandene skulle udgøre en særlig trussel mod disse sårbare grupper.

- (2) *Dødshjælp risikerer at medføre uacceptable ændringer af grundlæggende normer for samfund, sundhedsvæsen og menneskesyn.*

Det er ikke klart, hvilke normer, flertallet sigter til. De fundamentale normer for sundhedsvæsenet, som i dag synes meget bredt accepterede af både befolkning og af sundhedsprofessionelle, er ideen om det informerede samtykke, og selvfølgelig den ide, at sundhedsprofessionelle inden for rammerne af deres faglighed skal tilstræbe at hjælpe mennesker til et bedre liv. Det er svært at se, at disse normer skulle ændre sig, hvis man legaliserer aktiv dødshjælp, for det er præcist disse normer, der motiverer at aktiv dødshjælp legaliseres.

Det synes forudsat i (2), at der findes et grundlæggende menneskesyn, som er uforeneligt med legalisering af aktiv dødshjælp. Men hverken flertallet eller Etisk Råds redegørelse gør klart, hvilket menneskesyn, der er tale om, hvorfor det er forpligtende for os, eller hvorfor det i øvrigt skulle være fundamentalt for samfundet.

Udtrykket 'menneskesyn' er et almindeligt anvendt dansk ord, men uden nogen præcis betydning, og det er ikke længere et almindeligt brugt udtryk i filosofisk faglitteratur. Det er ikke klart fra Etisk Råds redegørelse, hvad ordet betyder i denne sammenhæng. Måske kan man sige, at et menneskesyn er normativt perspektiv på, hvad mennesker er og hvordan mennesker bør leve og behandle hinanden. Hvis det er et menneskesyn, så er det vel i dag et udbredt menneskesyn, at mennesker er selvbestemmende individer, der samtidig er sårbare og afhængige af andre, og at vi derfor skal respektere menneskers eget perspektiv på deres eget liv og tage vare om hinandens sårbarhed. Et gæt er, at dette faktisk er et udbredt menneskesyn. Men igen: man kan nok med god ret sige, at det er præcist dette menneskesyn, der motiverer et ønske om at legalisere aktiv dødshjælp. Der er ingen grund til at tro, at dette menneskesyn skulle ændre sig eller blive mindre udbredt, hvis man legaliserer aktiv dødshjælp. I en bredere forstand kan man nok sige, at vores liberale demokratiske samfund er baseret på normer om autonomi, frihed, lighed, og en norm om, at staten skal give gode begrundelser til sine borger, hvis den ønsker at indskrænke deres frihed. Ingen af disse værdier er truet af en legalisering af aktiv dødshjælp; tværtimod er det jo netop disse værdier, der taler for en legalisering.

Måske mener flertallet, at vores samfund er baseret på et absolut forbud mod at slå et menneske ihjel, og at en legalisering af aktiv dødshjælp vil medføre en ændring af dette princip om livets ukrænkelighed (se også diskussionen af 'retten til liv' og princippet om 'livets ukrænkelighed', s. 48 ff.). Men problemet er, at om vores samfund i nogen som helst klar forstand er baseret på et princip om livets ukrænkelighed af den karakter. Igen, hverken hos flertallet eller i Etisk Råds redegørelse kan man finde evidens eller grunde til at mene, at det skulle være tilfældet. Det synes meget mere nærliggende at antage, at det danske samfund, i lighed med andre liberale demokratier, er organiseret omkring en familie af ideer om respekt for mennesker som frie, ligeværdige og autonome individer. Det er denne familie af ideer, der motiverer demokrati, retsstat, adskillelse af stat og religion, pressefrihed og ytringsfrihed, ligestilling af kønnene, forbud mod diskrimination og racisme, samt naturligvis reglerne om informeret samtykke



i sundhedsvæsenet. Det også er disse ideer, der er giver en central motivation for en version af princippet om livets ukrænkelighed. Et princip om livets ukrænkelighed er til for at beskytte fri og lige mennesker mod at blive slået ihjel af andre eller af staten. Men det er klart, at når princippet gives denne motivation, så er en legalisering af aktiv dødshjælp ikke i konflikt med et princip om livets ukrænkelighed, men tværtimod en naturlig konsekvens den måde, det motiveres på.

