

DØD PÅ ANMODNING

Af Jannie Iwankow, *journalist*

Illustration af Evan Cohen



Flere steder i Europa kan mennesker med en psykisk lidelse få lov at afslutte livet ved hjælp af aktiv dødshjælp. Fortalerne argumenterer med, at psykiske lidelser medfører lige så svære lidelser som fysisk sygdom. Modstanderne frygter en glidebane og mener, der mangler forskning i psykologien bag et dødsønske.

Hun er 31 år, har en kandidatgrad i fysik og et halvt færdiggjort ph.d.-studium. Fremtiden burde tegne lys for belgiske Amy De Schutter. Men det er ikke tilfældet, og sandheden er, at der måske slet ikke tegner sig nogen fremtid for den unge kvinde. Sidste år blev Amy De Schutters anmodning om at modtage aktiv dødshjælp godkendt, og hun kan nu når som helst beslutte sig for, hvornår hendes sidste dag skal leves.

Amy De Schutter er ikke dødeligt syg af cancer, ALS eller anden livstruende, fysisk sygdom. Men siden sit trettende år har hun haft syv forskellige, psykiske diagnoser og er i dag ydermere diagnosticeret med autisme. En diagnose, der først er kommet til for nylig, og som, hvis den var blevet opdaget tidligere, formentlig kunne have givet hende et helt andet og bedre liv.

Fra Amy De Schutter var 14 år, til hun var 19 år, blev hun behandlet i voksenpsykiatrien og ikke i børne- og ungespsykiatrien, hvor ventetiden var årelang. De fem år i voksenpsykiatrien endte med at traumatisere hende i en grad, så hun har adskillige selvmordsforsøg bag sig og i dag ikke kan leve et normalt liv, fortæller hun *Magasinet P*. For to år siden besluttede hun at søge om at kunne blive fri fra sine pinsler ved hjælp af aktiv dødshjælp.

– I voksenpsykiatrien blev jeg fastspændt adskillige gange. De isolerede mig, jeg måtte ikke se mine forældre, jeg måtte ikke gå i mit eget tøj, og i fire uger holdt de mig indespærret i ét rum, hvorfra jeg ikke måtte komme ud. I dag er jeg så traumatiseret, at jeg ikke kan fungere. Jeg ligger ofte i min seng mange dage i træk, hvor jeg ikke får spist og ikke kommer uden for en dør. Jeg bliver hurtigt nervøs, får sammenbrud og har mange flashbacks og mareridt. Om natten sover jeg næsten ikke, fordi jeg har mareridt om at være fastspændt. Jeg kan ligeså tydeligt mærke lænkerne, selvom jeg ved, de ikke er der. Mit liv er en lang kamp. Folk kan ikke forestille sig, hvordan det er at være mig, siger Amy De Schutter.

Hun har sagt ja til at lade sig interviewe af *Magasinet P* for at fortælle om sin historie og sit ønske.

Fra hun var 19 år og nogle år frem, gik det bedre for Amy De Schutter. Det lykkedes hende at tage en uddannelse og bruge travlheden på studiet til at holde nogle af de indre dæmoner stangen. Men det varede ikke ved, og de sidste fem år har været et levende helvede for hende, fortæller hun. Hun har prøvet alle former for medicin og gået i behandling hos et hav af psykiatere – og nu er kræfterne til at kæmpe ved at slippe op.

Efter en årrække, hvor hendes traumer blev tiltagende værre, tog hun og hendes praktiserende læge emnet aktiv dødshjælp op. Halvanden måned efter den første samtale var Amy De Schutter ikke længere i tvivl, og hun indledte sin ansøgningsprocedure om at få tilladelse til at modtage aktiv dødshjælp.

– En af de vigtigste årsager til at søge om aktiv dødshjælp var, at jeg ikke ønsker, at mine forældre skal risikere at finde mig død efter et ubehageligt selvmord. Og efter jeg har fået bevilliget aktiv dødshjælp, er det blevet lettere for mig og mine omgivelser at tale åbent om mit dødsønske. Det har givet mig mere ro at vide, jeg har muligheden for at få hjælp til at dø, siger hun.

