

Legalisering af dødshjælp – den indirekte afvisning

Ole Hartling

Vejle Sygehus

Abstract: Legalisation of assisted dying is supported in particular by two arguments: 1) avoiding unbearable suffering and 2) respecting the right of self-determination (individual autonomy). This chapter raises objections to both. It is problematic that assisted dying aims to remove the suffering by eliminating the sufferer. The argument for respect for the right of self-determination is also analysed, with emphasis on autonomy in the sense that the Danish Health Care Act affords an unlimited right to refuse treatment, but not a right to demand a specific treatment. Whether autonomy is genuinely possible in connection with assisted dying is questioned, as autonomy will always be relative to an assessment of the patient's quality of life. How assisted dying can affect the patient-physician relationship is also discussed. Finally, there is the conclusion that if the distressed and despairing person is met with the suggestion that now death is to be preferred, this also sends a message that the person is dispensable.

Keywords: assisted dying, autonomy, euthanasia, physician-patient relationship, quality of life

Nogle vil mene, at vi har magt over døden i den forstand, at vi kan udskyde den. Vi kan for eksempel sørge for at leve så sundt som muligt. Vi kan lade være med at ryge og drikke, og vi kan huske at gå til læge, hvis vi får symptomer. Vi kan tilmed modtage såkaldt livsforlængende behandling, når døden er tættere på. Men grundlæggende er døden uden for vor magt, og vi har en sikker viden om, at den vil indtræde en dag, hvad vi end stiller op.

Sitering av denne artikkelen: Hartling, O. (2020). Legalisering af dødshjælp – den indirekte afvisning. I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjælp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 5, s. 105–123). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch5>.
Lisens: CC BY 4.0.

Dødshjælp derimod ligger tilsyneladende mere inden for menneskers magtsfære, for når vi er magtesløse over for døden, kan vi i det mindste bestemme, *hvornår* den skal indtræffe. Det giver et indtryk af magt midt i magtesløsheden, for så har vi stadig en fornemmelse af, at det er os, som bestemmer. Det flugter med tidens ideer om menneskets kontrol over tilværelsen. Og det flugter med tanker om en fri vilje og en udstrakt selvbestemmelsesret. Allerede her må det dog erkendes, at vores selvbestemmelse er halveret: Vi kan vælge at dø, når vi lever, men vi kan ikke vælge at leve, når vi dør.

I de senere år er debatten om dødshjælp (eutanasi og assisteret selvmord) intensiveret i de vestlige lande. Debatten er dog ikke så ny, som mange antager. Allerede Hippokrates formodes at have kendt til problemstillingen, når han i sin ed (*»Asklepiade-eden«*) blandt andet siger: »Selv om jeg opfordres dertil, vil jeg ikke udlevere nogen dødelige gifte eller give noget sådant råd« (Citeret fra Godfredsen, 1964, s. 57). Spørgsmålet om dødshjælp er også jævnligt blevet debatteret i forrige århundrede. For eksempel skrev forfatteren G. K. Chesterton tilbage i 1937 i forbindelse med sin tids debat om dødshjælp: »[...] some are proposing what is called Euthanasia; at present only a proposal for killing those who are a nuisance to themselves; but soon to be applied progressively to those who are a nuisance to other people« (Chesterton, 1937, s. 490).

To hovedargumenter for dødshjælp

Argumenterne *for* en legalisering af dødshjælp er ret konstante. Der er især to, som fremføres i forskellige sprogdragter: 1) mulighed for at afhjælpe »ubærlig lidelse« og 2) respekt for selvbestemmelsesret. De kan kaldes debattens hovedargumenter, fordi andre formuleringer som bevarelse af værdighed for eksempel kan ses i sammenhæng med autonomi. Argumenterne er i udgangspunktet lette at følge, men jeg vil i det følgende se nærmere på dem og især fokusere på selvbestemmelsesretten. Ingen af de to argumenter kan stå alene, men vekselvirker, som jeg vil vise det, med hinanden.

Argument nr. 1 hænger sammen med ønsket om at vise barmhjerlighed. Eller mere direkte: Det er indlysende, at tanken om at afhjælpe

ubærlig lidelse med dødshjælp er begrundet i barmhjertighed over for det lidende menneske. Dødshjælp drejer sig dog ikke om at lindre og befri en patient for lidelse, for det er ikke at fjerne lidelsen fra en patient. Det er at fjerne den lidende. Dermed naturligvis også lidelsen, men dødshjælp slutter både den døendes biologiske og sociale liv (Materstvedt, 2012). Eller sagt med andre ord: foruden lidelsen fjernes erindringer, erfaringer, identitet og muligheden for at modtage smil, omsorg og kærlighed.¹ Dødshjælp betyder noget godt for patienten, men derefter betyder patienten ikke noget (jf. Velleman, 1999).

Argument nr. 2 – respekt for selvbestemmelsesret – associerer til positive begreber som en fri vilje og frivillighed. I det følgende vil jeg se nærmere på især dette argument, fordi det i mine øjne udgør den stærkeste appel til vor tids mennesker.