Vi kan selvfølgelig alle have forskellige opfattelser af, hvordan den rette version af et princip om livets ukrænkelighed skal formuleres. Men det, som flertallet siger i (2) er, at det danske samfund faktisk afhænger af normer og værdier, som er i konflikt med legaliseringen af aktiv dødshjælp. Etisk Råds redegørelse og flertallets udtalelse angiver ikke, hvad disse normer og værdier er, og giver ingen som helst grund til at tro, at det skulle være rigtigt. Det er snarere sådan, at det danske samfund er baseret på en familie af normer og værdier, der tilsiger en legalisering af aktiv dødshjælp.

- (3) *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.*

Det er svært at se, hvad problemet mere præcist skulle være. Etisk Råds redegørelse angiver ikke, hvilke forestillinger om 'alderdom, dødens komme, livskvalitet og hvad det vil sige at tage hensyn til andre', flertallet har i tankerne. Det angives heller ikke, hvad disse forestillinger vil forandre sig til, hvis aktiv dødshjælp legaliseres, eller hvorfor de overhovedet vil forandres.

Den almindelige forestilling om alderdom er vel, at alderdommen er en epoke i livet, hvor man har levet en stor del af den normale livsbane og hvor man i øvrigt prøver at holde sig rask og rørig, mens man i varierende omfang døjer med tab, sygdom og funktionsned sættelser. Hvorfor skulle denne opfattelse af, hvad alderdom er, ændre sig, hvis man legaliserer aktiv dødshjælp, og dermed skaber en mulighed, der ikke specifikt gælder ældre mennesker, men derimod mennesker med ubærlige lidelser, uanset om de er unge eller gamle?

Det samme med livskvalitet. De fleste ser nok livskvalitet som et spørgsmål om følelse af lykke og tilfredshed, samt et spørgsmål om at kunne leve på en måde, så ens ønsker til tilværelsen opfyldes. Hvorfor skulle det ændre sig, hvis vi legaliserer aktiv dødshjælp? Som Etisk Råds redegørelse også beskriver det, så kan en svær og lidelsesfuld sidste tid for nogen være forbundet med et stort tab i livskvalitet, mens det for andre måske er en smuk og meningsfuld tid. Dette er helt forståeligt i forhold til vores normale forståelse af livskvalitet. Hvorfor skulle dette ændre sig, hvis vi legaliserer aktiv dødshjælp?

Måske er ideen bag (3), at vi *bør* se den sidste del af livet på en særlig måde. Det er en form for livskvalitet i at tåle lidelsen, også i den sidste fase af livet. Eller måske er der en særlig form for opgave i at tage livets tildragelser på sig, også når de er lidelsesfulde. Dette syn på hvad det vil sige at leve et godt liv er velkendt i vores kultur. Men Etisk Råds redegørelse giver intet belæg for at sige, at det er det eneste rigtige perspektiv, endsige at det er et perspektiv, som mange faktisk har. Flertallet forklarer ikke, hvorfor netop dette særlige perspektiv på lidelse skal lægges til grund for et liberalt demokratis lovgivning. Redegørelsen giver heller ikke noget belæg for at sige, at mennesker ikke udmærket kan have dette perspektiv på deres egen lidelse og død, selvom aktiv dødshjælp gøres legalt. Mennesker, der ser et særligt formål i lidelse, kan jo bare

lade være med at søge aktiv dødshjælp (eller palliativ behandling for den sags skyld), hvis de ikke vil.

Et sidste element i (3) er den ide, at en legalisering af aktiv dødshjælp vil forandre vores forestilling om, hvad det vil sige at tage hensyn til andre. Igen er det ikke nærmere karakteriseret, hvad flertallet lægger i at tage hensyn til andre, eller hvad de mener, der er 'vores' syn på den sag.

