

*Susanne Mouazzene*

# *Eutanasi*



*Faktaserien nr. 24 2008*  
*Center for Selvmordsforskning*

## **Faktaserien**

**Nr. 24**

© Forfatteren og Center for Selvmordsforskning  
Odense, 2008

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra dette hæfte  
med tydelig kildehenvisning

Udgivet af

Center for Selvmordsforskning

Søndergade 17

5000 Odense C

Tel: (+45) 66 13 88 11

Fax: (+45) 65 90 81 74

E-mail: [info@cfsmail.dk](mailto:info@cfsmail.dk)

Hjemmeside: [www.selvmordsforskning.dk](http://www.selvmordsforskning.dk)

1. udgave, 1. oplag, september 2008

ISBN-10: 87-90291-63-8

ISBN-13: 978-87-90291-63-1

# Indhold

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>Forord</b>                        | <b>5</b>  |
| <b>1. Indledning</b>                 | <b>7</b>  |
| <b>2. Begrebsafklaring</b>           | <b>8</b>  |
| <b>3. Eutanasi (aktiv dødshjælp)</b> | <b>11</b> |
| <b>4. Debatten omkring eutanasi</b>  | <b>15</b> |
| <b>5. Etik og eutanasi</b>           | <b>21</b> |
| <b>6. Loven og eutanasi</b>          | <b>25</b> |
| <b>7. Litteratur</b>                 | <b>30</b> |
| <b>8. Hvor henvender man sig?</b>    | <b>32</b> |



## Forord

Dette hæfte indgår i en række hæfter om fakta og forskning vedrørende selvmordstanker og selvmordsadfærd. Hensigten med hæfterne er at formidle viden som grundlag for forebyggelse. Målgruppen er derfor alle, der enten i deres uddannelsesforløb eller i forbindelse med deres arbejde kommer i kontakt med selvmordstruede mennesker.

Faktahæftet omhandler eutanasi (aktiv dødshjælp) og den debat emnet har skabt blandt læger og fagfolk. Det er oftest svært, at diskutere et så alvorligt emne uden at overveje værdierne af begreber som liv, død, autonomi m.m. I den vestlige verden er begreberne ikke længere ensidigt forankret i religiøse forestillinger om, hvad der er rigtigt og forkert. Holdningen til sygdom og død er blevet mindre fatalistisk end tidligere. Dette kan have implikationer på synet på selvmord eller eutanasi. Nærværende faktahæfte vil belyse eutanasibegrebet og vise nogle af de væsentlige diskussioner, handlinger og lovgivninger der er omkring emnet.

Januar 2008  
Susanne Mouazzene



# 1. Indledning

Et stort flertal af den danske befolkning går ind for eutanasi (aktiv dødshjælp), som er tilladt både i Belgien og Holland. En undersøgelse foretaget af Rambøll-meningsmåling viste, at hele 68 procent af den danske befolkning er tilhængere af aktiv dødshjælp, mens 20 procent er imod. Endvidere viste undersøgelsen, at 93 procent er for aktiv dødshjælp til døende, og 82 procent går ind for aktiv dødshjælp til uhelbredeligt syge (Jyllandsposten, 2002).

Landsforeningen "*en værdig død*" taler for aktiv dødshjælp.

Lone Nørgaard udgav i 2002 bogen "*Et forsvar for aktiv dødshjælp*". Her argumenterede hun for, at eutanasi bliver gjort lovlig i Danmark ([Nørgaard, 2002](#)).

Sygeplejerske Anne Vesterdal deltog også i debatten og redegjorde i en artikel i "*Sygeplejersken*" for en række oplevelser af aktiv dødshjælp, som foregår på de danske hospitaler (Vesterdal, 1998).

Det Ethiske Råd er imod lovliggørelsen af eutanasi. I 2003 frarådede samtlige 17 medlemmer indførelsen af eutanasi. Nogle af rådets deres argumenter imod lovliggørelsen var, at menneskets ret til at leve er en basal ret, og at samfundets beskyttelse heraf er af afgørende betydning. Derfor skal det være forbudt at tage livet af andre mennesker. Rådet mente, at hensynet til et godt samliv mellem mennesker ikke kan gå forud for hensynet til de sjældne enkelttilfælde. Rådet ønskede ikke, at ekstreme tilfælde skulle danne grundlag for en generel lov (Det Ethiske Råd, 2003).

## 2. Begrebsafklaring

### **Eutanasi (aktiv dødshjælp)**

Eutanasi og aktiv dødshjælp er synonyme begreber og bruges i dag hovedsageligt i diskussionen om, hvilke handlinger læger skal have lov til at udføre. Eutanasi kommer af græsk og er sammensat af to græske ord, "eu", som betyder god, og "thanatos" som betyder død – "den gode død". I international sprogbrug bruges udtrykket ofte i betydningen "*drab efter begæring fremsat frivilligt af en fornuftshabil person*" (Nørgaard, 2002).

### **Passiv dødshjælp**

Når man taler om dødshjælp, er det normalt, at man differentierer mellem passiv og aktiv dødshjælp.

Passiv dødshjælp defineres i loven som afslutning eller fravælgelse af livsforlængende behandling samt lindrende, der muligvis fremskynder dødens indtræden. Dette betyder, at man undlader at behandle en patients sygdomsforløb, selvom det vil medføre dennes død. I lov om patienters retsstilling § 16 har en patient også ret til at fravælge behandlingen, hvis patienten er uafvendeligt døende (Det Ethiske Råd, 2003).

### **Aktiv dødshjælp**

Aktiv dødshjælp er en handling, der fremkalder dødens indtræden hos et andet menneske, oftest med henblik på at fritage en uhelbredeligt syg for sine lidelser. Dødshjælpen sker oftest ved indgivelse af en overdosis af et stærkt virkende lægemiddel som f.eks. morfin. Al praksis af aktiv dødshjælp er ulovlig i Danmark såvel som i de fleste andre vestlige lande, uagtet om det sker på patientens begæring eller ej (Den frie encyklopædi).