Respekt for selvbestemmelsesret – en kritisk analyse

Selvbestemmelsesret synonymiseres med *autonomi*. Ordet er oprindeligt græsk og betyder »selvlov«. Autonomi, som det opfattes i dag, er autonomi på individniveau – en »individuel autonomi«. Oldtidens autonomi-begreb gjaldt samfund og ikke individer. Græske byer var autonome, hvis de ikke var underlagt lovgivning fra andre byer. De lavede selv deres love, som gjaldt for det enkelte samfund. Autonomi havde retslig betydning for samfundet og var ikke det samme som individuel selvbestemmelsesret.

Begrebet individuel autonomi var endnu ikke så rodfæstet i 1948, at FN tog det med i sin Verdenserklæring om Menneskerettigheder. Set med vore dages øjne er det interessant, at det ikke blev nævnt eksplicit.

Man kan skelne mellem en minimalistisk individuel autonomi og en ikke-minimalistisk. Ved den minimalistiske autonomi skal enhver autonom beslutning, som en person træffer, respekteres, alene fordi den er autonom. Ved den ikke-minimalistiske autonomi bør en beslutning ske

¹ Maleren Edvard Munchs kunstneriske manifest melder sig som et apropos: »Det skal ikke længere males interiører og folk som leser og kvinder som strikker. Det skal være levende mennesker der puster og føler og elsker og lider.«

på et informeret og velovervejet grundlag. Det er den ikke-minimalistiske autonomi, som gælder i den danske sundhedslov.

I det følgende vil jeg omtale nogle facetter af autonomibegrebet i forbindelse med dødshjælp:

1. *Autonomi ifølge sundhedsloven*

Selvbestemmelsesretten er ifølge sundhedsloven et gennemgående, lovfæstet princip i varetagelsen af vore patienter. Men den drejer sig om patientens ret til – på et velinformeret grundlag – at sige *nej* til et behandlingstilbud. Det gælder et hvilket som helst behandlingstilbud, også selv om behandlingen er livsreddende. I den forstand er det habile menneskes selvbestemmelse ubegrænset.

Patientens ret til at *afslå* enhver behandling indebærer imidlertid ikke en ret til at *få* enhver behandling, som patienten måtte kræve. Patienten har derfor ikke en ret til at forlange en hvilken som helst behandling, som medfører en andens pligt til at opfylde denne ret. I så fald ville autonomi være synonymt med *autokrati*, som kan oversættes med »selvets bestemmelse over andre«. Med andre ord, selv om patienten har ret til at afvise ethvert indgreb på sin krop og sjæl, har patienten ikke ret til at *kræve* ethvert indgreb på sin krop og sjæl. Det er altså ikke en krænkelse af en patients selvbestemmelse at afvise et krav, denne måtte stille; der kan blandt andet være faglige grunde til ikke at opfylde en patients ønske. Man kan udtrykke det sådan, at lægen selv har autonomi og derfor også kan sige nej. Ifølge lovens beskrivelse af selvbestemmelsesretten ville det således ikke være en krænkelse af et menneskes autonomi at nægte at tage livet af det menneske.

2. *Autonomiens konsekvens for muligheden for autonomi*

I modsætning til sundhedslovens tankegang opfattes selvbestemmelsesret i bred almindelighed som en rettighed til at vælge og forlange. Men det menneske, som efter denne opfattelse stiller krav og vælger dødshjælp, afskærer sig endegyldigt fra sidenhen at kunne bestemme eller vælge noget som helst. Når det gælder døden, kan man kun bruge sin selvbestemmelsesret ved at afhænde den for stedse. Via sin autonomi vælger man med andre ord ikke mere at

have autonomi. (Allerede filosofen Immanuel Kant behandlede dette problem, se Matersvedt & Bosshard, 2009.)

Filosoffen Jacob Birkler omtaler, at respekt for selvbestemmelseretten refererer til en person, som respekteres: Men det er netop denne person, som forsvinder. Vi respekterer 'dig' ved at fjerne 'dig'. Respekten for selvbestemmelsen kan således betragtes som selvgendrivende« (Birkler, 2015, s. 85).

Det er analogt, at *frihed* ifølge filosofen John Stuart Mill udelukker retten til frivilligt at blive en andens slave. Den amerikanske læge og etiker Daniel Callahan (1989, s. 5) citerer Mill: »By selling himself for a slave a person abdicates his liberty; he forgoes any future use of it beyond that single act ... The principle of freedom cannot require that he should be free not to be free. It is not freedom to be allowed to alienate his freedom«.

Idéhistorikeren Johannes Sløk var tilhænger af legalisering af dødshjælp, men fremsatte alligevel engang den betragtning, at dette valg ikke er som andre valg, fordi begrebet død ikke har noget indhold; død er det samme som ingenting, og man kan ikke vælge mellem liv og ingenting. Man må derfor snarere tale om et fravalg, man fravælger livet, uden at man derved tilvælger noget andet. Døden er ikke »noget andet« end livet; den er livets ophør eller tilintetgørelse.

3. *Autonomi som mulig handlingsanvisning for dødshjælp*

Dødshjælp involverer to menneskers selvbestemmelse og er derfor ikke blot en individuel handling. Det er selvmord derimod; selvmordet er noget individuelt, næsten privat. Dødshjælp er en handling, som kræver, at to mennesker gør det muligt – og at det i øvrigt godkendes i samfundets kultur og lovgivning.

