



## EUTANASI

Debatten om eutanasi er tilbagevendende med udgangspunkt i forskellige fortællinger og perspektiver [1-3]. Undersøgelser viser, at der er afstand mellem holdninger i den generelle befolkning i forhold til lovliggørelse af eutanasi [4, 5], og de holdninger, der tilkendes af politikere og fx Det Ethiske Råd, hvor anbefalingen er at fastholde, at eutanasi er og skal være ulovligt i Danmark [6].

Det er væsentligt at pointere, at Sygeplejeetisk Råd ikke har ændret holdning siden 2009 [7] og altså fortsat er imod legalisering af eutanasi. Der er dog et behov for en uddybning af holdningspapiret fra 2009 omkring eutanasi, fordi der fortsat hersker tvivl om selve begrebet eutanasi i sygeplejerskekredse.

Sygeplejeetisk Råd ønsker desuden at nuancere debatten om eutanasi, da temaet kan opleves på meget forskellig vis og dermed også kan frembringe meget forskellige holdninger. De problemstillinger og dilemmaer der opstår i sygeplejerskepraksis, og som sygeplejersker må forholde sig til, er sjældent sort-hvide, men netop præget af situationer, hvor etiske dilemmaer og svære valg opstår.

*I det følgende afsnit afklares de centrale begreber, der er vigtige for diskussionen.*

## KERNEBEGREBER

En almindelig kendt måde at definere og anvende begreberne omkring eutanasi ses både hos REHPA (Videncenter for Rehabilitering og Palliation) [8] og i en artikel fra 2016 [9].

**Sygeplejeetisk Råd tilslutter sig REHPA's synspunkter og definitioner og er opmærksom på, at begreberne defineres på andre måder andre steder i debatten.**

**AKTIV DØDSHJÆLP:** "Hovedformålet med aktiv dødshjælp er at afslutte livet, ved at en læge administrerer og indgiver et lægemiddel med henblik på øjeblikkeligt at fritage en uhelbredeligt syg for sine lidelser [10]. Forskellen på aktiv dødshjælp og andre former for dødshjælp går først og fremmest på intentionen bag handlingen. Ved aktiv dødshjælp er det lægens intention at afslutte livet for et svært lidende menneske og ikke et forsøg på at lindre en patients refraktære symptomer, fx smerte [...]. Al praksis af aktiv eutanasi er ulovlig i Danmark, uagtet at det sker på patientens begæring eller ej" [8].

**PASSIV DØDSHJÆLP:** "Passiv dødshjælp omfatter de spørgsmål, der beskæftiger sig med undladelse, afbrydelse eller ophør af livsopretholdende eller livsforlængende medicinske behandlinger. Det kan eksempelvis være at afbryde respiratorbehandling af en bevidstløs person, at stoppe penicillinbehandling af terminalt syge patienter, ikke at genoplive en uafvendeligt døende person samt at stoppe med mad og drikke ved livets afslutning. Passiv dødshjælp forudsætter, at formålet med at

undlade eller at afbryde en behandlingsform er at fremskynde patientens død. Årsagen til at ville fremskynde patientens død med passiv dødshjælp er en individuel eller lægefaglig vurdering til personens/patientens eget bedste, idet det antages, at kvaliteten af det liv, der er tilbage, er ringere end udsigten til at dø". Passiv dødshjælp er lovlig i Danmark.

**PALLIATIV SEDERING:** "Skal forstås som medikamentel lindring af en uafvendeligt døende patient, der er svært lidende på grund af fysiske eller psykiske symptomer (smerter, åndenød o.l.), der ikke har kunnet lindres på anden måde. Behandlingen kan eller vil medføre nedsat bevidsthedsniveau/søvn [11] [...]. Intentionen ved palliativ sedering er altså at lindre en patients symptomer, ex. smerte. Det kan betyde, at patienten dør, men døden betragtes som en acceptabel, negativ konsekvens til behandlingen. Lægen har således ikke lov til at fremskynde dødens indtræden, men har en ret og pligt til at lindre den uafvendeligt døende patients symptomer" [8].