### **Aktiv dødshjælp på begæring**

Herved forstås, at en bevidst og autonom patient har ytret et ønske om at modtage aktiv dødshjælp. Dette kan ske, når patienten ikke selv kan udføre handlingen, f.eks. pga. et sygdomsforløb eller andet som gør, at vedkommende ikke selv er i stand til at tage sit eget liv. Denne handling er strafbar i Danmark (Det Ethiske Råd, 2003).

### **Aktiv dødshjælp uden ytret begæring**

Når man taler om aktiv dødshjælp uden ytret begæring, så handler det ofte om mennesker, som ikke længere er i stand til at vælge dødshjælp til eller fra. Dette kan f.eks. være i situationer, hvor de pga. ulykke, alderdom eller sygdom permanent har mistet evnen til at forstå spørgsmål. Andre situationer, hvor aktiv dødshjælp uden ytret begæring kan være aktuelt, er i forbindelse med komapatienter og permanent vegetative patienter (Singer, 1993).

### **Livstestamente**

I Danmark er det muligt for alle over 18 år, som ikke er under værgemål, der omfatter personlige forhold, herunder helbredsforhold, at oprette et livstestamente. Her ytrer vedkommende sine ønsker for behandling i en situation, hvor selvbestemmelsesretten ikke længere kan udøves af patienten selv. I et livstestamente tages der stilling til, hvorvidt:

- der ikke ønskes livsforlængende behandling i en situation, hvor vedkommende er uafvendeligt døende.
- der ikke ønskes livsforlængende behandling i tilfælde af, at sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at vedkommende varigt ikke vil kunne tage vare på sig selv fysisk og mentalt.

Svaret som vedkommende giver i første punkt er bindende, mens svaret på punkt to er vejledende for lægen (Bach m.fl. 2003).

Hvis en patient er uafvendeligt døende, og der foreligger et livstestamente, skal man rette sig efter dette. Hvis der derimod ikke foreligger et livstestamente, er det sundhedspersonalet, der beslutter, hvorvidt der skal påbegyndes en behandling. Et livstestamente giver ikke mulighed for aktiv dødshjælp (Det Ethiske Råd, 2002).

### **Uafvendeligt døende patienter**

En patient er uafvendeligt døende, når *"døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde inden for dage eller uger trods anvendelse af de behandlingstilbud der er til rådighed"*

(Lov om patienters retsstilling, 1998).

### **Assisteret selvmord**

Assisteret selvmord betyder at hjælpe en anden person til at begå selvmord. Assisteret selvmord udtrykker det samme som aktiv dødshjælp, nemlig et ønske fra det enkelte menneske om hjælp eller assistance til at dø. Denne hjælp kan f.eks. bestå i at forsyne patienten med midler, således at patienten vil være i stand til at begå selvmord. Medierne i Danmark anvender ofte udtrykket assisteret selvmord, når den enkelte ikke selv er i stand til at udføre handlingen. Det er i stedet en anden person (fx et familiemedlem), der skal udføre handlingen for én (Zöllner, 2002).

### 3. Eutanasi (aktiv dødshjælp)

Eutanasi eller aktiv dødshjælp er forbudt i Danmark, men passiv dødshjælp, der betyder afståelse fra livsforlængende behandling har været tilladt i Danmark siden 1992. Holland var det første land i verden som i 1994 tillod aktiv dødshjælp. Senere blev eutanasi legaliseret i både Belgien og den australske delstat Northern Territories. I Schweiz valgte regeringen at gå andre veje. De forbød udførelsen af eutanasi, men til gengæld valgte de ikke at gøre det strafbart at yde hjælp til selvmord. Regeringen argumenterede, at såfremt man hjalp et medmenneske, der selv bad om hjælp til egen død, var det en straffri handling, men det var strafbart at hjælpe en anden til selvmord for egen vindings skyld. Staten Oregon i USA har næsten det samme system som i Schweiz. Staten valgte at tillade lægeassisteret hjælp til selvmord, men forbød aktiv dødshjælp (Landsforening "En værdig død").

Som tidligere nævnt er eutanasi forbudt i Danmark. I en artikel trykt i fagbladet "Sygeplejersken" fortæller Anne Vesterdal, at flere sygeplejersker i Danmark har været vidner til eller selv deltaget i udførelse af eutanasi. Forfatteren Lone Nørgaard argumenterer i bogen "Aktiv selvhjælp – et forsvar for aktiv dødshjælp" for, at man i visse situationer med rimelighed kan lade liv dø. Nørgaard mener, at legalisering af eutanasi er det stik modsatte af accept af aflivning. Det er et forsvar for aktiv selvhjælp, som ikke bare er noget positivt, men også livsbekræftende. Nørgaard citerer filosofen Peter Singer, som sagde følgende: *"Hvis vi er i stand til at indrømme, at vores mål er en hurtig og smertefri død, burde vi ikke overlade det til tilfældigheder at bestemme, om dette mål nås"* (Nørgaard, 2002).

Tilhængere af eutanasi kæmper for, at muligheden for aktiv dødshjælp skal være tilgængelig som en individuel valgmulighed. De mener, at valget skal være for den gruppe uafvendeligt døende mennesker, hvis lidelser er ubærlige for dem selv og uden udsigt til nogen form for bedring. Det handler om individets ret til medbestemmelse over eget liv og egen død. Landsforeningen "*En Værdig Død*" fortæller, at man i dag tvangsmæssigt fratager individet dets mulighed for at vælge og derfor vil en legalisering tilgodese såvel modstandere som tilhængere af aktiv dødshjælp. Begge grupper kan nemlig frit følge deres eget ønske. Et forbud stiller tilhængerne i en ulige position.

