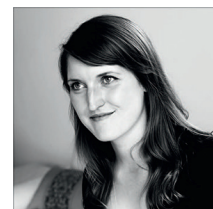


Dødshjælp & Lægevidenskaben



Ingeborg Hoffmann-Petersen, læge

Døden er et af tilværelsens grundvilkår. Det er dog ikke på samme måde givet, hvordan vi dør. For blot få årtier siden døde mennesker af banale sygdomme, som i dag kan behandles med simple medikamenter. Listen over almindelige dræbere var lang og levealderen kort. Med de store medicinske landvindinger er vi i dag ikke blot i stand til at behandle banaliteterne, men også de store dræbere som hjertekarsygdomme og kræft. Vi kan ikke forhindre døden, men vi kan udskyde den meget længe. På den måde bliver dødsprocessen i nogle tilfælde grimmere, mere langvarig og præget af menneskeligt forfald og lidelse. Overfor den proces kan aktiv dødshjælp opleves som en fredfuld og kontrolleret død uden lidelse, uden forfald og uden besvær. Men en værdig død handler ikke blot om at undslippe lidelse og kropsligt forfald. Den handler i lige så høj grad om accept og forsoning, afsked med livet og de levende, en åndelig og konkret konfrontation med egen sårbarhed og dødelighed. Og det kræver, at vi tør tale om døden.

Med døden i kittellommen

At være hospitalslæge betyder et dagligt møde med døden i mange afskygninger. Et faktum, der kan være svært at vænne sig til, når man som nyuddannet læge lander i den virkelige verden. Indimellem kan døden føles som en fysisk tilstedeværelse, der følger én rundt, når man kaldes til det ene ligsyn efter det andet i løbet af få timer. Jeg har det personligt svært med den kropslige død og overgangen, den repræsenterer. Et men-

ske, som du har set i øjnene dagen før, haft en nærværende samtale med, skabt en relation til, skal du nu ned og gå ligsyn på i kælderen. Registrere de sikre dødstegn og skrive under på tåsedlen til kapellet. lagttage den reducerede, voksagtige, dødsstive krop, som ånd og sjæl har forladt. Med lægeuddannelsen følger ikke nødvendigvis robustheden. Den hærdes og forhærdes man til efterfølgende.

”Et menneske, som du har set i øjnene dagen før, haft en nærværende samtale med, skabt en relation til, skal du nu ned og gå ligsyn på i kælderen.

På universitetet undervises medicinstuderende i alverdens komplekse sygdomme og behandlingsmuligheder, men hvordan man som menneske håndterer mødet med døden kan ikke læres på skolebænken. I et forsøg på at klæde kommende læger på til et arbejdsliv, hvor de står med medmenneskers liv og oftere død i hænderne, undervises der i lægelivets sværere kommunikative aspekter, den såkaldte ”svære samtale”. Her mødes lægestuderende af skuespillere og skal lære at overlevere en besked med altødelæggende betydning for patientens liv – en kræftdiagnose, en dødsdom eller truslen om nært forestående invaliditet. Jeg har arbejdet som læge i to år, og jeg bliver stadig berørt, når jeg sidder overfor et andet men-

neske med en trist besked. Ældre kollegaer fortæller mig, at man vænner sig til det med tiden. At man lærer at ryste det af sig eller måske slet ikke lade det trænge ind. Som læger er vi ikke berøringsangste, når det kommer til døden, men måske angste for at blive berørte. I lægeverdenen hersker et ideal om professionel stoicisme, en overlevelsesmekanisme og en nødvendig distance for at du også kan eksistere som menneske, når du tager hjem fra arbejde. Men alle har en grænse for, hvor mange emotionelle udfordringer og grumme oplevelser de kan rumme. Alle har et punkt, hvor de knækker. Følelsesmæssig udbrændthed er udbredt blandt læger, og selvmordsraten er markant højere end indenfor andre fag.

Den tabuiserede død

Vi taler ikke så meget om døden. Vi ignorerer den, og så bliver vi helt chokerede, når den kommer. Og det gør den jo altid.

Ida Auken, Mads og Monopolet,
23. november 2019

At vi alle skal dø en dag er et uomgængeligt faktum. Alligevel er døden et vedblivende tabu. Vi har distanceret os fra døden og vil helst ikke tænke på den, helst ikke tale om den. Det betyder, at mange ikke har forholdt sig til døden – hverken deres egen eller andres – før den pludselig banker på.

”Mange mennesker har en næsten magisk forestilling om, at man efter succesfuld genoplivning rejser sig som en anden Lazarus, upåvirket og nærmest raskere end før.