De mennesker, som er tæt på Amy De Schutter, støtter hendes ønske om aktiv dødshjælp. Selv hendes forældre, fortæller hun.

– De har set mig psykisk helt ude i tovene. Det er som om, jeg står i en boksering, og der hele tiden kommer en ny bokser op, som jeg skal bekæmpe. Halvdelen af mit liv er gået med det. De forstår, at på et tidspunkt kan man bare ikke kæmpe mere.

Amy De Schutter har opbygget et tæt og godt forhold til sin praktiserende læge. Det er også hende, som skal være ved hendes side og give hende den dødbringende indsprøjtning, hvis hun vælger at gøre brug af aktiv dødshjælp.

Hun frygter ikke døden, siger hun – kun at skulle tage afsked med alle sine nærmeste. Der er da også stadig et lille håb om, at hendes liv ikke ender med aktiv dødshjælp.

– Jeg vil jo gerne leve. Jeg kan bare ikke leve det liv, jeg lever nu. Dette år og det næste bliver afgørende. Jeg håber, at de kan gøre noget med den medicin, jeg får i forbindelse med min autisme, og at der sker fremskridt, så jeg kan lære at leve bedre med mine traumer. Det håber jeg. Hvis ikke – så må det være slut, siger hun.

Holland først

Harve Amy De Schutter boet i Danmark eller i næsten hvilket som helst andet land i Europa, ville hendes ønske om aktiv dødshjælp være så godt som umuligt at opfylde. I Europa er det – ud over Belgien – kun Holland og Luxembourg, der tillader det, der også med et fremmedord kaldes eutanasi. For alle tre lande gælder det, at aktiv dødshjælp ikke udelukkende bevilges til mennesker med fysisk sygdom. Også personer med psykiske lidelser kan søge om hjælp til at afslutte livet.

Holland blev i 2001 det første land, der fik en lovgivning, der tillader aktiv dødshjælp. Men allerede før det officielt var lovligt – fra midt i 1980'erne – ydede en del læger aktiv dødshjælp, og der udvikledes langsomt en praksis, hvor man som læge indberettede det til den offentlige anklagemyndighed, når man havde hjulpet et menneske til at dø. I langt de fleste tilfælde endte lægen med at blive frifundet, fordi det stod klart, at målet havde været at lindre patientens lidelse.

I Holland er det ikke en betingelse, at personer, der ønsker aktiv dødshjælp, skal være døende. Derimod er der seks krav, som lægen, der udfører aktiv dødshjælp, skal overholde. Dels skal lægen være sikker på, at patientens anmodning er frivillig og velovervejet. Hun skal også være enig med patienten i, at alle behandlingsmuligheder er udtømte, og hun skal informere patienten om situationen og udsigterne.

Derudover kræves det, at lægen viser omsorg og fornøden omhu, når hun bringer en patients liv til ophør, ligesom aldersgrænsen, der er 16 år, skal overholdes. I Holland er aktiv dødshjælp også muligt for børn mellem 12 og 16 år – i princippet også for børn med psykiske lidelser, hvis forældrene samtykker. Endelig skal patienten tilses yderligere af en uafhængig læge, som skal give sin skriftlige vurdering af patientens helbredsmæssige tilstand.

Det er disse seks krav, der implicit tillader, at patienter med psykiske lidelser har mulighed for at søge om aktiv dødshjælp, idet der intet sted i den hollandske lovgivning skelnes mellem fysisk sygdom og psykiske lidelser.

I begyndelsen var det primært døende med cancer, der benyttede sig af muligheden for aktiv dødshjælp, men med tiden er patientgruppen blevet udvidet, så det altså i dag også er mennesker med psykiske lidelser, som kan få hjælp til at dø. Og antallet af hollændere, der modtager aktiv dødshjælp, fordi deres psykiske lidelse er af ”ulidelig” karakter, ser ud til at stige.

