

# Glidebane

I debatten om aktiv dødshjælp er ordet glidebane en ofte anvendt metafor om de samfundsmæssige konsekvenser, som modstandere af aktiv dødshjælp forudser, at en lovliggørelse af aktiv dødshjælp vil føre med sig.

Glidebaneargumentet forekommer i to forskellige varianter. For det første kan man mene, at hvis man etisk retfærdiggør aktiv dødshjælp på begæring, vil det logisk set også indebære en retfærdiggørelse af andre handlinger, fx aktiv dødshjælp uden anmodning fra patienten. Den påståede logiske sammenhæng mellem aktiv dødshjælp og aktiv dødshjælp uden anmodning kan så bruges som begrundelse for formodningen om, at en fremtidig praksis vil følge i halen på den logik, der ligger til grund for ønsket om at lovliggøre aktiv dødshjælp, fordi den altså også retfærdiggør aktiv dødshjælp uden anmodning. Denne variant af glidebaneargumentet kan kaldes det logiske glidebaneargument. Den anden variant handler om, at der i praksis vil være store vanskeligheder med at fortolke og overholde bestemmelser om, hvem der kan anmode om aktiv dødshjælp, det vil sige: om de lider ubærligt, om deres anmodning er autonom og alvorligt ment, og eventuelt om de er uafvendeligt døende. Denne variant af glidebaneargumentet kan kaldes det praksisorienterede glidebaneargument.

## Etiske argumenter

### Argumenter der taler imod aktiv dødshjælp

#### *Det logiske glidebaneargument*

Dette argument handler dybest set om at påvise, at der er en særlig sammenhæng mellem de tre typiske elementer i forslaget om lovliggørelse af aktiv dødshjælp:

1. kravet om patientens autonome beslutning,
2. kravet om, at patienten lider ubærligt,
3. kravet om, at der foretages en lægelig vurdering heraf og dermed, at aktiv dødshjælp i medicinske termer må være indiceret.

Lægens vurdering af, hvorvidt aktiv dødshjælp i det konkrete tilfælde er gavnligt for patienten, betyder, at argumenter for aktiv dødshjælp med de nævnte begrænsninger logisk set må være et argument for aktiv dødshjælp uden de nævnte begrænsninger. Konklusionen vil være, at det egentligt bærende argument for aktiv dødshjælp ikke er respekten for patientens selvbestemmelse, men hensynet til at gavne den patient, der ifølge lægeligt skøn lider i en grad, så det at dø er bedre end at leve videre. Derfor er aktiv dødshjælp logisk set et gode for alle, for hvem aktiv dødshjælp er indiceret, og ikke blot for dem, der er i stand til at anmode om det. Derfor, lyder argumentet, vil man med tiden acceptere aktiv dødshjælp for patienter, der er døende og lider ubærligt, også selv om de ikke er i stand til at anmode om det.

Første skridt i argumentationen er en konstatering af, at aktiv dødshjælp er en valgmulighed for dem, der ifølge en lægelig vurdering lider ubærligt og evt. er døende. Lægen vurderer, om aktiv dødshjælp for den enkelte patient er indiceret, og denne vurdering handler ikke primært om autonomi. Snarere må man sige, at den autonome anmodning om aktiv dødshjælp betragtes som en nødvendig forudsætning for, at lægen overhovedet kan gå i gang med at vurdere, om patienten så i øvrigt er i en tilstand, der ifølge de givne bestemmelser giver ham adgang til aktiv dødshjælp. Lægens afgørelse om indikation for aktiv dødshjælp

beror på en vurdering af, om patienten lider ubærligt, og på, om alle øvrige muligheder for lindring af patientens lidelse er udtømte.

Næste skridt i argumentationen fremhæver, at den nævnte vurdering minder om den vurdering, der i såkaldt god klinisk praksis allerede foretages, inden en læge undlader eller afbryder livsforlængende behandling for uafvendeligt døende patienter, der ikke er beslutningsdygtige. Ligeledes minder vurderingen om de overvejelser, en læge skal igennem, inden det besluttet at give smertestillende medicin, der som en bivirkning risikerer at forkorte patientens liv. Selv om der måske er forskel på intentionen med aktiv dødshjælp og smertebehandling ved livets afslutning, vil de fleste sikkert enes om, at lægens vurdering i begge tilfælde handler om lidelsens grad og om, hvorvidt der gives andre og mindre alvorlige terapeutiske muligheder, som kan gavne patienten.