Når ældre patienter indlægges, taler vi som læger med dem om det såkaldte ”behandlingsloft”. En forventningsafstemning af, hvor langt vi skal gå med behandlingen, hvis sygdomsforløbet pludselig går i den forkerte retning. Skal vedkommende i respiratorbe-

handling på intensivafdelingen, hvis lungerne svigter, og forsøges genoplivet ved hjer-testop? Mange mennesker har en næsten magisk forestilling om, at man efter succesfuld genoplivning rejser sig som en anden Lazarus, upåvirket og nærmest raskere end før. Virkeligheden er dog desværre en ganske anden. Genoplivning betyder ikke alene adskillige brækkede ribben efter hjertemas-sage, men oftest også et betydeligt funkti-onstab – både mentalt og fysisk – som følge af iltmangel til organer. Ved disse samtaler om behandlingsloft reagerer patienterne naturligvis helt forskelligt. Nogle med afklaring omkring dødens uundgåelighed og et ønske om ikke at trække processen i langdrag, andre med fortørnelse og vrede over, at døden bliver bragt på tale. Dette udbrud af latent vrede er en forståelig reaktion på en pludselig konfrontation med livets tabuiserede afslutning og samtidig et udtryk for afmagt over den kurs, som sygdommen har sat for livet.

Dødshjælpens mange facetter

At dø med værdighed ligger mange på sinde, når livet rinder ud. Debatten omkring aktiv dødshjælp blusser med jævne mellemrum op som et polemisk bål, der ikke kan slukkes. Grænserne mellem de forskellige begreber indenfor dødshjælp og palliation forekommer ofte udviskede i den offentlige debat, og for klarhedens skyld gennemgås begreberne derfor kort her.

Passiv dødshjælp er at undlade eller at indstille aktiv behandling af fremskreden sygdom hos en døende patient, hvor det vurderes, at behandlingen er udsigtsløs og patienten uafvendeligt døende. Det kan være at indstille behandlingen af en lungebetændelse hos en kræftpatient eller at slukke for respiratoren hos en svært lungesyg patient. Hensigten er at mindske lidelse ved at undlade at forlænge livet. Passiv dødshjælp er reguleret via Sundhedsloven, hvor det hedder: ”En uafvendeligt døende patient kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden” (2, § 25), og: ”Såfremt en uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, kan en sundhedsperson undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling” (2, § 25).¹

Palliativ sedering er medikamentel lindring af fysisk eller psykisk lidelse hos en døende patient, f.eks. smerter eller angst, hvor patienten bedøves i nødvendig grad. ”En uafvendeligt døende patient kan modtage de smertestillende, beroligende eller lignende midler, som er nødvendige for at lindre patientens tilstand, selv om dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet” (Sundhedsloven stk 2, § 25). Der er tale om nøje afmålte og kontrollerede doser, som registreres i systemet. Der er ikke tale om en gråzone eller en glidende overgang til aktiv dødshjælp, men derimod en tydeligt lovbestemt og etisk grænse. Forskellen ligger i hensigten, som her er at lindre patientens smerter.

Aktiv dødshjælp, eutanasi, er derimod drab på begæring fra patienten, hvor vedkommende dør af en aktiv indgift af dødelige medikamenter fra lægens hånd med det formål at slå patienten ihjel. Aktiv dødshjælp er ulovlig i Danmark, men diskussionen fortsætter og er gentagne gange behandlet af Det Ethiske Råd, der hver gang fraråder at indføre aktiv dødshjælp i Danmark. Det er dog tilladt i en række andre lande, heriblandt i Holland, hvor det har været tilladt siden 2001. Her indebærer kriterierne for at modtage aktiv dødshjælp bl.a. frivilligt samtykke, manglende behandlingsmæssigt alternativ og ubærlig lidelse, enten fysisk eller psykisk. Det er ikke et krav, at patienten skal være døende.²

Lægeassisteret selvmord er en variant af aktiv dødshjælp, hvor en læge forsyner patienten med de påkrævede medikamenter, hvorefter patienten selv vil være i stand til at tage sit eget liv. Det er fortsat ulovligt i Danmark, men tilladt i bl.a. Holland, Belgien og Schweiz, hvor det har givet anledning til den såkaldte ’selvmordsturisme’.³

Folketinget indførte i begyndelse af 2019 det såkaldte Behandlingstestamente, hvor alle danskere på forhånd selv kan tage stilling til deres ønsker om livsforlængende behandling ved livets afslutning, hvis de skulle komme i en situation, hvor behandlingen er udsigtsløs eller truslen om invaliditet nært forestående, og de ikke selv kan træffe et aktivt valg på det tidspunkt.