I foråret 2005 var en amerikanske kvinde ved navn Terri Schiavo med til at sætte eutanasispørgsmålet på dagsordenen igen i næsten hele Europa og Nordamerika. Terri havde ligget i koma i ca. 15 år. Hendes ægtemand ønskede at lade hende dø. Han mente, at det var hendes eget ønske, og at hendes tilstand ikke var værdig. Terri Schiavos forældre protesterede og mente, at deres datters liv stadig havde værdi. Domstolen afgjorde at fjerne Terris næringssonde og lade hende dø. Dette medførte, at hun 13 dage senere døde af dehydrering. I loven bliver ovennævnte eksempel betragtet som passiv dødshjælp, hvilket også er lovligt i Danmark. Schiavos historie skabte overskrifter i store dele af verden. Mange protesterede imod fjernelsen af hendes næringssonde og den dehydrering, hun blev udsat for, som i sidste ende tog livet af hende. Folk var forargede over måden, man lod hende dø på. Man mente, at dette ikke var en værdig død. Såfremt målet havde været at give Terri en værdig død, ville en dødbringende dosis morfin, hvor døden indtraf øjeblikkeligt og smertefrit have været at foretrække (aktiv dødshjælp) ([Nyhederne.tv2.dk/baggrund/article.php](http://Nyhederne.tv2.dk/baggrund/article.php)).

Diskussionen om aktiv dødshjælp rejser mange spørgsmål om liv, død, selvbestemmelse m.m. Det Ethiske Råd udgav i 2003 en redegørelse, hvori der står, at de tager udgangspunkt i følgende definition af eutanasi:

*"Eutanasi består i, at en læge tager livet af en svært lidende og evt. døende patient, der anmoder lægen herom"*

Rådet brugte flere argumenter imod lovliggørelsen af aktiv dødshjælp, blandt andet:

- Princippet om menneskelivets ukrænkelighed udgør en grundlæggende etisk norm. Lovliggørelse af eutanasi strider imod denne norm og vil bidrage til at underminere respekten for liv.
- Lovliggørelse af eutanasi strider imod et grundlæggende tabu, som de fleste mennesker intuitivt omfatter med respekt.
- Lovliggørelse af eutanasi er uacceptabel, fordi et menneske er et menneske, så længe det er i stand til at lide. Synspunktet er, at lidelse er uadskilleligt forbundet med den lidenskab, der bor i et menneske. Lidenskab er den egenskab at kunne lide, og denne egenskab kan lige så lidt som andre egenskaber vælges; den er skæbne.
- Eutanasi er fundamentalt i uoverensstemmelse med den etik, som gælder for lægens profession, som er at redde liv. En lovliggørelse af eutanasi vil betyde, at det at tage livet af et andet menneske bliver en handling, det vil påhvile læger at udføre i kraft af deres profession.
- Lovliggørelse af eutanasi vil betyde, at det bliver en pligt i bestemte situationer at tage livet af mennesker. Eutanasi vil dermed i realiteten ikke blot være en undtagelse fra *forbuddet* mod drab på begæring, men vil være et *påbud* om at læger i visse situationer (når der foreligger en anmodning, og når patienten lider ubærligt og evt. er døende) tager livet af mennesker.
- Den oplagte fare for at eutanasi med tiden vil bane vejen for handlinger og normskred, der udgør et endnu større

onde end at udøve eutanasi for patienter, som er i en håbløs, hjerteskrærende og lidelsesfuld situation, og som anmoder om at blive taget af dage.

Det Ethiske Råd opfordrede alle til at tænke over, hvilke konsekvenser en eventuel lovliggørelse vil have på vores syn på os selv og vores situation i tilfælde af sygdom. Rådet mener, at lovgivningen ikke kun vil være et redskab til regulering, men også vil være med til at danne det værdimæssige grundlag for, hvordan det enkelte menneske opfatter sig selv og sin situation (Det Ethiske Råd, 2003).

Tilhængerne af aktiv dødshjælp mener, at forbuddet mod eutanasi i for høj grad begrænser den enkeltes mulighed for at bestemme over slutningen af sit liv og over, hvordan døden skal være. De argumenterer, at muligheden for at få indflydelse på omstændighederne for sin egen død er særlig vigtig i et samfund, som præger individet til selv at definere sit eget liv og vælge egne livsværdier. Individets selvbestemmelse (autonomi) er blevet et vigtigt begreb i debatten om lovliggørelsen af eutanasi. I det følgende uddybes debatten om begrebet eutanasi.

## 4. Debatten omkring eutanasi

### 4.1 Autonomi og eutanasi

Autonomi eller selvbestemmelse er en af byggestenene i det moderne menneskesyn. Debatten om autonomi forudsætter, at man har forestillinger om, hvad selvbestemmelse og autonomi betyder. Ordet autonomi er en sammensætning af de oldgræske ord for selv (autos) og lov (nomos). Det bruges i forbindelse med selvstyring, selvbestemmelse og selvstændighed. Autonomi handler om, at ethvert menneske er frit til at handle som han/hun selv ønsker at være. I begrebet ligger der den synsvinkel, at individet er aktivt. Derfor forbinder man autonomi med det at have en personlighed og at være bevidst om, hvem man er og at kunne bruge det i det daglige liv.

At være autonom indebærer også, at man handler uafhængigt af andre mennesker og andre interesser end sine egne. Det vil sige, at handler man under etisk pres fra andre mennesker, så handler man ikke autonomt.

Lars Reuter skriver i bogen "Dødshjælp", som er en analyse og vurdering af den europæiske debat om eutanasi, at såfremt et menneske nægtes indflydelse på, hvordan det ønsker at komme væk herfra, og ikke selv formår at udføre denne handling, så afvises dette menneskets selvbestemmelsesret. (Reuter, 1996).

I en artikel udgivet af Stanford University "*Autonomy in Moral and Political Philosophy*" beskrives begrebet autonomi, som autencitet og uafhængighed. Autenciteten begrundes med, at det er personen selv, der danner og former sin egen autonomi, og derfor er den oprindelig og ægte (Stanford University, 2003).