En nærliggende forståelse er følgende: at tage hensyn til et andet menneske er at forsøge at gøre det, som dette menneske oprigtigt og dybfølt ønsker, at man gør, eller at gøre det, som set fra dette menneskes perspektiv, virker meningsfuldt og rigtigt. Det er meget svært at se, at en lovliggørelse af aktiv dødshjælp skulle medføre nogen ændring i dette syn på, hvad der ligger i at tage hensyn til andre. Det er snarere sådan, at denne ligefremme og naturlige forståelse af, hvad det vil sige at tage hensyn til andre mennesker klart indebærer, at vi nogle gange skal bistå med aktiv dødshjælp, og en lovliggørelse vil derfor styrke denne almindelige opfattelse af, hvordan man kan tage hensyn til andre.

Måske er flertallets præmis i (3), at 'vores forestilling' om hensyn indebærer, at det at imødekomme et ønske om aktiv dødshjælp aldrig kan være en måde at tage hensyn på. Men flertallet eller Etisk Råds redegørelse forklarer ikke på mindste måde, hvad dette særegne begreb om hensyn nærmere består i, hvor det kommer fra, eller hvad der motiverer det. Flertallet giver heller ikke nogen som helst evidens for, at dette særlige begreb om hensyn skulle være 'vores forestilling', for eksempel i den forstand, at det er et udbredt begreb om hvad hensyn er, eller et begreb om hensyn, der har nogen særlig rolle i et fælles værdisæt.

(4) *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.*

Det synspunkt, at legalisering af aktiv dødshjælp vil medføre et uimodståeligt forventningspres er gennem årene fremført igen og igen af enkelte markante debattører i den danske debat. Men der er i Etisk Råds gennemgang af evidensen ikke noget der tyder på, at det er en vigtig faktor bag menneskers valg af aktiv dødshjælp, der hvor aktiv dødshjælp er legaliseret. Redegørelsen gennemgår evidens vedrørende motivationer og grunde hos de mennesker, der benytter sig af aktiv dødshjælp eller hjælp til selvmord i Oregon, Nederlandene og andre steder. Undersøgelser fra Nederlandene peger - ikke overraskende - på, at almindelige grunde er 'uudholdelig lidelse, tab af værdighed, ingen udsigt til forbedring, meningsløs lidelse, afhængighed af andre for at klare dagligdagen, generel træthed samt smerte.' (s. 40). Etisk Råds redegørelse fremlægger ikke nogen evidens for, at en legalisering af aktiv dødshjælp fører til, at mennesker, der egentlig ikke ønsker aktiv dødshjælp, alligevel vælger det, fordi omgivelserne har denne forventning til dem. Der fremlægges heller ikke evidens for, at mennesker, der fravælger aktiv dødshjælp føler, at de er oppe imod et pres for at vælge aktiv dødshjælp. Rådets redegørelse fremhæver flere gange, at nogle videnskabelige undersøgelser peger på, det ofte er individer, der sætter deres selvbestemmelse og uafhængighed højt, der først fremmest er interesseret i et legalt tilbud om aktiv dødshjælp. Hvis noget, så taler det jo for, at det ikke er en social forventning, der får mennesker til at vælge aktiv dødshjælp, men derimod det, at de ser sig selv som selvbestemmende og uafhængige mennesker. Man kan også undre sig over, at flertallet end ikke overvejer, om der kunne være et tilsvarende forventningspres mod særlige grupper for at frasige sig livsforlængende

behandling, og at det i så fald kunne være en tungtvejende grund til at ophæve legaliseringen af muligheden for at frasige sig livsforlængende behandling.

- (5) *En institutionalisering 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.*

Uafhængigt af, om der er særlige grupper, der oplever pres eller forventninger i den ene eller anden retning, så kan bekymringen her være, at en legalisering af aktiv dødshjælp er i konflikt med et etisk princip om, at alle mennesker har lige krav på respekt og værdighed, uanset køn, alder, livssyn, seksuel orientering, religiøs eller etnisk baggrund, sundhedstilstand osv.