Dødshjælp kræver således et andet menneskes moralske og fysiske hjælp. Det forpligter to mennesker, den der skal have dødshjælp, og den der skal hjælpe med det. Men vort samfund godkender ikke ellers drab som et forhold mellem to personer, som begge samtykker. Der findes undtagelser fra drabsforbudet, men det drejer sig om krig eller selvforsvar og begrundes aldrig med, at drabet udføres til en andens gavn.

4. *Autonomi som udtryk for en fri vilje*

Alle væsentlige beslutninger, et menneske tager, sker i et eller andet forhold til andre. De beslutninger, vi tager, påvirker andre mennesker, og de påvirkes af andre mennesker.

Den amerikanske filosof og læge Daniel Sulmasy fremhæver, at der kan ligge et pres på en person med hensyn til at være i samklang med andre (2017). Social adfærd indpodes i os og bestemmer derpå vore autonome valg, siger Sulmasy. Hvis dødshjælp legaliseres i et samfund, vil de, som lider af kronisk sygdom eller har en dødelig sygdom eller er afhængige af andres hjælp, blive tilskyndet til at gå ind for ideen om dødshjælp og eventuelt bede om det, når det gælder dem selv. Patienten siger altså: »Doktor, nu må du hjælpe mig med at afslutte livet.« Og eftersom ordene kommer ud af patientens egen mund, opfattes anmodningen som autonom, hvor det i virkeligheden er en afspejling af, at også omgivelserne vurderer, at patienten er i en elendig tilstand. Sulmasy tilføjer (2017, s. 63): »Lægen indvilliger så i anmodningen, og på overfladen synes alt måske i orden, men der er sket et uheldsvangert brud i samfundets moralske grundfjeld langt nede under den rolige overflade.«

Den franske bioetiker Emmanuel Hirsch fremfører, at den individuelle autonomi kan være en illusion. Oversat af Nigel Biggar siger han, at en patient:

may truly want to die, but this desire is not the fruit of his freedom alone, it may be – and most often is – the translation of the attitude of those around him, if not of society as a whole which no longer believes in the value of his life and signals this to him in all sorts of ways. Here we have a supreme paradox: someone is cast out of the land of the living and then thinks that he, personally, wants to die. (Biggar, 2004, s. 148)

Autonomi i forbindelse med dødshjælp opfattes som overensstemmende med den ideologi, som gælder i vores liv. Vi opfatter, at vi er herrer over livet, og derfor kan vi også være herrer over døden. Vi mener, vi er beslutningsdygtige i alle sammenhænge. Visse beslutninger og valg kan naturligvis være svære at tage, men når det kommer til stykket, er det os selv, som tager dem.

Men bortset fra at valget af egen død mere er et fravalg, som Sløk har påpeget (se ovenfor), er dette valg helt anderledes end de fleste andre valg, som sædvanligvis forbindes med begrebet autonomi. For beslutningen om ens egen død skal tages ikke i en dagligdags sammenhæng, hvor personen er i fuld kontrol over sit liv. Det hører ikke med til dagligdagens valg at ønske sin egen død. Det er et ønske, som opstår på baggrund af fortvivlelse og en følelse af håbløshed og ofte også en følelse af at være til overs. En sådan situation er et skrøbeligt grundlag for valg, men det ikke-syge menneske forestiller sig, at det er en beslutning, som man vil kunne tage, også når man er syg. Derfor kan de, der skal svare på spørgsmålet om dødshjælp i en meningsmåling, næppe forestille sig ikke at skulle kunne bestemme selv.

Valget af ens egen død er således anderledes end andre valg, som mennesker, der ikke er syge, kan gøre. Den svenske forfatter Carl-Henning Wijkmark tillægger i bogen »*Stundande natten*« (dansk: »Natten der kommer«) sin hovedperson følgende betragtning: »Et besynderligt paradoks kan det forekomme, men jo svagere jeg blev, jo mindre ville jeg dø. (Jeg håber, at tilhængere af dødshjælp er opmærksomme på dette fænomen, som jeg har en mistanke om er almindeligt)« (Wijkmark, 2013, s. 109).

Mennesker, som ikke er syge, forestiller sig ikke, at de kunne komme i situationer, hvor de ville ønske *ikke* at have den mulighed at skulle vælge. Men hvis dødshjælp var lovliggjort, ville muligheden ligge i alles bevidsthed – patientens, lægens, de pårørendes, plejepersonalets – også selv om det ikke blev direkte formuleret som et tilbud. Ifølge lovgivning og regler forestiller man sig, at patienten skal være *fri til* at kunne vælge dødshjælp, men patienten kan så netop ikke blive *fri for* at skulle vælge.

5. *Autonomi i forbindelse med dødshjælp skal udøves af sårbare mennesker*

Hvis en lov om dødshjælp giver patienten en ret til at dø, vil det kunne opleves som en pligt til at dø. Der er også blevet argumenteret for, at pligtopfyldende mennesker ligefrem vil kunne ønske at påtage sig denne pligt, og at man ikke bør fratage dem den mulighed

(Warnock, 2008). Hvad skal en patient lægge vægt på, når han eller hun skal beslutte ikke at ville leve længere? I andre af livets valg-situationer er det rigtigt at tage hensyn til andre, og det vil også gælde her. En »normal« hentytende adfærd vil kunne forstærke det i forvejen fortvivlede menneskes følelse af at være en byrde. »Hvor selvbestemmende kan de svageste handle, når omverdenen vurderer deres syge, afhængige og lidende liv som uværdigt?« spørger den norske teolog Knut Ruyter (1998, s. 182).