I 2010 var der kun to personer, der som følge af psykiske lidelser fik aktiv dødshjælp. Fem år senere, i 2015, var tallet steget til 56.

Det er regionale komitéer, der står for at overvåge de læger, der yder aktiv dødshjælp i Holland. De vurderer i alle indberettede tilfælde, om lægen har overholdt de seks lovfæstede krav. Har en komité mistanke om, at der er sket overtrædelser af loven, overgives sagen til den offentlige anklagemyndighed.

Belgien følger trop

I belgisk lovgivning har man i modsætning til i Holland udspecificeret det, så det direkte fremgår af lovteksten, at såvel mennesker, der lider af fysisk sygdom som mennesker, der har en psykisk lidelse, kan anmode om aktiv dødshjælp.

Heller ikke i Belgien er det et krav, at patienten er døende, men lidelsen må være ”uhelbredelig og konstant ubærlig”. I tilfælde, hvor patientens sygdom ikke er dødelig – som fx ved en psykisk lidelse – kræves det, at vedkommende tilses af i alt tre læger, inden aktiv dødshjælp kan bevilges.

Der er som udgangspunkt ikke nogen nedre grænse for, hvor ung man må være for at kunne modtage aktiv dødshjælp i Belgien, men er der tale om et barn under 13 år, skal barnet vurderes tilstrækkeligt modent til at kunne træffe en sådan beslutning, ligesom forældrene skal inddrages. Desuden er det kun lovligt ved fysisk sygdom.

At aktiv dødshjælp til mennesker med psykiske lidelser er tilladt i netop Benelux-landene (Luxembourg følger stort set hollandsk praksis) skal ses i lyset af den proces, som landene har været igennem de seneste årtier, hvor diskussionen om aktiv dødshjælp har været præget af åbenhed fra et tidligt tidspunkt, og hvor en del læger uden om loven, men dog med myndighedernes viden, i praksis har udført aktiv dødshjælp. Fortalerne ser det derfor som en naturlig udvikling, at psykiske lidelser vurderes ligeså lidelsesfulde som fysisk sygdom.

Modstanderne af aktiv dødshjælp, som blot udgør omkring 10 procent af befolkningen i de tre lande, anser det derimod som en etisk glidebane, at mennesker med psykiske lidelser i dag kan få aktiv dødshjælp, for hvis man ikke længere behøver at være dødeligt syg, hvem bliver så de næste, der skal have lov? Den del befolkningen, der har et religiøst ståsted, argumenterer tillige med, at kun den gud, der har skænket livet, har retten til at tage det igen.

En vigtig undtagelse

Lieve Thienpont er en fremtrædende, belgisk psykiater og psykoterapeut, der har gjort aktiv dødshjælp og psykiske lidelser til omdrejningspunkt i sin professionelle karriere. Hun arbejder som psykiater og talsperson i organisationen Vonkel, LEIF i byen Ghent. Her rådgives borgere og professionelle i forhold til udredende spørgsmål om aktiv dødshjælp, ligesom man samarbejder med Ghent Universitet om forskning i eutanasi. Lieve Thienpont har desuden udgivet bogen *Deliver me. A book on euthanasia and mental disorders*.

Den belgiske psykiater er klar fortaler for, at man, hvis man har en ubærlig og uhelbredelig psykisk lidelse, skal kunne anmode om aktiv dødshjælp, men er også klar over, at det er et følsomt emne – særligt i lande, hvor det ikke er tilladt.