Er en legalisering af aktiv dødshjælp i konflikt med princippet om, at alle har lige krav på respekt og værdighed? Det kommer selvfølgelig an på, hvad man lægger i et krav om respekt og værdighed. Hvad vil det sige at respektere et menneske? Hvad vil det sige at behandle et andet menneske med værdighed? Flertallet angiver ikke, hvad de mener. Den mest nærliggende forståelse er nok den, der har sit udspring i den familie af ideer, som filosofen Immanuel Kant (1724-1804) formulerede i sine enormt indflydelsesrige filosofiske arbejder. Den almindelige forståelse af Kant er, at det at behandle et menneske respektfuld og værdigt er, at behandle dette menneske som mål i sig selv, hvilket igen er at behandle mennesket i overensstemmelse med dennes eget perspektiv på sig selv og sit liv. Det betyder kort sagt, at respekt for andre og deres værdighed er, at man respekterer de valg, den anden træffer, så længe valgene ikke er udtryk for manifest irrationalitet og ikke skader eller krænker andre. Hvis et menneske ønsker at leve med sin ubærlige lidelser, så er en værdig og respektfuld behandling, af man hjælper dette menneske med palliativ behandling, der måske kan gøre lidelsen mindre ubærlig. Hvis et menneske som følge af ubærlig lidelse ønsker aktiv dødshjælp, så vil en respektfuld og værdig behandling af dette menneske være, at man forsøger at imødekomme ønsket. Det vil omvendt være en uværdig behandling, hvis man mistænkeliggør eller udskammer ønsket. Det er svært at se, at en legalisering af aktiv dødshjælp skulle true denne helt gænge forestilling om, hvad det vil sige at behandle mennesker respektfuldt og værdigt, tværtimod.

Flertallet antager tydeligvis noget andet. Flertallet mener selvfølgelig, at respektfuld og værdig behandling af et menneske med ubærlig lidelse kan kræve, at man imødekommer dets ønske om palliativ behandling. Men hvis et menneske med samme ubærlige lidelse i stedet ønsker aktiv dødshjælp, så er det på en eller anden måde ikke en respektfuld og værdig behandling at imødekomme dette ønske. Det er svært at se, hvad det er for forestillinger om respekt og værdighed, flertallet lægger til grund her. Det fremgår ikke af Etisk Råds redegørelse og det forudsatte begreb om respekt og værdighed synes ikke genkendelig fra den filosofiske litteratur.

- (6) *Hvis vi tilbyder dødshjælp, så siges det, direkte eller indirekte, at nogle liv ikke er værd at leve.*

Efter den Nederlandske model forudsætter lovlig adgang til aktiv dødshjælp, at man er fornuftthabil, vedvarende ønsker sig dødshjælp, og at man har ubærlige lidelser. Fagpersoner skal derfor vurdere, at disse betingelser er opfyldt. I den forstand skal fagpersoner vurdere, at et menneske, der ser sit liv som ubærligt lidelsesfyldt, faktisk er i

en tilstand, der kan berettige denne vurdering. Mennesker, der vurderer, at deres liv ikke er værd at leve, fordi de ikke kan få deres yndlingspizza denne lørdag aften, vil blive underkendt. Et menneske, der vurderer, at hans liv er meningsløst, fordi hans kone forlod ham i sidste uge, vil også blive underkendt. Et menneske, hvis lidelser let kan behandles eller som er forventes at gå over, vil blive underkendt af fagpersoner.

Men fagpersoner kan også vurdere, at mennesker har lidelser, der er meget svære og uafhjælpelige lidelser. Vurderingen kan være, at hvis et menneske i denne situation ikke ønsker at igangsætte en ny behandling, ikke ønsker fortsætte en behandling, eller ønsker livsforkortende smertelindring, så er dette forståelige ønsker på baggrund menneskets situation. Men i sådanne situationer kan det også være en helt forståelig reaktion, at man ønsker aktiv dødshjælp. Hvis et andet menneske med samme lidelse i stedet vurderer, at det for ham eller hende er meningsfuldt og værdigt at forsøge alt eller stå lidelser igennem, så vil denne vurdering selvfølgelig heller ikke blive underkendt. Også her vil vurderingen være, at det kan være en forståelig reaktion på svær lidelse.