Autonomi udvikles gennem hele livet fra spædbarnsalderen og ind i alderdommen. Begrebet har ikke den samme betydning

igennem livet. Som barn kæmper man for retten til selvbestemmelse og retten til at hævde denne. Som teenager intensiveres kampen mod forældrene og samfundet for selvstyring, uden at den unge har overskud eller ansvarlighed til at stå for den selv. Dette gør, at udviklingen af autonomi går langsommere, end det unge menneske føler den burde gå. Voksenlivet betyder pligter, ansvar og modenhed, hvilket både udbygger og nedjusterer vores autonomi. I voksenlivet påvirkes vi meget af andres meninger, krav og behov, og individets spontanitet nedprioriteres i forhold til den gyldne ungdom (Stokkebæk, 1999).

Randi Natvig fortæller, at autonomi kun kan ske i et fællesskab med andre mennesker, idet den består af menneskelige færdigheder, rettigheder og behov (Natvig, 1997). Autonomi er ikke bare "selvstyring", men indeholder også værdier som værdighed og integritet, og disse værdier fralægger man sig ikke i nogen perioder af sit liv. Derfor mener Anne Stokkebæk, at det er vigtigt at bevare disse værdier/begreber for at kunne opretholde troen på, at vi betyder noget for andre og at vi har en mening med livet (Stokkebæk, 1999).

Det Ethiske Råd argumenterer i en redegørelse 2003 imod den autonomibaserede argumentation og for lovliggørelsen af eutanasi. Den første kritik går på ideologien bag kravet om selvbestemmelse og autonomi. Den anden kritik går på, at eutanasi er uforeneligt med selvbestemmelse for patienter.

Nedenfor gennemgås Rådets kritikpunkter.

### **Den første Kritik**

Rådet påpeger, at det er etisk uheldigt at sætte autonomi i centrum. Begrebet ser bort fra, at mennesker altid er afhængige af hinandens beslutninger, vurderinger og indstillinger. Autonomi indebærer en forestilling om, at individet suverænt former sin egen identitet uden påvirkning af andre end sig selv. Dette er en vrangforestilling, som fjerner fokusede fra, at en



person formes i kraft af den mellemmenneskelige sammenhæng og historie vedkommende indgår i (Det Ethiske Råd, 2003).

### **Den anden Kritik**

Det Ethiske Råd har den holdning, at lovgivningen af eutanasi vil indskrænke patienternes autonomi. Den gruppe af patienter, for hvem eutanasi tænkes lovliggjort, belastes med, at kunne vælge mellem livet og døden. Et sådant valg ville måske aldrig være faldet patienterne ind, eller også ønsker de måske ikke selv at råde over en sådan valgmulighed. Det Ethiske Råd oplyser, at muligheden for autonomi mange gange ikke vil være tilstede, da patientens habilitet kan være svækket på grund af angst, fortvivelse, håbløshed m.m. Endvidere påpeger Rådet, at valg af eutanasi i nogle tilfælde ikke er muligt, såfremt den plejemæssige og lægelige indsats ikke er tilstrækkelige. Alene risikoen for at den situation opstår, vejer tungt i beslutningen om at fraråde lovgivning af eutanasi (Det Ethiske Råd, 2003).

### **4.2 Glidebaneeffekt**

Det Ethiske Råd mener endvidere, at lovgivning af frivillig eutanasi vil medføre, at eutanasi uden patientens udtrykkelige anmodning i visse tilfælde vil blive accepteret. Rådet vurderer, at det især er ikke-beslutningsdygtige og døende patienter, for hvem lægen i dag kan træffe beslutninger vedrørende livsforlængende behandling, der vil kunne udsættes for ufrivillig eutanasi, selvom de er ude af stand til at anmode herom. Argumenter, der baseres på en frygt for denne følgevirkning, kaldes "*glidebaneargumenter*".

Ifølge Det Ethiske Råd underbygger undersøgelser fra den hollandske praksis frygten for en sådan udvikling. Undersøgelsen fra 1990 (*Rommelink rapporten*) viser, at hollandske læger udførte eutanasi i 1000 tilfælde, hvor patienterne ikke var i stand til at anmode herom (Det Ethiske Råd, 2003).

I en rapport foretaget af den hollandske lægeforening konkluderes det, at læger gerne må hjælpe med en hurtig død, selvom patienten ikke har en alvorlig psykisk eller fysisk sygdom (Kristelige Dagblad, 2005). Som tidligere nævnt er aktiv dødshjælp på begæring ikke strafbart for læger i Holland. Efter lovliggørelsen i Holland har det vist sig, at der var flere tilfælde, hvor patienter har modtaget aktiv dødshjælp, men hvor de ikke selv var i stand til at anmode om denne. Efter en undersøgelse foretaget af de hollandske myndigheder konkluderede man, at patienterne var uafvendeligt døende og led af stærke smerter, hvilket betød, at de ikke var i stand til at anmode om aktiv dødshjælp. Beslutningen om at udføre eutanasi var baseret på lægernes overvejelser omkring patienternes tilstand, og mange af disse sager har vist, at lægernes beslutning om at afbryde patienternes liv er blevet accepteret af de hollandske myndigheder. Disse sager, hvor en læge har afbrudt en patients liv uden dennes anmodning og uden at det har konsekvenser for læger viser, at man har accepteret aktiv dødshjælp, hvor der ikke er udtrykt en begæring. I Danmark er blandt andet Det Ethiske Råd bange for, at lovliggørelse af aktiv dødshjælp kan føre til tilstande, som er set i Holland (Reuter, 1996).

### **4.3 Dobbelt effekt**

Dobbelt effekt-princippet handler om at angive en moralsk relevant forskel på passiv og aktiv dødshjælp. Tilhængerne påpeger, at det er intentionen bag handlingen, der afgør, om noget er moralsk forkasteligt eller acceptabelt. De mener, at hvis en handling udføres med den intention at gøre noget godt, men som sideeffekt medfører noget dårligt - som f.eks. døden - er dette acceptabelt. I forhold til dødshjælp betyder dette, at hvis intentionen er at lindre en patients smerte, og dette bevirker, at patienten dør, er dette en acceptabel negativ konsekvens. For smerterne kan være uudholdelige for individet, og lindring af smerterne kan opveje den negative konsekvens, som er døden. Såfremt man forsøger at lindre et andet menneskes smerte, og

dette har døden til følge, bliver dette betragtet som passiv dødshjælp. Men hvis den primære intention er, at patienten skal dø, som ved aktiv dødshjælp, er dette uacceptabelt. Når en patient ytrer ønske om aktiv dødshjælp, må lægen derfor ikke imødekomme dette, da den primære intention vil være at slå patienten ihjel. Hvis man tilslutter sig dobbelteffekt-princippet, kan det forklares, hvorfor passiv dødshjælp er acceptabelt og aktiv dødshjælp ikke er (Brock, 2005).