Tredje skridt i argumentationen peger på, at aktiv dødshjælp uden anmodning hos døende patienter i den ovenfor beskrevne situation vil blive lige så acceptabelt som undgåelse af livsforlængende behandling er det i dag. For det vigtige i den lægelige vurdering af indikationen for aktiv dødshjælp er, om aktiv dødshjælp virkelig er i patientens interesse. Og hvis det åbenlyst ikke længere er i patientens interesse at leve (hvorfor undgåelse af livsforlængende behandling er acceptabelt), så vil aktiv dødshjælp også opfattes som værende i patientens interesse. Derfor vil kravet om autonomi rykke i baggrunden i de tilfælde, hvor patienten er uafvendeligt døende, og hvor lidelsen er så stor, at det ikke vil gavne patienten at leve den korte tid længere. En yderligere åbning vil måske være, at når kravet til autonomi i visse tilfælde rykker i baggrunden, så vil ubærlig lidelse som kriterium generelt spille en større rolle. Men ubærlig lidelse er vanskelig at definere, hvorfor nogle kan frygte, at aktiv dødshjælp uden anmodning på endnu længere sigt ikke "kun" vil forekomme i de samme tilfælde, hvor det i dag er god klinisk praksis for en læge at undgå livsforlængende behandling for en uafvendeligt døende.

### *Den praksisorienterede glidebane*

Dette argument tager udgangspunkt i, at enhver regulering og institutionalisering af aktiv dødshjælp vil indeholde en række kritiske punkter, hvor der vil være for stort spillerum for fortolkning, og hvor der er for stor risiko for, at de deltagendes (både den modtagendes og den udførendes) kompetencer og ressourcer ikke er tilstrækkelige til at danne baggrund for en så endegyldig beslutning som aktiv dødshjælp. De kritiske punkter er hovedsageligt følgende fire:

1. For det første vil der altid være en usikkerhed om patientens diagnose og prognose. Det sker, om end måske i de færreste tilfælde, at en patient lever betragteligt længere og måske også får det betydeligt bedre, end den medicinske prognose forudsagde.
2. For det andet vil der være forskel på vurderingen af, hvornår alle alternativer til lindring af patientens lidelse er udtømte; ikke mindst fordi dette afhænger af, hvilken type lidelse (fysisk eller eksistentiel lidelse?), det er opgaven at lindre.
3. For det tredje er definitionen af ubærlig lidelse i høj grad åben for fortolkning. Hvordan mødes patientens subjektive vurdering af sin lidelse med den lægelige vurdering, og hvad skal tælle som adgangsgivende til aktiv dødshjælp?
4. For det fjerde kan det være svært at vurdere, hvornår der foreligger en udtrykkelig og sikker anmodning om aktiv dødshjælp fra en patient, der har evnen til selvbestemmelse i behold.

På grund af det beskrevne spillerum i vurderingerne er det vanskeligt at opstille klare grænser for, hvornår det er acceptabelt at udføre aktiv dødshjælp. Man kan derfor hævde, at der med tiden uundgåeligt vil ske et skred, fordi de mest vidtgående vurderinger fortløbende vil komme til at sætte nye standarder.

## Argumenter der taler for aktiv dødshjælp

### *Aktiv dødshjælp uden anmodning er i visse tilfælde etisk forsvarligt*

Den stærkeste indvending imod den logiske variant af glidebanen er, at der slet ikke er tale om en glidebane fra noget etisk mindre betænkeligt til noget etisk mere betænkeligt. Argumentet er stærkt, fordi det godtager præmissen for det logiske glidebaneargument: at udøvelse af aktiv dødshjælp væsentligst vil ske med den begrundelse at gavne patienten, og at det derfor ikke i alle tilfælde kan siges at være afgørende, om patienten er i stand til at anmode om aktiv dødshjælp. Men ud fra denne præmis drages den modsatrettede konklusion: at det netop derfor ikke kun skal være lovligt at udføre aktiv dødshjælp på patientens anmodning, men også i visse tilfælde, hvor patienten ikke er i stand til at anmode om aktiv dødshjælp. Det etiske skred, som fortalere for glidebaneargumentet beskriver, virker naturligvis uproblematisk, hvis man er af den overbevisning, at aktiv dødshjælp uden anmodning er etisk acceptabelt i de tilfælde, som logisk inkluderes i selve argumentationen for aktiv dødshjælp.