Med en 9 mm pistol i bæltet

Den danske lægestand er som helhed massive modstandere af aktiv dødshjælp og assisteret selvmord. Nærmere bestemt erklærer 82 % af læger sig imod en legalisering.⁴ Det står i skarp kontrast til den generelle folkestemning, hvor 79 % af befolkningen ifølge en undersøgelse fra 2016 er tilhængere af aktiv dødshjælp. Lægeforeningens officielle argumenter lyder bl.a., at legalisering af aktiv dødshjælp ville betyde en fundamental og skadelig forandring af sundhedsvæsnets rolle og relationen mellem læge og patient.⁵ En anden bekymring omhandler den glidebaneeffekt, som ses i lande med aktiv dødshjælp, hvor et hastigt stigende antal patienter modtager aktiv dødshjælp. I Holland sker 4 % af alle dødsfald nu på baggrund af aktiv dødshjælp, en stigning på 300 % siden legaliseringen i 2001, og der er dokumenteret adskillige kontroversielle tilfælde af eutanasi overfor personer med begrænset autonomi, bl.a. udviklingshæmmede, autister og demente.⁶⁻⁷ Med indførelsen af den såkaldte ”Groningen Protokol” i 2002 blev aktiv dødshjælp på børn under 1 år med medfødte misdannelser almindelig praksis. Protokollen er i internationale fora blevet stærkt kritiseret for at udgøre en medicinsk institutionalisering af barnemord og særligt lægernes rolle er omdiskuteret.⁸⁻⁹

”Man kan så spørge sig selv, om samfundet har ret til at pålægge en faggruppe at slå mennesker ihjel?”

Har man som menneske ikke ret til selv at bestemme, hvorvidt man vil leve eller dø? Som udgangspunkt, ja. Sammenlignet med selvmord er forskellen dog, at aktiv dødshjælp kræver et andet menneskes medvirken. Og er det en menneskeret at bede et andet menneske om at tage ens liv? Hvem skulle i så fald pålægges den lidet misundelsesværdige opgave som samfundets bøddel? I de fleste lande med legaliseret eutanasi har lægerne fået denne opgave med det rationale, at det blot er en forlængelse af deres allerede eksisterende arbejde. Man kan så spørge sig selv, om samfundet har ret til at pålægge

en faggruppe at slå mennesker ihjel? De fleste danske læger er med rette bekymrede for en hverdag, hvor samfundspålagt drab ville blive en del af arbejdsopgaverne. En hverdag med en 9 mm pistol i bæltet under den hvide kittel. Med de konsekvenser, det måtte have for ens egen menneskelighed.

Aktiv dødshjælp er gået fra at være sidste udvej for lidende syge uden bedringsudsigter til at være en potentiel løsning på al lidelse.

Professor Theo Boer, Kristeligt
Dagblad, 24. marts 2017

Den hollandske professor i teologi og værdietik, Theo Boer, er erklæret modstander af aktiv dødshjælp og den etiske glidebane, som legaliseringen har medført i Holland.¹⁰ Hvis eutanasi netop bliver en potentiel løsning på al lidelse, hvilken konsekvens har det så for det samfundsmæssige og menneskelige syn på dødsprocessen? Hvilken betydning har det for vores evne til medfølelse? Et menneske, der fravælger tilbudt smertestillende, vil næppe modtage samme medfølelse, når han efterfølgende klager over sine smerter. På samme måde kan man frygte, at et døende menneske i smerter ikke vil få samme medlidenhed og medfølelse i eutanasiens virkelighed. Vedkommende kunne jo bare vælge døden og dermed undslippe smerterne. Hvis muligheden for aktiv dødshjælp opstår, følger et pres for at tage stilling til den og for at bruge den.

I den offentlige debat omkring aktiv dødshjælp opstilles ofte et binært valg mellem enten at tillade aktiv dødshjælp eller at efterlade patienter i ubærlig lidelse. En udbredt opfattelse af, at hvis du er imod aktiv dødshjælp, er du imod en værdig død. Dette tydeliggør en brist i den faglige kommunikation af handlemuligheder ved livets afslutning. Som læger har vi et ansvar for at formidle mulighederne for effektiv palliativ smertebehandling på en mere forståelig måde.

Kunsten at give slip

Den største etiske udfordring i det danske sundhedsvæsen er overbehandling. Med den moderne medicin kom uendelige muligheder for at trække dødsprocessen i lang-

drag. Vi bliver ofte ved med at behandle til det allersidste – indtil hver eneste behandlingsmulighed er afprøvet. Det er en vanskelig kunst at give slip på livet. Min oplevelse er, at det oftere er de pårørende og lægerne end patienten selv, der ønsker at forlænge livet trods udsigtsløs behandling.

”Man bliver ikke uværdig af at have brug for hjælp, støtte og omsorg.