Den engelske praktiserende læge Iona Heath skriver i en klumme i *British Medical Journal* om den indirekte tvang, som kan ligge i at give det sårbare og afhængige menneske dette valg:

It seems to me to be impossible to ensure that an apparently voluntary request for assisted dying is not in some small way coerced. It is all too easy for sick and disabled people to believe that they are becoming an intolerable burden to those closest to them, and indeed they often are a burden. In such circumstances a request for assisted dying can become a sort of sacrifice on the part of the dying person, with complicit, self interested support from relatives, professionals, or carers. (Heath, 2012, s. 35)

Man må derfor stille det spørgsmål, om alle valg skal være til rådighed. Der kan komme til at hvile et direkte eller indirekte pres på patienten for at vælge muligheden dødshjælp, hvis tilstanden i øvrigt vurderes som tilstrækkelig lidelsesfuld og håbløs, og livskvaliteten bedømmes som tilstrækkelig lav af patienten selv og af andre.

Vi er sårbare og afhængige af det fællesskab, vi er i. På den måde bliver vi aldrig fuldt autonome. Vi er fra fødslen sat ind i medmenneskelige sammenhænge i større eller mindre grad. Det gælder socialt, kollegialt, venskabsmæssigt og familiemæssigt.

De norske forfattere, Jan-Olav Henriksen og Arne Johan Vetlesen siger det på denne måde:

Det nyfødte menneskebarnet er fra første stund afhængig av at det er noen andre til stede – noen som sørger for næring, varme og trygghet. Avhengigheten av andre bunner i den enkeltes sårbarhet. Sårbarheten

gjør at bånd etableres til andre. Uten bånd til noen utenfor seg selv, kan ikke mennesket klare seg. Mennesket er nemlig ikke et selvtilstrekkelig vesen, og mangelen på selvtilstrekkelighet gjelder ikke bare ved fødselen, det er snarere et vesenskjenne tegn som vedvarer livet ut. (Henriksen og Vetlesen, 2006, s. 76)

6. *Autonomi som relativt begreb*

Autonomi respekteres dog ikke fuldt ud som begrundelse for døds-hjælp. Hvis en læge skal udføre det, er det ikke tilstrækkeligt at henvise til patientens anmodning. Det kræves også, at patientens livsværdi vurderes som tilstrækkeligt lav også af omgivelserne. Det, der legitimerer døds-hjælp, er således ikke alene, at der foreligger en anmodning, men at visse liv vurderes at være ikke-leveværdige.

En hollandsk læge fortalte mig, at han stiller mange og grundige spørgsmål til den patient, som har anmodet om døds-hjælp. Han tilføjede: »Men det er ikke altid, jeg er tilfreds med patientens svar.« Det er med andre ord hans grad af tilfredshed, som er afgørende for, om døds-hjælpen kan bevilges. Det fremstår naturligvis som en ansvarlig adfærd, men ret beset afvejer denne læge respekt for patientens autonomi imod, om han mener, patientens ønske er oprigtigt, om patientens liv er leveværdigt, og hvad der er barmhertigt. Denne problemstilling blev allerede omtalt længe før fremsættelsen af den hollandske lov i sin tid (Jochemsen, 1994).

Hvis det på den anden side er barmhertighed, der skal bære ideen om døds-hjælp, følger spørgsmålet, om ikke også andre patienter, som lider, men som ikke kan bede om døds-hjælp – for eksempel på grund af svækkelse eller demens, eller umyndige børn – burde kunne tages af dage (se også kap. 7). De har ikke autonomi, men de kan have lige så stor lidelse.

Når autonomiargumentet med andre ord ikke kan bruges, bærer lidelsesargumentet igennem. Det er ikke kun en forventelig logisk og psykologisk konsekvens, det er også en erfaring, at det går i den retning, idet udviklingen i lande, som har haft mange års praksis med døds-hjælp, bekræfter det (se kap. 13). Nærmest ud fra et retfærdigheds- og lighedssynspunkt inddrages flere og flere patienter som kandidater til døds-hjælp (MacKellar, 2017; Montero, 2017). I

Holland debatteredes i efteråret 2019, om dødshjælp kunne udvides til også at gælde børn (Pedersen, 2019, s. 11). Nogle kalder det et spørgsmål om barmhjertighed, andre har henvist til FN's børnekonvention, som taler om barnets tarv.

Konsekvenser for patient-læge-forholdet

I det foregående afsnit har jeg diskuteret to hovedargumenter for en lovliggørelse af dødshjælp: At afhjælpe den ubærlige lidelse og at respektere selvbestemmelsesretten. Argumenterne er lette at følge, og det er i udgangspunktet gode argumenter. Ofte forenkles spørgsmålet imidlertid, og det betyder, at argumenterne fremstår som uimodsigelige. Det virker, som om de dilemmaer, som kunne ligge i spørgsmålet, forsvinder. Om forenklinger af etiske dilemmaer har den italienske filosof og forfatter Umberto Eco sagt:

Visse etiske problemer er begyndt at stå klarere for mig i kraft af mine overvejelser om nogle semantiske spørgsmål – og du skal ikke tage dig af, at der er nogle, der siger, at vi taler for svært. De er muligvis blevet opfordret til at tænke alt for nemt af massemediernes »åbenbaring«, som pr. definition altid er forudsigelig. De må lære at tænke svært, for hverken det gådefulde eller det åbenlyse er nemt. (Eco, 1998, s. 80)

I det foregående afsnit har jeg især problematiseret begrebet autonomi i forbindelse med dødshjælp. Som det er fremgået, skal patientens autonomi udøves i et intenst og kompliceret samspil med omgivelserne. I det følgende vil jeg se nærmere på den følsomme relation, der er mellem patient og læge, og endelig vil jeg pege på, at der netop i denne relation indgår elementer, som ikke uden videre lader sig veje og måle. Relationen benytter som sit sprog ikke alene hjernens, men også det vi kan kalde hjertets sprog.