#### **4.4 Nazismens eutanasi-program**

Under nazismen i Tyskland blev mellem ca. 70.000 og 100.000 fysisk og psykisk handicappede børn og voksne slået ihjel under den hemmelige "Aktion T4", senere kendt som eutanasi programmet. I henhold til den nazistiske raceideologi blev de handicappede betegnet som værende uværdige til liv og blev derfor ofre for såkaldte medlidenhedsdrab. Aktionen var centralt organiseret, og drabene blev udført af læger på seks anstalter rundt om i Tyskland og Østrig. Aktionen, som blev udført med Hitlers accept, begyndte i 1939 med drab på børn, men blev hurtigt udvidet til også at omfatte voksne. Børnene blev slået ihjel med en overdosis piller, indsprøjtninger og udsultning, mens de voksne primært blev gasset ihjel. Af frygt for at eutanasi-programmet ville udvikle sig til en offentlig hemmelighed, standsede Hitler programmet i august 1941. Imidlertid fortsatte drabene uden central styring helt frem til anden verdenskrigs afslutning (FolkeDrab.dk).

Modstandere af aktiv dødshjælp påpeger, at uagtet de proportioner nazisternes forbrydelser med tiden antog, så begyndte de i det små. Nazisterne begyndte med et minimalt skifte i lægernes grundlæggende holdninger. Det begyndte med antagelsen om, at der er liv, der ikke er værd at leve. I begyndelsen var denne holdning blot rettet mod de mest alvorlige og kronisk syge. Senere blev kategorien udvidet til også at omfatte de socialt uproduktive, de ideologisk uønskede, de racemæssigt uønskede. Til sidst alle, der ikke var tyske.

Under nazismen blev eutanasi til en almen praksis, der på uhyrlig vis overskred den oprindelige intention (Singer, 1993).

## 5. Etik og eutanasi

Mette Hartlev, jurist og tidligere medlem af Det Ethiske Råd, har udtalt, at *"etik handler om at gøre det gode, men det svære er at finde ud af, hvad det gode er"* (Videncenter for Hjerneskade).

### Den kristne etik og eutanasi

Tidligere formand for foreningen "Mit livstestamente", Lilian Zøllner, skrev i en artikel om eutanasi, at princippet om menneskelivets ukrænkelighed indebærer, at man ikke må tilintetgøre det værd, som ethvert menneske har i kraft af selve det at være menneske (Zøllner, 2005).

Zøllner fremhævede i artiklen "Selvmord, assisteret selvmord og aktiv dødshjælp" ud fra en religiøs forankring, at mennesket ikke har givet sig selv livet, og derfor har det enkelte menneske (og samfundet) et ansvar for at forvalte dette liv på en sådan måde, at det ikke krænkes. Zøllner mener, at i den vestlige kultur kommer menneskelivets ukrænkelighed til udtryk som en fælles folkelig moralsk opfattelse i form af et drabstabu, og derfor må livet ikke krænkes uanset omstændighederne. Princippet om menneskets værd er derfor også et forbud mod at vurdere mennesket ud fra sygdom, psykisk formåen, alder, samfundsklasse, politisk gruppe, race eller køn. Endvidere påpeger hun, at den enkelte ikke udelukkende lever som et selvberoende menneske. Vi er henvist til hinanden og har noget af et andet menneskes liv i vor hånd. Mennesker kan fremme eller hæmme hinandens liv, og kan være hinandens livslykke eller tragedie. Dette grundvilkår kan ikke ændres, og som følge heraf fremkommer fordringen om at tage vare på andres liv, hvilket indebærer at forebygge selvmord (Zøllner, 2005).

Det Ethiske Råd fremhæver også princippet om menneskelivets ukrænkelighed. En lovliggørelse af aktiv dødshjælp ville være et brud med den kulturtradition, som præger den eksisterende lovgivning og sundhedsfaglige standarder. Princippet indebærer, at man ikke må tage et andet menneskes liv. (Det Ethiske Råd, 1996).

En anden debattør er professor i etik og religionsfilosofi, Dr. Theol. Kurt Christensen. Han mener, at eutanasi ikke kan forsvares ud fra en kristen grundholdning. Han ser debatten om indførelse af frivillig eutanasi som en konsekvens af lægevidenskabens positive udvikling inden for livsforlængende praksis. Vores mulighed for at holde mennesket i live i stadig længere tid medfører naturligt spørgsmålet om, hvorvidt der er en grænse for, hvor meget vi skal gøre for at holde mennesker i live. Ydermere ser Christensen det som et muligt problem, at man ligefrem kan frygte udsigtsløst at blive holdt kunstigt i live. I sin stillingtagen til frivillig eutanasi fremfører Christensen tre forskellige etikker som er konsekvensetik, sindelagsetik og regeletik.

- **1- Konsekvensetikken**

Konsekvensetikken er en teleologisk etik. Dens formål er den størst mulige lykke for de flest mulige. Konsekvensetikken siger, at en handling moralske værdi skal vurderes på hvor gode konsekvenser den får. Det gode er således et regnestykke, hvor de gode konsekvenser skal måles mod de negative konsekvenser. I dette regnestykke skal indgå hvor mange mennesker, der er omfattet af handlingen, hvor stor en lykke det medfører, hvor lang tid lykken varer osv. Konsekvensetikken er også en lykkeetik og et spørgsmål om, hvordan forholdet er mellem den enkeltes lykke og flertallets lykke.