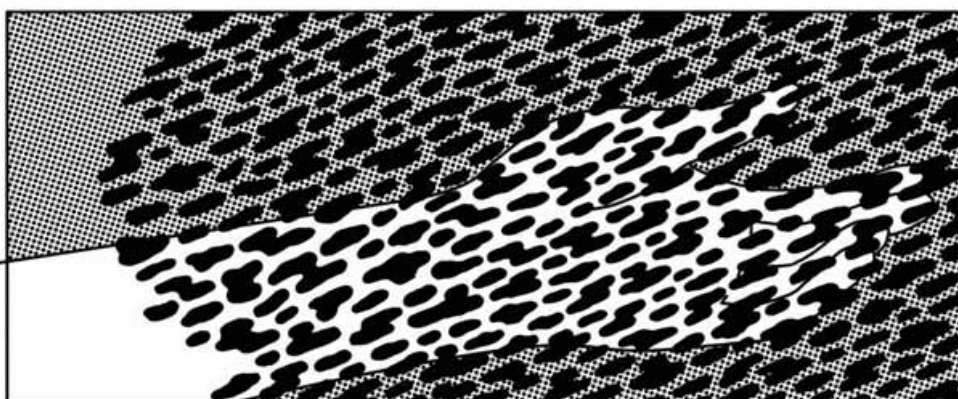
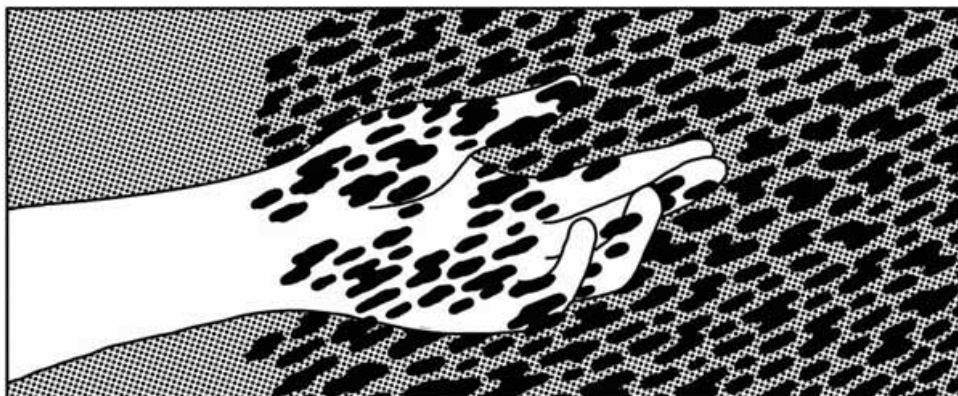
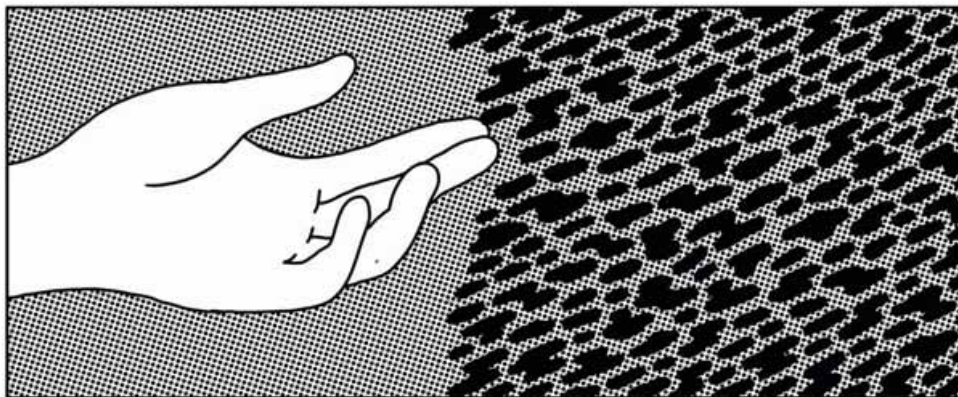
Da *Magasinet P* taler med hende, begynder hun derfor også med at gøre opmærksom på, at det ud af de 2.022 belgiere, der fik aktiv dødshjælp i 2015, "kun" i tre procent af tilfældene skyldtes en psykisk lidelse. Hun kalder gruppen en undtagelse – men dog en vigtig undtagelse, når det handler om retten til aktiv dødshjælp.

Når det, Lieve Thienponts kalder patienter med uhelbredelige psykiske lidelser på linje med uhelbredeligt fysisk syge skal have mulighed for at anmode om aktiv dødshjælp, har det ifølge hende flere årsager.