Der er altså ikke tale om, at myndigheder, fagpersoner eller lovgivning udpeger sygdomstilstande eller lidelser, som nogle, der ikke er værd at leve med. Signalet i en legalisering af aktiv dødshjælp er derfor ikke, at nogle lidelser eller nogle liv ikke er værd at leve. Signalet er i stedet det fundamentalt anderledes, at man anerkender menneskers perspektiv på deres eget liv: at mennesker kan have ubærlige lidelser og selv se disse lidelser som en grund til, at livet ikke længere er værd at leve. Signalet med en legalisering er, at mennesker, der ser sådan på deres liv i en situation med svær lidelse, ikke er skøre, irrationelle eller afstumpede. Vi kan forstå deres perspektiv, uanset om de så vælger at afstå fra behandling, palliativ behandling eller foretrækker aktiv dødshjælp eller et helt andet svar på lidelse, hvis de kan finde et.

Sammenlign også med de øvrige beslutninger ved livets afslutning, som er betingede af en lægelig vurdering af, at behandling er udsigtsløs eller at lidelser er ubærlige. Det vil være et fagligt skøn, at en behandling er udsigtsløs, og man derfor kan eller bør stoppe eller undlade at iværksætte behandlingen, også selvom det betyder, at patienten dør før end ellers. Men det forudsætter selvfølgelig det faglige skøn, at den resterende del af livet ikke er værd at leve. En læge stopper ikke af egen drift en medicinsk behandling, hvis lægens vurdering er, at der er et liv, der er værd at leve. En læge lægger heller ikke en patient i palliativ sedering, hvis lægen vurderer, at patienten uden sedering har et liv, der er værd at leve. Palliativ sedering er derfor også baseret på en lægefaglig vurdering af, om lidelser er alvorlige og liv er værd at leve.

(7) *Det vil være umuligt at afgøre med tilstrækkelig sikkerhed, hvornår et ønske om dødshjælp har den fornødne dybde og vedholdenhed.*

Som Rådets redegørelse forklarer, så kræver reglerne i Nederlandene, at en læge (typisk en patients egen praktiserende læge) sikrer sig, at patienten fremsætter en frivillig og velovervejet anmodning, at patientens lidelse er uudholdelig og uden mulighed for forbedring, og at patienten er informeret om hans eller hendes situation og prognose. Lægen skal drøfte situationen med patienten og lægen skal 'sammen med patienten nå frem til den konklusion, at der ikke er andre rimelige alternativer i patientens situation' p. 36). Derudover skal lægen konsultere med mindst én anden uafhængig læge, som også skal mødes med patienten, og som skriftligt skal bekræfte, at ovennævnte betingelser er opfyldt.

Enhver, der kender til sundhedsvæsenets måde at fungere på, kan se, at dette er en langt mere forsigtig beslutningsprocedure, end den, man normalt bruger. Flertallet forklarer ikke, hvorfor det så alligevel ikke er sikkert nok, eller hvor usikkerheden overhovedet kommer ind. Som Etisk Råds redegørelse forklarer, så efterspørges aktiv dødshjælp i Nederlandene typisk af patienter med medicinske tilstande som kræft, neurologiske sygdomme (f.eks. ALS), hjerte-kar-sygdomme eller luftvejssygdomme. Med sådanne medicinske diagnoser i fremskredne stadier er der ikke nogen som helst faglig tvivl om, at patienter faktisk har den diagnose, som man tror de har. Der er heller ingen faglig tvivl om, at de er forbundet med store lidelser. Der vil heller ikke være faglig tvivl om, hvad behandlingsmulighederne er. Der er ikke nogen faglig usikkerhed om, hvad der venter en ALS-patient.