Normalisering af dødshjælp

En lovliggørelse af dødshjælp vil ikke blot gøre handlingen mulig inden for lovens rammer, men også gøre den mulig i vores bevidsthed. Hvor

dette at tage et menneske af dage grundlæggende har været en uacceptabel handling og i den forstand umulig, da det er en overskridelse af et tabu, vil en lovgivning medføre, at umuligheden og tabuet forsvinder. Men en videre konsekvens ville være, at det også kunne blive en forventet handling – grænsende til en moralsk forpligtelse – når man stod over for stor lidelse. Man har talt om, at en legalisering betyder, at der kan udvikles en »eutanasi-mentalitet«, eller at dødshjælp »normaliseres« (Ruyter, 1998; MacKellar, 2017).

Normalisering af dødshjælp kan være med til at forklare den såkaldte glidebane-effekt (MacKellar, 2017). Aristoteles tillægges ordene, »En handling bliver en vane, bliver et karaktertræk, bliver en skæbne.« Den aforisme formuleres mere nutidigt i en kronik af psykologen Frej Prah:

Hvorfor mon stadig flere lag af afhængige mennesker kvalificerer til aktiv dødshjælp i Holland? Det er en naturlig konsekvens af den samme psykologiske mekanisme. Jo mere vi gør en bestemt handling, desto mere retfærdiggør vi, at de her mennesker ikke har noget at leve for. Jo mere vi retfærdiggør, at mennesker ikke har noget at leve for, desto flere mennesker vil efterhånden ikke have noget at leve for. Jo flere mennesker, som ikke har noget at leve for, desto flere potentielle modtagere af aktiv dødshjælp. (Prah, 2016)

Man må endog stille det spørgsmål, om en lovgivning af dødshjælp vil skabe en slags afhængighed af muligheden. I sin bog »*Being Mortal*« skriver den amerikanske kirurg og forfatter Atul Gawande: »I fear what happens when we expand the terrain of medical practice to include actively assisting people with speeding their death. I am less worried about the abuse of these powers than I am about dependence on them« (Gawande, 2014, s. 244). Vil en lovgivning få os til at betragte lidende, handikappede og afhængige mennesker på en ny måde, nemlig at de mennesker måske kan undværes? (Prah, 2016). Vi vil naturligvis henvise til, at det vil være til deres eget bedste (»*in the best interest of the patient*«), men kunne der være andre motiver? »'He would be better off dead' can be said for many dubious reasons: the most dubious is that we would be better off if he were dead«, skriver filosofen David Jones (2017, s. 250).

En anmodning om dødshjælp er ganske sjælden i Danmark både på hospitalsafdelinger og i hospices – og langt sjældnere, end det kolporteres

i medierne. Den ledende overlæge, Bente Sørensen, på kræftafdelingen på Vejle Sygehus sagde for et års tid siden til mig: »Jeg kan praktisk talt ikke mindes, at vi har haft en patient, hvor dødshjælp kom på tale. Det er slet ikke noget 'issue' på vores afdeling«. Man må spørge, om det blandt andet kan skyldes, at dødshjælp ikke er »på dagsordenen«, fordi det ikke er legaliseret. I for eksempel Belgien høres spørgsmålet jævnlige og nogle gange endda allerede på det tidspunkt, hvor en alvorlig diagnose stilles (Montero, 2017; Beuselinck, 2017).

Når dødshjælp ikke er lovliggjort, er det heller ikke nødvendigt, at det bliver en overvejelse i behandlingsforløbet. Hvis dødshjælp derimod var en mulighed, ville der opstå andre tanker – både nogle, som udtryktes og nogle, som ikke udtryktes. Er lægen patientens hjælper i livet, eller er han den, som kan tage livet af patienten, når visse betingelser er opfyldt? For det kunne være betingelser, som ikke kun var bestemt af patienten. Ville der bag kitlen kunne være skjulte motiver? Lægens rolle bliver tvetydig – både for patienten og for lægen selv (se kap. 9).

Den hollandske læge og kardiolog Richard Fenigsen har været en vedholdende kritiker af sit lands mangeårige dødshjælpspraksis. Han fremhæver i et længere essay (Fenigsen, 1989), at patienter vil kunne ane, at den læge, der er parat til at ombringe dem, når de ønsker det, også vil være i stand til det, uden de ønsker det. Muligheden for dødshjælp vil således kunne skabe en relation, som præges af mistro og frygt.