- **2- Sindelagsetikken**

Sindelagsetikken siger i modsætning til konsekvensetikken, at en handling moralske værdi ikke skal vurderes på dens konsekvenser, men på det sindelag (motiv), der lå bag handlingen. Man kan således forestille sig, at der var god vilje bag handlingen og så er det (moralsk) ligegyldigt om konsekvenserne blev dårlige. En handling uden det rette sindelag anses ikke for god uanset hvilke gode konsekvenser den måtte have.

- **3- Regeletikken**

Regeletikken repræsenteres ved Det Femte Bud: man må ikke slå ihjel. Dette gør sig gældende uanset hvad, motivet er. Mennesket har ingen ret til at dræbe et andet menneske (Religion.dk).

En fortaler for frivillige eutanasi er den hollandske teolog Kess van Kooten Niekerk. Niekerk sætter spørgsmålstegn ved, hvorvidt det skal være et problem for kristendommen at acceptere frivillig eutanasi. Han mener, at så længe man kombinerer respekten for menneskets autonomi med barmhjertighed, er frivillig eutanasi forsvarligt. Niekerk anser menneskets liv som Guds gave, hvoraf kun Gud kan tage det tilbage. Imidlertid sår Niekerk tvivl om, hvad der egentlig menes med ordet liv. Han siger, at Det Gamle Testaments livsbegreb er kvalitativt og altså ikke skal forstås som vores biologiske liv, men som det "gode" eller "velsignede" liv. Derfor mener Niekerk, at såfremt et menneske er mentalt eller fysisk sygt, vil menneskets liv ikke blive betragtet som havende noget egentligt liv, før sygdommen er forsvundet. Tanken om livet som noget udelukkende godt ligger til grund for den måde, Niekerk mener, vi skal forstå Det Ny Testaments "evige liv". Niekerks forståelse af det kristne livssyn er, at menneskelivet, som det er skabt af Gud, grundlæggende er noget positivt. Han konkluderer, at udførelsen af frivillig eutanasi ikke bare kan

forsvares, men at der er ekstreme tilfælde, hvor det ligefrem er etisk påkrævet, også ud fra et kristent synspunkt, at udføre eutanasi (Brock, 2005).



## 6. Loven og eutanasi

Et hovedspørgsmål i debatten om afkriminalisering og legalisering af eutanasi er, hvor grænsen mellem straffri og strafbar skal trækkes. Udførelsen af eutanasi er forbudt i Danmark, og strafferammen er 3 års fængsel og bøde. Handlingen er strafbart efter straffelovens § 239 om drab efter begæring. Nogle af de handlinger, der undertiden går under betegnelsen "passiv dødshjælp", er derimod tilladt.

### 6.1 Passiv dødshjælp og uafvendeligt døende

Som tidligere nævnt i begrebsafklaringen defineres passiv dødshjælp i lovgivningen som en afslutning eller fravælgelse af livsforlængende behandling, der muligvis fremskynder dødens indtræden. Dette betyder, at man undlader at behandle en patient, selvom det vil medføre dennes død. Denne ret er beskrevet i loven om patienters retstilling, hvor en patient til enhver tid har ret til at fravælge behandlingen, hvis patienten er uafvendeligt døende (Lov om patienters retstilling, 1998). Eksempler på passiv dødshjælp er fjernelse af en sonde eller respirator, selvom der her er tale om aktive handlinger. De defineres i loven som metoder til passiv dødshjælp, fordi handlingen i sig selv ikke medfører døden, men blot undlader at forlænge patientens liv. En helt anden type passiv dødshjælp er gennem smertelindrende medicin, hvilket ofte bliver forvekslet med aktiv dødshjælp. En uafvendeligt døende patient har nemlig ret til at vælge smertebehandling, selvom dette kan medføre fremskyndelse af dødstidspunktet. Dette kan bl.a. betyde, at doseringen af f.eks. morfin i takt med sygdommens fremskridning bliver forhøjet for at "passe" til patientens smerter, selvom både læger og patient er klar over, at dette vil fremskynde dødstidspunktet.

Passiv dødshjælp defineres i loven som afslutning eller fravælgelse af livsforlængende behandling.

I Sundhedsloven § 25 stk.3 står der følgende:

*"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"*

I Danmark findes der ingen skarp definition af, hvornår et menneske er uafvendeligt døende. Det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, at en patient er uafvendeligt døende, når døden med stor sandsynlighed forventes at indtræde indenfor dage til uger trods anvendelse af de foreliggende behandlingstilbud (Sundhedsstyrelsens vejledning, 1998).

I lov om patienters retstilling § 6 præciseres det at patienter selv bestemmer, om en lægelig behandling skal indledes eller fortsættes, og derfor skal der foreligge et informeret samtykke fra patienten til påbegyndelse og fortsættelse af en behandling.

§6 *"Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke"* (Lov om patienters retstilling, 1998).

Hvad angår børn under 15 år træffer forældremyndighedens indehaver beslutning om behandling, mens børn og unge over 15 år selv har kompetence til at tage stilling til behandlingen.

I lov om patienters retstilling § 8 står der følgende:

§ 8. *"En patient, der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information, jf. § 7, og inddrages i den mindreåriges stillingtagen"*

Stk.2 *"Såfremt sundhedspersonen efter en individuel vurdering skønner, at patienten, der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedens indehaver give informeret samtykke"* ( Lov om patienters retstilling, 1998)

## 6.2 Selvbestemmelses- princippet

Selvbestemmelse er en vigtig del i loven om patienters retsstilling. Ingen behandling må startes eller fortsættes uden patientens/den bemyndigede persons tilladelse. Loven om patienters retsstilling er lavet med henblik på at sikre, at patienternes ønsker respekteres, og at forholdet mellem læge og patient er tillidsfuldt. Lovgivningen sikrer, at patienter altid bliver informeret om deres situation og om behandlingsmulighederne. For patienter, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, er det de nærmeste pårørende eller værgeren, der skal give den endelige tilladelse. Efter dansk lov er de nærmeste pårørende først og fremmest samlever eller ægtefælle, men personerne behøver ikke at være i familie med patienten. Under behandling af uafvendeligt døende står der i loven, at patienter må afvise en behandling, der kun udskyder dødens indtræden. Som tidligere nævnt i begrebsafklaringen kan man i dag oprette et livstestamente, der indeholder et ønske om ikke at foretage livsforlængende behandling. Ifølge § 16 i "lov om patienters retsstilling" har en patient ret til at fravælge behandling, hvis patienten er uafvendeligt døende. I det tilfælde, hvor den uafvendeligt døende patient ikke længere er i stand til at udøve sin selvbestemmelsesret, har sundhedspersonen retten til at undlade at påbegynde eller fortsætte en livsforlængende behandling. Ved "livsforlængende behandling" forstås, at der ikke er udsigt til bedring, men til en vis livsforlængelse (Lov om Patienters retsstilling, 1998).