**LÆGE-ASSISTERET SELVMORD:** "Læge-assisteret selvmord betyder at hjælpe en anden person til at begå selvmord. Hjælpen består i, at lægen forsyner patienten med de påkrævede medikamenter, hvorefter patienten selv vil være i stand til at tage sit eget liv. Lægens intention er altså at hjælpe patienten med dennes ønske om at begå selvmord. Læge-assisteret selvmord sker på patientens opfordring og eget ønske [...]. Læge-assisteret selvmord er ulovligt i Danmark" [8].



## DET BEDSTE VALG - EUTANASI ELLER PALLIATIV SEDERING?

*I dette afsnit belyses eutanasi i forhold til alternativet palliativ sedering. Vores forhåbning er, at Sygeplejeetisk Råds overvejelser og perspektiver kan give anledning til yderligere refleksion.*

Eutanasi kan i praksis spænde vidt - lige fra den resourcestærke patient, der bevidst ønsker døden, til den bevidstløse, lidende og uafvendeligt døende patient.

I sygepleje kan man opleve en uafvendeligt døende og så uudholdeligt lidende patient, at der kun er to valgmuligheder, der effektivt vil bringe en ende på hans lidelse: Palliativ sedering eller eutanasi.

Man må spørge sig, hvori består forskellen mellem disse to handlemuligheder? Hvad er det, der gør den ene handling etisk og den anden uetisk?

Et sådant spørgsmål kan have mange svar. Der er en stor etisk og eksistentiel forskel mellem at acceptere døden som en konsekvens, eller at ville døden som et middel [12, 13]. Enten lindrer vi patientens lidelse og accepterer døden som konsekvens, eller vi bruger døden som middel til at opnå et mål; målet kan fx være, at patienten opnår smertefrihed eller at patientens ønske om at dø respekteres (altså retten til selvbestemmelse).

Ifølge De Sygeplejeetiske Retningslinjer har sygeplejersken ansvar for at "bistå til en værdig død og medvirke til, at udsigtsløs behandling afsluttes eller ikke iværksættes" [14]. Det er et stort ansvar at leve op til, da hver patient og hvert forløb er forskellige, og det at stå med patientens liv i hænderne kan opleves vanskeligt. Ansvarer består i at finde ud af, hvad der for patienten og dennes pårørende er en værdig sidste tid. Er den værdige død at tilbyde patienten sedering, eller at patienten forbliver ved bevidsthed trods smerte og ubehag? Hvilken behandling kan siges at være udsigtsløs, og hvem kan give et reelt svar herpå?

Sygepleje retter sig mod patientens liv og velvære. Livet er imidlertid andet og mere end blot at trække vejret. Hvis palliativ sedering medfører værdighed og velvære i det liv, som patienten har tilbage, så kan en fremskyndet død accepteres som en konsekvens af denne sedering [15].

Modsat kan man ikke undgå aktivt at vælge patientens død som middel, hvis man vil udføre eutanasi, uanset om det er passiv eller aktiv dødshjælp – også selv om målet med handlingen er værdighed og smertefrihed og måske respekt for patientens autonomi - idet intentionen er at afslutte livet.

Passiv dødshjælp uden samtidig lindrende behandling og pleje kan endog medføre en uværdig og smertefuld død og om muligt være et langt værre valg end aktiv dødshjælp [16].

### FØLGENDE PRAKSISEKSEMPEL KAN ILLUSTRERE DENNE PROBLEMSTILLING:

En patient med KOL er indlagt med et aneurisme og pneumoni, og man beslutter at indstille kurativ behandling. Patienten er bevidstløs og fremstår med udtalt besværet vejrtrækning og klare smertetegn. Hvis patienten ikke lindres, når behandlingen indstilles, så vælges både patientens død og lidelse. Hvis der i stedet var administreret en dødelig dosis medicin med det samme, havde man kun valgt døden. Eksemplet illustrerer, hvordan undladelse af palliation etisk kan være værre end eutanasi. I patientens terminale fase er der pligt til at lindre, men ikke pligt til at forlænge livet. Vi er som sundhedsfaglige ansvarlige for, både hvad vi vælger at gøre, og hvad vi vælger ikke at gøre.