Mennesker, med disse kliniske tilstande og de tilhørende lidelser, kan selvfølgelig anlægge forskellige perspektiver på dem. Nogen ønsker sig palliativ behandling. Hvis en patient efter nøjere overvejelser udtrykker og fastholder et ønske om palliativ behandling, så vil der jo normalt ikke være nogen faglig tvivl om, at dette faktisk er patientens ønske. Andre ønsker aktiv dødshjælp. I den situation bliver ønsket drøftet med en læge fastholdt. Det bliver derefter drøftet med en anden læge og igen fastholdt. Kan der stadig i denne situation være en reel fagligt motiveret tvivl om, at en patient, der siger at han eller hun ønsker aktiv dødshjælp, faktisk har et dybt og vedholdende ønske om aktiv dødshjælp? Det er meget svært at se.

- (8) *Mange terminale patienter oplever et meningsskifte i forbindelse med dødshjælp, når den rette hjælp i form af palliativ behandling bliver givet, og ændrer deres syn på, hvad et værdigt liv er.*

Der angives ikke nogen systematisk evidens for denne observation, men den er givetvis rigtig, afhængigt af, selvfølgelig hvad man mener med 'mange'. Men der er altså også mange, der ikke skifter mening og hele vejen igennem foretrækker legal adgang til aktiv dødshjælp (se også s. 81ff). Og blandt dem, der som udgangspunkt ønsker palliativ behandling, er det også nogen, der skifter mening den anden vej. Dertil kommer, at der givetvis er patienter i palliativ behandling, der foretrækker at både palliativ behandling og aktiv dødshjælp er muligheder, der er legale og af personalet anses som fuldt ud legitime svar på ubærlig lidelse. Flertallet mener, at med en fuldt udbygget palliativ behandling, så vil der i praksis ikke være nogen, der ønsker andet. Men Etisk Råds egen redegørelse gør det klart, at selvom adgangen til palliativ behandling i Danmark og Nederlandene er nogenlunde på samme niveau, så er der mange, der alligevel ønsker aktiv dødshjælp i Nederlandene (se også diskussionen af (11) nedenfor).

- (9) *Det er vanskeligt at afgøre, hvornår der er tilstrækkeligt gode grunde til at ønske dødshjælp, til at sundhedsprofessionelle bør stilles over for den slags afgørelser.*

Alle er enige om, at ubærlig lidelse selvfølgelig kan være en god grund til at frasige sig livsforlængende behandling eller til at ønske sig palliativ behandling. På samme måde, så kan ubærlig lidelse være en meningsfuld grund til at ønske sig aktiv dødshjælp. Påstanden i (9) er, at det for sundhedsprofessionelle er for vanskeligt at afgøre, om en person faktisk har lidelse af en sådan karakter, at det er en god grund til at ønske sig aktiv dødshjælp. Det centrale er her, at en persons lidelse skal have en tilstrækkelig intensitet, varighed og

uafhjælpelig for ellers er lidelsen ikke en god grund til at anmode om aktiv dødshjælp. Det er denne afgørelse, der er vanskelig, ifølge flertallets synspunkt, og derfor mener flertallet, at sundhedsprofessionelle ikke skal stilles overfor at skulle foretage den slags afgørelser.

Det er klart, at den slags vurderinger kan være svære. Men det er jo netop den slags vurderinger, som sundhedsprofessionelle synes fuldt ud i stand til at foretage. Man tilbyder ikke en patient palliativ behandling, medmindre den professionelle vurdering er, at patienten faktisk har alvorlige lidelser. Man lægger ikke en patient i palliativ sedering, medmindre det faglige skøn er, at patientens lidelser er så alvorlige, at der ikke er nogen anden udvej. Etisk Råds redegørelse giver intet belæg for at sige, at disse vurderinger ikke kan foretages. Etisk Råds redegørelse forklarer tværtimod, at tilgængelige empiriske undersøgelser af oplevelser hos læger, der har erfaringer med legaliseret aktiv dødshjælp, entydigt peger på, at disse læger finder at de godt kan foretage de relevante faglige vurderinger.