## Lov om Patienters ret

*§ 16. En uafvendeligt døende patient kan afvise behandling, der kun kan udskyde dødens indtræden*

*Stk. 2. 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, jf. § 17, stk. 3.*

*Stk. 3 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.*

### **6.2.1 Tilfælde hvor selvbestemmelses-princippet ikke er gældende**

Når en patient ikke kan træffe beslutninger på egne vegne, er det som udgangspunkt de pårørende eller eventuel en værge, der træffer beslutninger for patienten. I Lov om patienters retstilling § 9 står der følgende: "*.. en patient, der varigt mangler evnen til at give informeret samtykke, kan de nærmeste pårørende give informeret samtykke til behandling*".

Såfremt man ingen pårørende eller en værge har, er det sundhedspersonalet, der kan træffe en beslutning om eventuel behandling. Beslutningen kan ifølge patientretstillingsloven § 9 stk. 2 ikke træffes alene. En anden sundhedsperson, som har faglig indsigt på området, og som ikke tidligere har deltaget i behandlingen af den pågældende patient, skal give sin tilslutning hertil. Nogle gange kan sundhedspersonalet handle uden inddragelse af en anden sundhedsperson, hvis behandlingen er af mindre indgribende karakter med hensyn til omfang og varighed.

Når det handler om særlige behandlingssituationer og specialområder, har pårørende ifølge loven ikke længere de samme kompetencer. Her er det sundhedspersonalet der træffer beslutningerne i den afsluttende fase for patienten. Skønner sundhedspersonalet, at de nærmeste pårørende eller værgen forvalter samtykket til skade for patienten, kan

sundhedspersonalet ifølge patientretstillingsloven § 9 stk. 4 gennemføre en behandling uden samtykke fra de involverede partner. Men embedslægeinstitutionen skal give sin tilslutning hertil.

Lovgivningen lægger op til, at mennesker ikke kan gøre sig til dommere over andre menneskers liv. Kun sundhedspersonale kan råde i komplicerede sager. De pårørende har ikke kompetence, når det handler om specialområder. De kan heller ikke oprette et livstestamente for patienten, tage stilling til den livsforlængende behandling eller til forhold omkring den uafvendeligt døende patient. I visse tilfælde er lægen forpligtet til ikke at påbegynde eller fortsætte behandlingsmæssige foranstaltninger. Lægens ret til at afstå fra behandling er i de tilfælde, hvor han/hun kun udskyder den inhabile patients død kortvarigt. Her skal lægen selvfølgelig vurdere om patienten er uafvendeligt døende (Det Ethiske Råd, 2002).

## 7. Litteratur

- Bach, Arne og Villy Vestergaard Olsen og Birgit Solsø og Kurt Christensen (2003). *Afsked med livet – Etiske overvejelser ved livets afslutning*. Nyt Livs Forlag
- Det Etiske Råd (2002). *Behandling af døende – de svære beslutninger*.
- Det Etiske Råd (2003). *Eutanasi – lovliggørelse af drab på begæring?*
- Det Etiske Råd (2002). *Retlige bestemmelser om beslutningskompetence*.
- Det Etiske Råd og Lene Stærbo (1996). *Dødshjælp? – Sammenfatning af en redegørelse til brug i den offentlige debat*.
- Lov om Patienters Retsstilling - lovbekendtgørelse nr. 272 af 01.07.1998
- Nørgaard, Lone (2002). *Aktiv selvhjælp, et forsvar for aktiv dødshjælp*. Fremad.
- Natvig, Randi (1997) *Sygepleieetik*. 2.udgave. Universitetsforlaget. Oslo
- Nordisk tidsskrift, Omsorg. nr. 2/2005. 22 årgang
- Red. Brock, Steen og Anette Samsø. *Mens vi venter på døden – døden i etisk og kulturfilosofisk belysning*. Philosophia 2005
- Kristelige Dagblad. *Aktiv dødshjælp til raske hollændere*. 11/1/05 af Lars Henriksen.

Stanford University (2003). *Autonomy in Moral and Political Philosophy*.

Stokkebæk, Anne (1999) *Psykologi 1- udviklingspsykologi*. Nyt nordisk Forlag. Singer, Peter. (1993) *Praktisk etik*. Hans Reitzels Forlaget.

Reuter, Lars. (1996) *Dødshjælp*. Akademisk Forlag.

Vesterdal, Anne. *Programmeret død*. Sygeplejersken 9/98

Videncenter for Hjernesgade. "Etik og jura i forhold til den inhabile patient" af Mette Hartlev.

Zøllner, Lilian (2002). *Definitioner på selvmord og selvskaade*. Center for Selvmordsforskning.

Zøllner, Lilian. *Selvmord, assisteret selvmord og aktiv dødshjælp*.