## DET SVÆRE VALG – NÅR PATIENTEN LIDER TRODS PALLIATIV OMSORG

*Sygeplejens anliggende vil altid være at fremhæve optimal palliativ omsorg som det gode alternativ til aktiv dødshjælp.*

Patienter med omfattende smerter, lidelser og krænkelse - på trods af palliativ omsorg - kan fortsat være en udfordring. I sådanne situationer kan tænkes på muligheden for lindrende, palliativ sedering.

Kan man imødegå dilemmaer? En fordring vil være 'at være på forkant', hvor samtaler om den sidste del af livet er i fokus. Hvilke ønsker har patienten og dennes pårørende? Hvad er en værdig død for patienten? Hvordan stiller patienten sig til livsoprettholdende eller livsforlængende behandling, eller til genoplivning ved eventuel hjertestop.

Det er vigtigt, at beslutninger bliver dokumenteret og opbevaret synligt og tilgængeligt.

Sygeplejeetisk Råd ønsker fokus på den gode og den nødvendige palliative omsorg, hvor den enkelte patients livssituation er grundlaget for udøvelsen af sygepleje. Der må sikres ressourcer i form af faglige og personlige kompetencer, etisk bevidsthed og lige adgang til palliative tilbud. Således må der være faglig og politisk bevågenhed samt tilstrækkelige økonomiske midler.

### LITTERATUR

1. Kristeligt Dagblad, Aktiv dødshjælp, in Kristeligt Dagblad. 2014.
2. evd.dk. Foreningen "En værdig død". 2016 [cited 2016 8/8 2016]; Available from: [www.evd.dk](http://www.evd.dk).
3. Restrup, A.K., 28-årig samler ind til at tage sit eget liv i Schweiz, in Kristeligt Dagblad. 2014.
4. Henriksen, L. *Danskerne ønsker aktiv dødshjælp legaliseret*. 2011 [cited 2016 1405]; Available from: <https://www.etik.dk/aktiv-d%C3%B8dshj%C3%A6lp/danskerne-%C3%B8nsker-aktiv-d%C3%B8dshj%C3%A6lp-legaliseret>.
5. TV2. *Megafon-måling: Halvdelen af danskerne ville selv yde aktiv dødshjælp* 2016 [cited 2016 1509]; Available from: <http://nyheder.tv2.dk/samfund/2016-09-14-megafon-maaling-halvdelen-af-danskerne-ville-selv-yde-aktiv-doedshjaelp>.
6. Det Etske Råd, Eutanasi - lovliggørelse af drab på begæring? 2003, Kbh.: Det Etske Råd bestilles hos: Danmark.dk's netboghandel. 71 sider.
7. Sygeplejeetisk Råd, *Aktiv dødshjælp – for eller imod. I pressen kan man jævnligt opleve debatten for og imod aktiv dødshjælp*. 2009.
8. REHPA - Videncenter for Rehabilitering og Palliation. *Dødshjælp i Danmark*. 2016 [cited 2016 8/8 2016]; Available from: <http://www.pavi.dk/OmPalliation/aktivogpassivdoedshjaelp/definitiondoedshjaelp.aspx>.
9. Marthar, H. *Perspektiver på aktiv dødshjælp*. Sygeplejersken, 2016.
10. Materstvedt, L.J. and S. Kaasa, *Euthanasia and physician-assisted suicide in Scandinavia — with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena*. Palliative Medicine, 2002. **16**(1): p. 17-32.
11. Sundhedsstyrelsen, *Vejledning i medikamentel palliation i terminalfasen*. 2002.
12. Hartling, O.J., *Aktiv dødshjælp. Kan vi mere end vi kan magte?* 2015, Kbh.: Gyldendal. 159 sider.
13. Foot, P., *The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect*, in *Virtues and vices and other essays in moral philosophy*. 2002, Clarendon Press: Oxford. p. 208 s.
14. Sygeplejeetisk Råd, *De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Vedtaget af Dansk Sygeplejeråds kongres den 20. maj 2014*. 2014, Dansk Sygeplejeråd: Kbh. p. 12 sider.
15. CfKR, *Klinisk retningslinje om palliativ sedering for voksne patienter indlagt på en specialiseret palliativ enhed*. 2016, Aalborg.
16. Rachels, J., *Active and Passive Euthanasia*. New England Journal of Medicine, 1975. **292**(2): p. 78-80.