Modsat fremføres det ikke sjældent, at det af frygt for fremtidig lidelse eller sygdomsprogression kan være en kilde til lettelse og oplevelse af kontrol at vide, at dødshjælp er en tilgængelig mulighed; det er beskrevet som en slags sikkerhedsventil, selv om de færreste i sidste ende gør brug af den (Wilson et al., 2007).

Rationelle og irrationelle elementer i eksistentielle valg

Patient-læge-forholdet bestemmes naturligvis ikke kun af rationel og logisk tænkning. Uafvejelige størrelser som følelser, kropssprog, medbragte holdninger og erfaringer fra det tidligere liv indgår – også erindringer om tidligere sygdomsperioder og patient-læge-kontakter.

En læge på et dansk hospice fortalte mig om en patient, som havde bedt ham om at gøre en ende på elendigheden. Lægen havde svaret, at han ville hjælpe ham på alle måder, men at han ikke måtte tage ham af dage. Patienten sank tilbage i sengen med en lettelse og spurgte: »Hvad kan du da gøre for mig?« Hvordan kan det være beroligende for patienten, at lægen ikke må yde den dødsbistand, han bliver bedt om af patienten? Jeg tror, det hænger sammen med, at mennesker er sådan indrettet, at de – med et billede fra radiofoni – kan modtage og sende på både hjernen og hjertets bølglængde. Den første er logisk og rationel, og her er et tilfredsstillende svar på patientens forespørgsel et »ja«. Den anden er ulogisk og irrationel, og her kan det rigtige svar være et »nej«.

Jeg husker en sætning, som illustrerer metaforen om hjernen og hjertets bølglængde: En jurastuderende skrev i et brev til sin udkårne: »*Med hensyn til mine følelser for dig henviser jeg til tidligere korrespondance herom.*« Det viser, at når vi stiller ind på de to bølglængder samtidigt, bliver det enten uforståeligt eller i det mindste pudsigt. Hos mennesket veksler de to bølglængder imidlertid. Hvis vi skulle bruge hjernens logik i hjertets anliggender, ville vi blive skeptiske. Hvis vi kunne måle og beregne kærligheden, ville vi ikke regne den for noget. En logisk absurditet for hjernen kan godt forstås på hjertets bølglængde. Et eksempel på en ulogisk sætning, som alligevel giver mening, er: »*Kun fordi jeg har dig, kan jeg blive ved at klare de problemer, som du uvægerligt giver!*« Det er logisk set et paradoks, men på hjertets bølglængde kan det blive opfattet som en kærlighedserklæring.

Hjernens og hjertets bølglængde. En tilsvarende metafor er hjerne- og hjertesprog. Det er ikke mig, der har »opfundet« de betegnelser, men jeg har brugt dem nogle gange (for eksempel Hartling, 2001). Der er mange eksempler på de to sprog – og uden tvivl flere, end vi tænker over til daglig. Bedstemor fortæller ikke børnebørnene eventyr om græssets beskaffenhed, dets cellulose- og vandindhold, men om elverpigerne, der danser på græsset. Hjernesprog ville eliminere fortryllelsen i eventyret. Tårer er ikke blot H₂O med lidt NaCl i. Morgendug glimter som diamanter i edderkoppespindet, men beskrivelsen bliver flad, hvis man kun taler om kondenseret vand.

Hvis ikke mennesket havde begge sprog, ville vi ikke kunne forstå poesi eller kunst. Men selv om vi véd, at begge sprog er vigtige, glemmes det ofte – også i debatten om dødshjælp.

For at belyse de to sprog i denne forbindelse henviser jeg til et uddrag af min bog om dødshjælp (Hartling, 2015; se tekstboks), hvor jeg fortæller om en personlig oplevelse i forbindelse med min hustru Katrines sygdom. Hun døde i 2012.

Katrines naturlige brune lød var blevet gusten, som det kan ses hos patienter med kronisk nyresvigt. Grålig i farvetonen som om solbrændtheden havde fået et lag askestøv over sig. Dialyserne var opslidende, men livsnødvendige. Og de var blevet nødvendige hver anden dag. Fire-fem timers dialyse. Pause den følgende dag. Og så igen. Op mod en dialyse begyndte væskeophobningen at plage. Vejrtrækningen blev besværet, og der var trykken for brystet.

[...]

De første mange timer efter en dialyse var hun umådelig træt på grund af kroppens reaktion over for de væskevolumener, der blev »flyttet« og renses, og på grund af den hurtige reduktion af kroppens væskevolumen. Derefter var der nogle få timer med nogenlunde velbefindende, hvis ikke der var kvalme eller hovedpine. Man kunne kalde det en oase af velbefindende mellem dialyserne. Frygten for næste dialyse afløstes gradvist af en længsel efter den på grund af det tiltagende væskepres med åndenød og belastning af hjertet.

[...]

Katrine var et menneske med stort livsmod. Mange har det i tidens løb hjulpet ud over hende selv. I den sidste tid fik medpatienter hjælp og støtte og gennem Katrine en stærk fortæller. For eksempel når de ikke selv kunne formulere en modstand mod en krænkelse, som kunne være halvskjult i venlig tale om regler og muligheder. Men selv hun kunne knækkes. Græd om natten i sin hospitalsseng – af ensomhed, udmattelse og af savn.