### **Hjemmesider**

Det Etiske Råd. ([www.etiskraad.dk](http://www.etiskraad.dk))

Den frie encyklopædi ([www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org))

Etik. ([www.etik.dk](http://www.etik.dk))

Lone Nørgaard. ([www.lone-noergaard.dk](http://www.lone-noergaard.dk))

Landsforeningen "En Værdig Død". ([www.e-v-d.dk](http://www.e-v-d.dk))

[www.religion.dk](http://www.religion.dk)

## 8. Hvor henvender man sig?

### Lokalt

Familie og venner

Kolleger

Skolepsykolog

Sundhedsplejerske

Pædagogisk Psykologisk Rådgivning (PPR)

Gratis kommunal rådgivning (jf. Serviceloven, kap. 3 §10-12)

Socialforvaltningen

Praktiserende læge

Lægevagten

Det nærmeste hospital

Præst

### Nationalt

Livslinien 70 20 12 01

Linien 35 36 26 00

Sct. Nicolai Tjenesten 70 12 01 10

PsykiatriFondens TelefonRådgivning 39 25 25 25

TVÆRS-telefonrådgivningen 33 32 66 22

Børnetelefonen 35 55 55 55

Forældretelefonen 35 55 55 57

Ældresagen 33 96 86 86

Anonyme Alkoholikere 70 10 12 24

Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser 70 10 18 18

[www.selvmordsforskning.dk](http://www.selvmordsforskning.dk)

[www.selvmordsforebyggelse.dk](http://www.selvmordsforebyggelse.dk)

[www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk)

[www.efterladte.dk](http://www.efterladte.dk)



## **Centre for selvmordsforebyggelse**

### **Fyns Amt**

#### **Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd**

Tlf. 65 90 81 07, mandag-torsdag kl. 9.00-15.00, fredag kl. 9.00-12.00.

Professionelt behandlingstilbud om samtale, støtte og rådgivning til personer (over 15 år) med bopæl i Fyns Amt, som har forsøgt selvmord, og som ikke har behandlingstilbud andet sted. Personerne bedes henvende sig hurtigst muligt efter forsøget.

### **Hovedstadsområdet**

#### **Selvmordsforebyggelse på Psykoterapeutisk Ambulatorium**

Tlf. 35 31 64 18, telefonen er åben i dagtimerne. Der kan lægges besked døgnet rundt.

Professionelt behandlingstilbud i hovedstadsområdet til personer over 18 år, som har forsøgt selvmord, har haft overvejelser herom eller på anden måde udvist selvmordsadfærd.

### **Storstrøms Amt**

#### **Center for Selvmordsforebyggelse**

Tlf. 55 35 13 88, mandag-torsdag kl. 8.30-15.00, fredag kl. 8.30-11.30. Der henvises uden for telefontiden til Psykiatrisk Skadestue, Oringe på telefon 55 35 12 10.

Psykologisk behandlingstilbud til personer i Storstrøms Amt der har henvendt sig til somatisk/psykiatrisk skadestue eller

praktiserende læge efter forsøg på selvmord eller med svære overvejelser herom.

### **Århus Amt**

#### **Center for Selvmordsforebyggelse**

Tlf. 77 89 38 30, mandag-torsdag kl. 8.00-15.30, fredag kl. 8.00-15.00. Telefonen besvares i øvrigt døgnet rundt, idet der uden for åbningstiden omstilles til Psykiatrisk Skadestue, Psykiatrisk Hospital i Risskov.

Professionelt behandlingstilbud til personer i Århus Amt, som enten har svære overvejelser om selvmord eller har forsøgt at tage sit eget liv.

### **Nordjyllands Amt**

#### **Center for Selvmordsforebyggelse**

Tlf. 96 31 16 54, mandag-torsdag kl. 9.00-15.00, fredag kl. 9.00-12.00.

Professionelt behandlingstilbud til borgere, som har forsøgt selvmord eller har vedvarende selvmordstanker. Også pårørende og efterladte tilbydes hjælp og rådgivning af centrets personale.

*Alle tilbudene er gratis*

Læs mere om forebyggelsescentre samt rådgivnings- og informationsmuligheder på Center for Selvmordsforskning's hjemmeside:

<http://www.selvmordsforskning.dk/Web/Site/Menu2/Links>

## De seneste faktahæfter i serien:

14. *Selvordsforsøgere – en statistisk profil (2004)*

Erik Christiansen

15. *Travellers – en interventionsmetode væk fra spiseforstyrrelser (2005)*

Agnete Lyngbye Kramme og Susanne Mouazzene

16. *Sociale relationer – en beskyttende faktor for børn og unge (2005)*

Iben Stephensen

17. *Selvordsforsøg – en overlevelsesanalyse (2005)*

Erik Christiansen

18. *Selvordsadfærd – Sundhedsmæssige risikofaktorer (2005)*

Børge F. Jensen

19. *Travellers – et tilbud til sårbare unge (2006)*

Anne Samuelsen

20. *Selvord. Lovgivning, etik og moral (2006)*

Lilian Zøllner

21. *Centrale begreber inden for selvskadende adfærd (2006)*

Lilian Zøllner

22. *Selvordsadfærd blandt indvandrere, efterkommere og asylansøgere (2006)*

Susanne Mouazzene

23. *Efterladte efter selvord (2008)*

Michael Olesen Bjergsø

24. *Eutanasi (2008)*

Susanne Mouazzene

Hele rækken af faktahæfter findes på centrets hjemmeside [www.selvordsforskning.dk](http://www.selvordsforskning.dk) under Litteratur → Publikationer → Faktahæfter.



## ***Faktaserien***

*præsenterer studerende, kursister og andre med interesse for selvmordsforebyggelse for*

- fakta om selvmord (antal og udvikling)*
- fakta om selvmordsforsøg (antal og udvikling)*
- korte forskningsbidrag*
- studiemateriale*

*Det er tilladt at citere fra **Faktaserien** med tydelig kildehenvisning*

***Faktaserien** kan rekvireres ved henvendelse til centret. Pris kr. 25,00*

***Center for Selvmordsforskning** er oprettet 1989 og har siden 1999 været en selvejende institution under Socialministeriet*

***Center for Selvmordsforskning** indgår i European Network on Suicide Prevention and Research under WHO*

***Center for Selvmordsforskning** varetager*

- forskning i selvmord og selvmordsforsøg*
- registrering af selvmordsforsøg*
- registrering af selvmord*
- vidensformidling*
- uddannelse*