- (10) *Dødshjælp står i et modsætningsforhold til den palliative indsats og hensynet til en palliativ indsats taler derfor imod en lovliggørelse af dødshjælp.*

Flertallet giver ikke nogen nærmere begrundelse for, at palliativ behandling og legalisering af aktiv dødshjælp er i et modsætningsforhold til hinanden. Man kan ikke læse nogen klar, endsige overbevisende, begrundelse for synspunktet ud af Etisk Råds redegørelse. Det synes tværtimod oplagt at se palliativ behandling og aktiv dødshjælp som to tilbud, der udmærket kan eksistere side om side og supplere hinanden. Det er den situation, man har i lande, hvor aktiv dødshjælp er legaliseret, og også det, som Etisk Råds redegørelse synes at lægge op til (se s. 82ff). Etisk Råds redegørelse fremlægger desuden empirisk dokumentation for, at der netop ikke er nogen sammenhæng mellem legalisering af aktiv dødshjælp og omfang og kvalitet af palliativ behandling. Hvis der er en sammenhæng, så er den snarere, at i takt med at aktiv dødshjælp legaliseres, så forbedres den palliative indsats. Som Etisk Råds redegørelse forklarer, så har der i Nederlandene været 'en markant udvidelse af den palliative pleje målt i strukturelle ressourcer siden legaliseringen' (s. 84). Det er meget svært at se, hvad der kan være af belæg for at mene, at der er et modsætningsforhold mellem palliativ behandling og aktiv dødshjælp.

Flertallets synspunkt er måske et lidt andet. Som palliativ behandling beskrives i Etisk Råds redegørelse, synes det at være en slags værdimæssigt grundlag for palliativ behandling, at netop palliativ behandling er det rigtige svar på ubærlige lidelse: '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' (s. 26). Videre hedder det: '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'. Dette kan forstås som det synspunkt, at palliativ behandling er det eneste etisk rigtige svar på ubærlig lidelse, mens aktiv dødshjælp på en eller anden måde er et moralsk forkert svar.

Det er klart, at ser man palliativ behandling på den måde, så er der et modsætningsforhold. Men det viser ikke, at vi ikke kan have både en legalisering af aktiv

dødshjælp og en fuldt udbygget palliativ behandling. Det viser bare, at palliativ behandling bør baseres på et andet værdigrundlag. Tilsvarende er der ikke en konflikt i, at sundhedsvæsenet både tilbyder både svangreomsorg og legal adgang til abort. Det er to forskellige tilbud, som eksisterer ved siden af hinanden og i visse situationer supplerer hinanden. Der er ikke noget modsætningsforhold mellem de to. Men ser man det som en del af svangreomsorgens værdimæssige fundament, at abort er moralsk forkasteligt, så er der naturligvis en konflikt. Igen: det betyder ikke, at vi ikke både skal have svangreomsorg og legal adgang til abort. Det betyder bare, at vi skal have en svangreomsorg, som ikke er baseret på en værdimæssig antagelse om, at abort er moralsk forkasteligt.

- (11) *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.*

At sundhedsvæsenet 'bliver bedre til ikke at overbehandle døende patienter' henviser formentlig til, at behandlingspersonalet bliver bedre til at beslutte ikke at iværksætte en behandling eller at afbryde en igangværende behandling, også når det måske betyder, at patienten dør tidligere end ellers. At man 'bliver bedre i stand til at tale med patienter om de nødvendige beslutninger at træffe ved livets afslutning' henviser nok til, at man skal blive bedre til at gøre patienter opmærksom på, at man kan afstå fra behandling, også selvom det medfører, at man dør tidligere end ellers. Formålet med disse tiltag må være, at man oftere undlader at igangsætte eller afbryder behandlinger og at flere patienter frasiger sig behandling.

Det er nok helt rigtigt, at hvis disse to former for livsforkortende praksisser bliver mere anvendt, så bliver efterspørgslen på aktiv dødshjælp alt andet lige mindre. Der er bare ingen grund til at tro andet, end at der stadig vil være mange, der efterspørger en legal adgang til aktiv dødshjælp. Man må i øvrigt formode, at flertallets tilskyndelse også vedrører behandlingen af de mennesker, som flertallet omtaler som sårbare grupper. Også her skal personalet blive bedre til ikke at overbehandle og til at tale med patienter om de beslutninger, det er nødvendigt at træffe.