– Mennesker med psykiske lidelser lider lige så meget som mennesker med fysisk sygdom. Ja, måske endda mere. Deres lidelse er så meget mere end selve sygdommen. Der er en masse konsekvenser af deres lidelse, som øger lidelsen. Mange af dem er socialt isolerede, de har manglende arbejdsevner, kan ofte ikke bo selv, men må bo på psykiatriske afdelinger og har dårlig økonomi. Mange af dem har historier med årelange sygdomsforløb og masser af behandling, der aldrig har hjulpet, og ofte har de flere selvmordsforsøg bag sig. Samtidig møder de ikke forståelse i deres omverden, fordi man ikke kan se på dem, at de er syge. Der er ikke forståelse for, hvor slem en psykisk lidelse er. Heller ikke blandt sundhedspersonale. Og i modsætning til fx cancer, så kan du aldrig 100 procent sikkert slå fast, hvad patienterne fejler, siger hun.

Lieve Thienpont står bag det første, større studie nogensinde, der har undersøgt mønstre, som knytter sig til patienter med psykiske lidelser, der anmoder om aktiv dødshjælp. I studiet, der





forløb fra 2007 til 2011 og havde 100 medvirkende, blev flere karakteristika for patientgruppen tydelige.

Fx gjaldt det for 90 procent af patienterne i undersøgelsen, at de havde mere end én psykisk diagnose. De hyppigste var depression og personlighedsforstyrrelse, men det viste sig også, at over 20 procent af patienterne havde uopdagede diagnoser inden for autisme-spektrret. I alt 48 af de 100 deltagere i undersøgelsen fik godkendt deres ønske om aktiv dødshjælp, men kun 35 døde som følge deraf. Det skyldtes, at resten udsatte eller aflyste forehavendet. At de gjorde det kan ifølge Lieve Thienpont forklares med,

at de i det øjeblik, de får vished for, at de kan få hjælp til at dø, får mere ro i sindet. En ro, der kan resultere i, at de vælger at leve videre trods deres lidelser. Dette aspekt fremhæver den belgiske psykiater som en positiv effekt af lovgivningen.

- Det er en misforståelse, at alle, der anmoder om aktiv dødshjælp, dør inden for kort tid. Mange patienter søger om tilladelse for at sikre sig, at de kan få hjælpen, hvis deres lidelser bliver uudholdelige. Mere end halvdelen af de patienter med psykiske lidelser, der søger om eutanasi, dør ikke i nærmeste fremtid. Men muligheden for at kunne søge om hjælp til at dø er vigtig, fordi den dels afholder mange fra at begå

selvmord på mere grusom vis og dels efterlader mange med mere fred i sindet, så de bliver i stand til at se efter alternativer til døden, siger Lieve Thienpont.

Ifølge belgisk lovgivning skal der gå mindst en måned, fra patienten anmoder om aktiv døds-hjælp, til den eventuelt effektueres. Men selvom mange patienter med psykiske lidelser har åre-lange sygdomsforløb, mener Lieve Thienpont ikke, at tidsaspektet bør være målestokken for, hvornår der skal bevilliges aktiv døds-hjælp.

– Det handler ikke om varigheden af lidelsen, og om at du skal have levet et langt liv med den. Det handler om prognose og autonomi. Vi ser på hele kombinationen af patientens problem. Hvis vi er overbeviste om, at der ikke er nogen mulighed for et bedre liv i fremtiden, så er vi klar til at hjælpe med aktiv døds-hjælp. Men det er svært, for selvfølgelig kan man aldrig nogensinde være 100 procent sikker på, at det var det rigtige. Lige-som det er tilfældet med fx cancer, kan der jo altid komme en ny behandling om et halvt år, som ville kunne have ændret noget, siger hun.

Lieve Thienpont er imidlertid ikke bange for, at man med den belgiske lovgivning har bevæget sig ind på en farlig glidebane, siger hun. For det bliver aldrig nogen nem løsning at søge om aktiv døds-hjælp.