Denne overbevisning kan begrundes med, at livet ikke kan siges at have en værdi i sig selv, men at det kun har værdi i kraft, at den enkelte oplever det som værdifuldt. Ud fra denne anskuelse kan man mene, at et menneske, der uopretteligt har mistet sin bevidsthed, ikke længere har nogen interesse i at leve. Som følge heraf kan man drage den konklusion, at aktiv dødshjælp uden anmodning og undgåelse af livsforlængende behandling begge er etisk acceptable handlinger over for denne type patienter. Endvidere kan man mene, at formodet negativt oplevet værdi (ubærlig lidelse) hos uhelbredelige og evt. døende patienter, der ikke er beslutningsdygtige, på samme vis retfærdiggør aktiv dødshjælp uden anmodning. Nogle vil mene, at aktiv dødshjælp uden anmodning derfor er etisk forsvarligt hos svært handicappede spædbørn, der måske skal igennem smertefulde kurative behandlinger for at opnå et evt. kortvarigt liv med ingen eller alvorligt reduceret evne til at opleve verden, fungere motorisk og indgå i en social sammenhæng. Andre vil mene, at aktiv dødshjælp uden anmodning også vil være forsvarlig hos alvorligt demente mennesker, som giver udtryk for ubærlig lidelse uden at være i stand til at anmode om aktiv dødshjælp. Accepten af aktiv dødshjælp uden anmodning behøver med andre ord ikke hænge sammen med et krav om, at patienten er uafvendeligt døende.

### *Aktiv dødshjælp er særligt relevant for mennesker, der har evnen til selvbestemmelse*

I en kritik af det logiske glidebaneargument kan man i stedet tage udgangspunkt i, at præmissen er forkert: Lægens vurdering af patientens lidelse er ikke det væsentligste kriterium, og selvbestemmelse bør ikke opfattes udelukkende som patientens evne til at overveje og anmode om aktiv dødshjælp. I stedet kan man hævde, at den oplevede begrænsede mulighed for at øve indflydelse på beslutninger vedrørende sin egen død i det moderne sundhedsvæsen er en integreret del af selve lidelsen for mange autonome patienter, der er uhelbredeligt syge og evt. døende. På den baggrund kan man argumentere, at aktiv dødshjælp er en mulighed, der i særlig grad giver mening for ubærligt lidende patienter, der samtidig er i en tilstand, hvor evnen til selvbestemmelse er intakt. Aktiv dødshjælp kan i sagens natur siges at være en sidste udvej, som bør begrænses til de mennesker, der har et helt særligt behov. Døende mennesker, der lider, men ikke har besluttet sig og aktuelt ikke kan beslutte sig for aktiv dødshjælp, har måske ikke et sådant særligt behov. De har et behov for smertelindring og palliativ pleje. Hvis patienten har reduceret bevidsthed og er tæt på at dø, vil nogle mene, at patienten kan være ligeglad, om hans liv afsluttes, eller hans smerter lindres. Men selv i dette tilfælde vil aktiv dødshjælp-tilhængere ud fra ovenstående argumentere, at aktiv dødshjælp - grundet midlets alvorlighed - kun bør ydes, hvor der er et helt særligt behov. Det kan hævdes, at dette

særlige behov som minimum forudsætter, at patienten lider ubærligt og samtidig er i stand til at træffe en autonom beslutning. På den baggrund vil det ikke kunne anerkendes, at der er en logisk sammenhæng mellem begrundelsen for aktiv dødshjælp og aktiv dødshjælp uden anmodning.