Hun længtes så meget efter almindelige dage uden smerter og kvalme, men der var kun få af dem. Og der var en overvældende vished om, at der ikke var udsigt til bedring. »Jeg véd, hvad jeg kan gøre,« siger hun en dag, »jeg har tænkt over det. Vil du høre det?« Jeg nikker forsigtigt. Hendes øjne hviler på mig. Hun er alvorlig. »Jo, en nat åbner jeg for mit dialysekateter. Det kan godt lade sig gøre; de ser ikke så meget til mig om natten. Blodet vil langsomt dryppe ud. På grund af A-K-behandlingen vil det ikke stoppe. Jeg vil langsomt falde i søvn ... Nej, nej – når du ser sådan på mig, gør jeg det ikke.«

Den oplevelse, der er gengivet i tekstboksen, illustrerer de to tænkemåder – den rationelle og den irrationelle. Hvis jeg kun tænkte rationelt, måtte jeg erkende, at hun som beskrevet havde det forfærdeligt, og at situationen var udsigtsløs. Med hjernesproget kunne jeg ganske fornuftigt have svaret hende: *»Jeg forstår dig. Det er en rigtig beslutning. Du skal have lov at slippe nu. Jeg vil sidde hos dig, mens det sker. Du skal ikke være alene.«*

Men hjertesproget fandt ikke de ord. Det kan kun udtrykke en sorg over tanken om at skulle miste den elskede. Kærligheden er på den måde egoistisk, men hvis det er egoisme, kunne hun ikke se det som egennytte. Hun så og hørte det, hun havde brug for, og sagde næsten uden pause fra sine første ord – afbrød nærmest sig selv: *»Nej, når du ser sådan på mig, gør jeg det ikke!«*

Katrine tænkte på at tage sit liv for sin egen skyld og ville så ikke gøre det for min skyld. Eller måske netop også for sin egen skyld. Fortalte hun mig om sin plan for at se min reaktion? Gav det hende styrke og livsmod, at reaktionen ikke var rationelt imødekommende? Og havde den været rationelt imødekommende, ville hun da måske have gennemført sin fortvivlede plan.

Min oplevelse understreger, at *»intet menneske er en ø«* (jf. et berømt digt af John Donne fra 1624), og at ingen alvorlige beslutninger tages »uden hensyn«, fordi ingen beslutninger kan tages adskilt fra de relationer, vi har. Men det er ikke den vigtigste pointe her, for Katrine lærte mig noget, som ikke er fremtrædende i tidens debat om dødshjælp, nemlig

dette, at det fortvivlede menneske ikke kun har brug for at blive mødt med en *rationel* forståelse for, at nu er det bedst at komme af dage. Det skyldes, at den forståelse på samme tid rummer et element af, at det medmenneske kan undværes. Respekt for selvbestemmelsesretten understreges igen og igen i dødshjælpsdebatten, men den respekt kan rumme en udtalt og indirekte afvisning eller udelukkelse (forstødelse).

Dette gælder nemlig ikke kun, når det er en af de allernærmeste. Jeg er ikke i tvivl om, at det også vil gælde en mere fremmed – for eksempel en patient. Hvad hører (ser og mærker) patienten, som i sin nød og med henvisning til sin selvbestemmelsesret anmoder om dødshjælp? Patienten mærker og forstår, at han eller hun kan undværes, og det har intet menneske brug for at mærke. Patienten føler sig måske allerede til overs, og den følelse forstærkes, når patienten *rationelt* vælger, at nu skal det slutte, og når omgivelserne *rationelt* svarer, at det er der al mulig grund til. På den måde kan patientens følelse af håbløshed blive større og endda begrunde og fremskynde valget af dødshjælp.

Lad mig sige det med andre ord: I et land med lovliggjort dødshjælp bliver budskabet: *»Du beder om din død. Det er til at forstå, du har en ubærlig tilstand, og vi kan ikke gøre så meget mere. Men du må overveje det nøje. Jeg vil komme igen for at høre, om du fortsat mener det. (Anmodningen skal efter reglerne være vedholdende). Jeg må også forelægge det for en kollega, for vi kan skride til en sådan handling.«* (En uafhængig kollega skal høres for at være med til at fastslå, at situationen er udsigtsløs, og at patienten mener det). Svaret er ansvarsbevidst og bygger på en velment vurdering af, hvad der er bedst for patienten. Men samtidig kommer svaret til at rumme: *»Vi kan hjælpe dig herfra, for vi kan også godt undvære dig, sølle som du er. Vi kan blive af med dig.«* Så hjerteløst er der ingen, der taler, men hvad *hører* patienten – midt i sin elendighed – i det behjertede tilbud om dødshjælp?

I et land med et opretholdt forbud mod dødshjælp kunne budskabet lyde: *»Du beder om din død. Det er til at forstå, for du har det forfærdeligt. Vi vil gøre, hvad vi kan for dig, og vi vil være hos dig, også nu hvor det er så slemt.«* Patienten vil måske gentage sit ønske om at dø, men den endelige barriere i loven behøver ikke, som det af og til siges, være ubarmhertig, men kan være et tilsagn til patienten om, at vi tør være sammen med ham

eller hende i magtesløsheden, og at de fortsat må være i fællesskabet, som dette liv er. Når patienten beder os om hjælp til at dø, må vi lytte på både hjernens og hjertets bølgelængde.