Fordi det er muligt, og fordi det gør ondt at sige farvel. Vi bliver måske klar til selv at dø, men aldrig rigtig klar til at miste. Under en nattevagt stod jeg ved en døende patient som så ofte før. En statelig ældre kvinde på næsten 100 år, der nu lå hensygnende i hospitalssengen. Hendes datter, der selv var omkring de 80, holdt trofast sin mor i hånden, vendte sig mod mig og sagde: ”Man bliver jo aldrig rigtig klar til at miste sin mor.” Sorgen er mærkbar uanset alder. Vejen mod livets afslutning kan være brolagt med den døendes forudanelser, en vedholdende følelse af at være nået til vejs ende, hvilket giver mulighed for at forsones sig med tanken om sin egen død længe før en diagnosticeret dødsdom foreligger. Dette privilegium har de pårørende ikke, og ofte bliver der ikke talt om døden før i 11. time. Vi skal lære at forsones os med vores egen død og tale med vores nærmeste i god tid, inden vi står med ryggen mod muren i en behandlingsmæssig døds spiral.

Når både patienten selv og omgivelserne er klar til at give slip, overgår den døende til ’kærlig pleje’. Det indebærer ophør af al behandling bortset fra smertestillende og angstdæmpende i tilstrækkelige mængder, velvidende at dette kan afkorte livet med timer eller dage. Her er det op til den enkelte selv, om man vil medicineres ind i glemslen og søvnen eller være til stede i dødsøjeblikket.

Dødens ideelle proportioner

’Den værdige død’ anvendes ofte som hovedargument i diskussionen om eutanasi. At man som menneske har ret til at bestemme over sit eget liv og har ret til en værdig

død. Men værdighed handler ikke alene om kognitive evner, kropslig styrke og graden af selvhjulpethed. Man bliver ikke uværdig som menneske af at miste evner eller fysisk formåen. Man bliver ikke uværdig af at have brug for hjælp, støtte og omsorg.

Døden er gjort til et medicinsk fænomen, som vi desperat flygter fra og kræver kontrol over, når vi indser, at vi alligevel ikke kan undslippe. Denne institutionalisering af livets afslutning i hospitalernes kliniske omgivelser kan give os en følelse af fremmedgørelse, selvom det burde være en af de mest naturlige begivenheder. Vi har mange traditioner, der hylder fødslen og livet, men kun få, der klæder os på til mødet med døden og sorgen derefter. Vi har brug for at skabe en dødkultur med tryksgivende ritualer og plads til individet. En kultur, hvor livets afslutning kan hyldes som et værdigt punktum. En sådan kulturændring kræver, at døden aftabuiseres og integreres i livet på en mere naturlig måde.

Vi skal give slip på idealerne om en rigtig måde at dø på, en død uden uskønt forfald og tab af kontrol. Vi skal turde tale om døden, sorgen og tabet. Vi skal bekæmpe forventningerne om en tidsbegrænset sorg og et passende antal tårer. Døden er uundgåelig, så vi skal lære at forsones os med tanken og give hinanden plads til at dø og sørge på vores egen måde.

Bibliografi

1. Jvf. Sundhedsloven: www.retsinformati-on.dk
2. Kouwenhoven et al. (2019), *Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient's autonomy*, European Journal of General Practice, vol. 25(1) s. 44-48
3. Emanuel et al. (2016), *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*, Journal of American Medical Association, vol 316(1) s. 79-90
4. En undersøgelse fra Kristeligt Dagblad i 2017 med deltagelse af 410 læger: <https://www.kristeligt-dagblad.dk/danmark/laeger-siger-massivt-nej-til-aktiv-doedshjaelp>
5. <https://www.laeger.dk/laegeforeningens-holdning-til-aktiv-doedshjaelp>
6. Tuffrey-Wijne et al. (2018), *Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016)*, BMC Med Ethics
7. Mangino et al. (2019), *Euthanasia and Assisted Suicide of Persons With Dementia in the Netherlands*, American Journal of Geriatric Psychiatry
8. Kodish, Eric (2008), *The art of medicine - Paediatric ethics: a repudiation of the Groningen protocol*, The Lancet, vol. 371 (9616), s. 892-893
9. Verhagen et al. (2005), *The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns*, New England Journal of Medicine, vol 352, s. 959-962
10. Lyng, Jens From, Professor: *Aktiv døds-hjælp er blevet en potentiel løsning på al lidelse*, Kristeligt Dagblad 24.03.17

Øvrige:

"Udtalelse fra Det Ethiske Råd: *Ethiske overvejelser om selvbestemmelse og palliation ved livets afslutning*"

Ole J. Hartling, *Lægens magt og magtesløshed*, Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner – Antologi, Det Ethiske Råd 2003, s. 21-24

Horneman Kragh, Liselotte (2012), *Den fortrolige død – At besinde sig på sin dødelighed*, Forlaget Alfa

Horneman Kragh, Liselotte (2011), *Døden nær – En brugsbog i nærvær omkring døende*, Forlaget Alfa