– Folk vil gerne leve. Også de fleste af dem, der søger om eutanasi. De vil bare ikke leve et lidelsesfuldt liv. Og jeg er sikker på, at der er sikkerhedsforanstaltninger i loven, så det ikke pludselig er legalt at søge om aktiv døds-hjælp, fordi man fx er i økonomiske problemer eller er blevet skilt.

Autonomi og værdighed

Temaet om aktiv døds-hjælp til mennesker med psykiske lidelser er kontroversielt – ikke mindst blandt psykologer. I Holland har psykologforenin-gen fx bakket op om muligheden. I den europæ-iske psykologforening, European Federation of Psychological Associations (EFPA), har aktiv døds-hjælp til patienter med psykiske lidelser ikke været diskuteret i plenum. Før sidste år. Her var emnet på dagsordenen til en kongres, og ifølge formanden for sammenslutningens etiske udvalg, hollandske Henk Geertsema, var holdningerne mange. Særligt patienternes autonomi blev disku-teret – skal en patient med psykiske lidelser, der lider meget, men ikke er i risiko for at dø af sin lidelse, have retten til at vælge aktiv døds-hjælp som lindrende udvej?

Som hollænder er Henk Geertsema på linje med mange af sine landsmænd i det spørgsmål. Er alt håb om helbredelse ude, skal aktiv døds-hjælp være en mulighed. Er den ikke det, vil en stor del i stedet begå selvmord, mener han. Og det leder frem til et andet af tilhængernes hovedargumenter; at aktiv døds-hjælp også handler om værdighed.

– At give alvorligt syge mennesker muligheden for at modtage aktiv døds-hjælp er at vise dem barmhjertighed, når der ikke er andre mulighe-der. Det er en mere værdig død end et selvmord. Min egen niece havde en psykisk lidelse og levede et miserabelt liv. Trods alle indsatser kunne hun ikke hjælpes. Hun endte med at kaste sig ud foran et tog. Det ønsker man ikke, at nogen skal være nødt til, siger Henk Geertsema, der mener, at der nok findes modstandere af loven blandt de hol-landske psykologer, men at de fleste i dag bakker op omkring den.

Opbakning er der til gengæld ikke fra hans kollega i EFPA's etiske udvalg, portugisiske Miguel Ricou. Han kommer fra et land, hvor aktiv døds-hjælp er forbudt, og hvor modstanden ofte er blevet forklaret med et religiøst folkefærd og den katolske kirke som stærk opponent – i øvrigt på linje med mange af de andre sydeuropæiske lande. Ifølge Miguel Ricou kommer der dog også i Portugal stadig flere tilhængere af aktiv døds-hjælp, og han forudser, at der inden for en overskuelig årrække også i hans hjemland vil være en lovgivning, der tillader aktiv døds-hjælp. Måske også til mennesker med en psykisk lidelse.

Udsigten hertil er den portugisiske psykolog ikke begejstret for. Han mener, at der mangler viden på området, og at hans faggruppe, psykolo-gerne, burde melde sig mere på banen i hele diskussionen.

– Som professionelle arbejder vi for patienter-nes bedste, siger vi. Men det kan umuligt være det bedste kun at arbejde ud fra deres autonomi. Hvordan kan vi fx være sikre på, at de mennesker ikke ville have ændret mening, hvis de havde kunnet? Vi er nødt til at vide noget mere om, hvornår en persons dødsønske er helt reelt. Vi må blive klogere på psykologien inden for det område. Vi ved jo, at mennesker, som tænker på selvmord, ikke begår selvmord oftere end men-nesker, som ikke tænker på det. Så idéen om selvmord er altså ikke lig med selvmord, siger Miguel Ricou.

Han påpeger, at der ved psykiske lidelser er omstændigheder, der gør det yderligere svært at gå ind for aktiv døds-hjælp. Således spiller

individuelle personlighedstræk også en rolle, og selvom man ikke kan ændre fundamentalt på disse, har alle mennesker mulighed for over tid at udvikle sig mentalt, mener han.