Referencer

- Beuselinck, B. (2017). 2002–2016: Fourteen years of euthanasia in Belgium. First-line observations by an oncologist. I D. A. Jones, C. Gastmans, C. MacKellar (Red.), *Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium* (s. 101–113). Cambridge: Cambridge University Press.
- Biggar, N. (2004). *Aiming to kill. The ethics of suicide and euthanasia*. London: Darton, Longman and Todd.
- Birkler, J. (2015). *Døden i et professionelt perspektiv. De svære valg*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Callahan, D. (1989). Can we return death to disease? *Hastings Center Report*, 19 (suppl.), 4–6.
- Chesterton, G. K. (1937). Euthanasia and murder. *The American Review*, 8(4), 487–490.
- Donne, J. (1624). *Meditation XVII. Devotions upon emergent occasions and several steps in my sickness*.
- Eco, U. (1998). *Moralske tanker*. København: Forum.
- Fenigsen, R. (1989). Mercy, murder and morality perspectives in euthanasia: A case against Dutch euthanasia. *Hastings Center Report* 19 (suppl.), 22–30.
- Gawande, A. (2014). *Being mortal*. London: Profile Books.
- Godfredsen, E. (1964). *Medicinens Historie. 2. udg.* København: Nyt Nordisk Forlag.
- Hartling, O. J. (2001). Men størst af dem ... I T. Lindhardt (Red.), *Det tror vi på. 20 danskere om tro, værdier og livsgrundlag*. Sesam.
- Hartling, O. J. (2015). *Aktiv dødsbistand. Kan vi mere, end vi kan magte?* København: Gyldendal.
- Heath, I. (2012). What's wrong with assisted dying. *BMJ*, 344, 35.
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og Distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal.
- Jochemsen, H. (1994). Euthanasia in Holland: An ethical critique of the new law. *Journal of Medical Ethics*, 20, 212–217.
- Jones, D. A. (2017). Euthanasia and assisted suicide in Belgium. Bringing an end to interminable discussion. I D. A. Jones, C. Gastmans, C. MacKellar (Red.), *Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium* (s. 235–257). Cambridge: Cambridge University Press.
- MacKellar, C. (2017). Some possible consequences arising from the normalisation of euthanasia in Belgium. I D. A. Jones, C. Gastmans, C. MacKellar (Red.),

- Euthanasia and assisted Suicide. lessons from Belgium* (s. 219–234). Cambridge: Cambridge University Press.
- Materstvedt, L. J. (2012). Intention, procedure, outcome and personhood in palliative sedation and euthanasia. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2(1), 9–11.
- Materstvedt, L. & Bosshard, G. (2009). Euthanasia and physician-assisted suicide. I G. Hanks, N. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa & N. Cherny (Red.), *Oxford textbook of palliative medicine, 4th edition* (s. 304–319). Oxford: Oxford University Press.
- Montero, E. (2017). The Belgian experience of euthanasia since its legal implementation in 2002. I D. A. Jones, C. Gastmans, C. MacKellar (Red.), *Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium* (s. 26–48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pedersen, B. (2019, 29. oktober). Dødshjælp i Holland: Børnelæger vil udvide loven til børn under 12 år. *Kristeligt Dagblad*.
- Prahl, F. (2016, 22. september). Frit valg til aktiv dødshjælp er en myte. *Politiken*.
- Ruyter, K. W. (1998). Menneskeverd contra »menneskelig verdighet«? *Norsk Teologisk Tidsskrift*, 99, 181–96.
- Sulmasy, D. P. (2017). Ethics and the psychiatric dimensions of physician-assisted suicide. I D. A. Jones, C. Gastmans, C. MacKellar (Red.), *Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium* (s. 49–64). Cambridge: Cambridge University Press.
- Velleman, J. D. (1999). A right of self-termination? *Ethics*, 109, 606–628.
- Warnock, M. (2008). A duty to die? *Omsorg*, 25(4), 3–5. Hentet fra <http://eideforlag.no/filarkiv/Mary%20Warnock.pdf>
- Wijkmark, C-H. (2013). *Natten der kommer*. Nordstedts.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, ... Clinch, J. J. (2007). Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychology*, 26, 314–323.

Ordforklaringer

- adfærd: beteende (S), atferd (N)
- afvisning: avvisande (S), avvisning (N)
- barnets tarv: hensynet til(l) barnet (S/N)
- elverpigerne: alveflickorna (S), alvejentene (N)
- endegyldig: oåterkallelig (S), ugjenkallelig (N)
- for stedse: för/for alltid (S/N)
- hvornår: når (S), når (N)
- ikke måtte: Inte kunde (S), ikke kunne (N)
- jurastuderende: juridikstuderande (S), jusstudent (N)
- kitlen: läkarrocken (S), legefrakken (N)

klumme: inlägg (S), innlegg (N)

måle: mäta (S)

nemt: lätt/lett (S/N)

opslidende: utmattande/utmattende (S/N)

på overfladen: ytligt (S), på overflaten (N)

ryge: röka (S), røyke (N)

selvgendrivende: självförgörande (S), selvmotsigende (N)

sundhedsloven: hälsolagen (S), helseloven (N)

ubærlig: outhærdligt (S), uutholdelig (N)

udskyde: fördröja (S), utsette (N)

uheldsvangert brud: ödesdigert brot (S), skjebnesvangert brudd (N)

vedholdende: ihållande (S), vedvarende (N)

vejtrækningen: respirationen (S), åndedrettet (N)