Alle må selvfølgelig støtte, at den palliative indsats er fuldt udviklet og fungerer tilfredsstillende. Men flertallet hævder derudover, at hvis den palliative behandling er fuldt udviklet, så vil palliativ behandling alene gøre det 'muligt at skabe anstændige rammer for en værdig død for alvorligt syge mennesker'.

Det kan forstås på forskellige måder. En kunne være, at hvis den palliative behandling er fuldt udviklet, så vil der i praksis ikke være nogen, der efterspørger en legal adgang til aktiv dødshjælp. Etisk Råds redegørelse giver ikke nogen evidens for, at det skulle være rigtigt. Tværtimod peger redegørelsen på, at der er klar videnskabelig evidens for, at der er en signifikant efterspørgsel på adgang til legal aktiv dødshjælp også i lande, hvor der tilbydes palliativ behandling af et omfang og kvalitet som den danske eller bedre. Flertallet mener noget andet. Flertallet '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' (s. 8). Man er her nødt til at bemærke, at den anekdotiske evidens, som flertallet her lægger afgørende vægt på, kan være metodologisk problematisk. Er der tale om erfaring indsamlet af fagmiljøer, der selv er dybt engageret i palliativ behandling? Som Etisk Råds redegørelse forklarer, så synes palliativ behandling i båret af en værdimæssig forestilling om, at palliativ behandling er det etisk rigtige svar på ubærlig lidelse. Hvis terminale og svært lidende patienter bliver mødt med den holdning, at palliativ behandling ikke bare er en tilstrækkelig mulighed, men også den eneste moralsk forsvarlige mulighed, så er det måske ikke så mærkeligt, hvis palliative behandlere finder, at deres patienter meget ofte i sidste ende er tilfredse med palliativ behandling.

En anden måde at forstå påstanden om, at palliativ behandling alene vil være tilstrækkeligt er følgende: hvis den palliative behandling er fuld udviklet, så kan ingen længere have en rimelig grund til at ønske aktiv dødshjælp, fordi der jo i den situation ikke længere er nogen ubærlig lidelse. Her er det centrale ikke, om nogen faktisk ønsker aktiv dødshjælp, men om ønsket er rimeligt i kraft af at være baseret på ubærlig lidelse. Det kan det netop ikke være, kunne synspunktet være, for når palliativ behandling er fuldt udviklet, så findes der ikke længere ubærlig lidelse. Det er rigtigt, at mange smerter kan dækkes. Det er også rigtigt, at den palliative behandling handler om omsorg i bredere forstand, og ikke bare smertelindring. Hvis intet andet slår til, kan man i sidste ende skride til palliativ sedering. Bevidstløse mennesker er ikke i en tilstand af ubærlig lidelse. Men igen: denne måde at forstå (11) synes at have som uargumenteret antagelse, at palliativ behandling er det etisk rigtige svar på lidelse og aktiv dødshjælp det forkerte. Det er ikke en god grund til at mene, at en legalisering af aktiv dødshjælp er overflødig.

København, 25.10.2023

Med venlig hilsen

Klemens Kappel, professor i filosofi, Københavns Universitet

samt som medafsendere:

Anne-Marie Søndergaard Christensen, professor i filosofi, Syddansk Universitet

Asbjørn Steglich-Petersen, professor i filosofi, Aarhus Universitet

Charlotte Kroløkke, professor i kulturstudier, Syddansk Universitet

Ezio di Nucci, professor i medicinsk etik, Københavns Universitet

Jesper Ryberg, professor i filosofi, Roskilde Universitet

Kasper Lippert-Rasmussen, professor i filosofi, Aarhus Universitet

Morten Dige, lektor i anvendt etik, Aarhus Universitet



Morten EJ Nielsen, lektor i filosofi, Københavns Universitet

Nils Holtug, professor i filosofi, Københavns Universitet

Somogy Varga, professor i medicinsk filosofi, Aarhus Universitet

Søren Harnow, professor i filosofi, Syddansk Universitet

Thomas S. Petersen, professor etik, Roskilde Universitet