Selv er Miquel Ricou for nuværende langt fra klar til at tale for aktiv dødshjælp – han vil i stedet gå meget langt for at få en patient med en psykisk lidelse i bedring.

– Det kan lyde kynisk, men hvis en person ønsker at begå selvmord, vil jeg ikke hjælpe til med det, og jeg vil også prøve at forhindre vedkommende i det. Jeg vil arbejde med personen og inddrage familie, fordi jeg aldrig kan være sikker på, om vedkommende vil ændre mening. Men hvis en af mine patienter vælger at tage sit eget liv, så må jeg acceptere det. Nogle gange er det, hvad folk vælger, og det kan aldrig være min skyld, siger han.

Andre frygter, at aktiv dødshjælp til psykisk lidende mennesker kan være en glidebane, der betyder, at samfundet skruer ned for behandlingsindsatsen eller andre hjælpeindsatser. I en videnskabelig artikel publiceret i *JAMA Psychiatry* sidste år har forskere indsamlet hollandske tal for mennesker, der har modtaget aktiv dødshjælp på baggrund af psykiske lidelser mellem 2011 og 2014. Tallene viser bl.a. (se boks sidst i artiklen, red.), at de fleste havde mere end én psykisk diagnose samt at somatiske problemer, social isolation og ensomhed også var hyppige – så hyppige, at det ofte blev nævnt i lægernes vurderinger. I en leder, der ledsagede artiklen, skrev Paul Appelbaum, professor i psykiatri og leder af Psychiatry, Law, and Ethics på Columbia University i New York, således, at ”man kan frygte, at aktiv dødshjælp er en erstatning for effektiv psykosocial intervention og støtte”.

Han bemærkede også, at andelen af personer med personlighedsforstyrrelse er det samme som i Belgien, hvor en lignende opgørelse er publiceret, og hvor 38 procent af personerne faktisk trak deres anmodning tilbage. Det rejser ifølge ham tvivl om personens reelle ønske om at dø – ikke mindst fordi, personlighedsforstyrrelser er forbundet med stærk reaktivitet over for stress fra miljøet eller interpersonelle forhold.

Det er en misforståelse, at alle, der anmoder om aktiv dødshjælp, dør inden for kort tid. Mange patienter søger om tilladelse for at sikre sig, at de kan få hjælpen, hvis deres lidelser bliver uudholdelige. Mere end halvdelen af de patienter med psykiske lidelser, der søger om eutanasi, dør ikke i nærmeste fremtid. Men muligheden for at kunne søge om hjælp til at dø er vigtig, fordi den dels afholder mange fra at begå selvmord på mere grusom vis og dels efterlader mange med mere fred i sindet, så de bliver i stand til at se efter alternativer til døden.

Lieve Thienpont, *belgisk psykiater, psykoterapeut og forfatter til bogen "Deliver me. A book on euthanasia and mental disorders"*

Dødshjælpslobbyisme

Over alt i Europa arbejder organisationer for at gøre aktiv dødshjælp legalt, både lokalt og globalt. Og noget tyder på, at lobbyismen virker. Sidste år fik Canada indført aktiv dødshjælp, som også gælder mennesker med psykiske lidelser, og i USA har foreløbig seks stater lovliggjort såkaldt assisteret selvmord. Dog ikke for psykiske lidelser. Assisteret selvmord betyder, at patienten selv skal indtage den dødbringende dosis medicin, som de får udleveret af en læge. Det er samme mulighed, man tilbyder på de såkaldte Dignitas-klinikker i Schweiz, hvor flere danskere gennem årene er rejst til for at få hjælp til assisteret selvmord.

The World Federation of right to die Societies er en paraplyorganisation, der vejleder og støtter

foreninger fra de enkelte lande i spørgsmål omkring aktiv dødshjælp. Talsmand for organisationen er Rob Jonquiere. Udover at være tidligere formand for den hollandske forening NNVE, som lobbyer og rådgiver omkring aktiv dødshjælp i Holland, er han også tidligere praktiserende læge og har selv hjulpet flere patienter med at dø.

Rob Jonquiere føler sig overbevist om, at aktiv dødshjælp udføres af læger over alt i verden – også der, hvor det ikke er tilladt. Selv hjalp han også patienter med at dø, endnu inden der kom en lovgivning på området i Holland. At aktiv dødshjælp i dag er tilladt i hans hjemland også for patienter med psykiske lidelser, tilskriver han hollændernes kultur.

– Vi er åbne og tør tale om tingene, siger han og forudser, at flere lande fremtidigt indfører aktiv dødshjælp.

– Sidste år fik Canada indført aktiv dødshjælp. Og der er noget på vej i New Zealand og i nogle stater i Australien. Der diskuteres også i Frankrig, Italien og Storbritannien. Men politikerne er forsigtige, for det er dem, der skal stå til ansvar for loven, siger han.

Rob Jonquiere frygter ikke, at man har bevæget sig ud på en glidebane ved at have tilladt aktiv dødshjælp til mennesker med psykiske lidelser i Beneluxlandene.

– For mig handler det ikke om, hvorvidt man er døende. Jeg ser det i lyset af lidelsens karakter. Og psykiske lidelser kan være slemme. Er man dødeligt syg af cancer, ved man, at lidelsen vil slutte på et tidspunkt. Ved kroniske psykiske lidelser bliver lidelsen bare ved. Problemet er naturligvis, at vi ikke kan måle sygdommen på samme måde som ved fysiske sygdomme, og derfor skal vi selvfølgelig gå meget forsigtigt frem, siger han.

Ifølge Rob Jonquiere er det i 80 procent af alle tilfælde i Holland og Belgien den praktiserende læge, der yder aktiv dødshjælp. Det skyldes bl.a., fortæller han, at det kan være svært for specialisterne, i dette tilfælde psykiaterne, at beslutte endeligt, at alle behandlingsmuligheder er udtømte.

Når en patient har fået tilladelse til at modtage aktiv dødshjælp, skal det sammen med lægen besluttes, hvornår det skal ske. En del, der får aktiv dødshjælp, vælger at have samlet familien omkring sig ved dødslejet, som kan være enten hjemme, på hospitalet eller i lægens klinik. Lige inden lægen yder aktiv dødshjælp, har han pligt til atter at forhøre patienten, om denne er sikker på, at det er det, han eller hun ønsker. Svares der bekræftende, vil patienten derefter modtage den dødbringende medicin, som enten kan indtages som drikke eller gives som en injektion. Døden vil indtræffe



umiddelbart i minutterne herefter. Herefter indrapporteres dødsfaldet, og vurderes det at være foregået korrekt, sker der ikke yderligere.

Danskerne vil have aktiv dødshjælp

Lige nu har et politisk parti i Holland stillet forslag om, at aktiv dødshjælp også bør være en mulighed for gamle mennesker, der er livstrætte.

Mennesker, der ikke nødvendigvis er syge, men som har levet et langt liv og ikke ønsker at opleve dagen i morgen. Meningerne er delte. Tilhængerne taler om værdighed og autonomi.

Modstanderne taler om, at man risikerer at presse folk til at få aktiv dødshjælp, og at der sker et skred, for hvem bliver så de næste, der skal have lov?

I Danmark er aktiv dødshjælp fortsat ulovligt. Det til trods er befolkningen herhjemme meget positivt indstillet. I en undersøgelse fra sommeren 2017, som YouGov foretog for *Kristeligt Dagblad*, svarede 72 procent af de adspurgte således, at de mente, at forbuddet skulle ophæves, mens 17 procent svarede "ved ikke". Kun 11 procent var direkte imod.

Gorm Greisen, formand for Det Ethiske Råd, ser med skepsis på den udvikling, der har ført til, at stadig flere danskere går ind for aktiv dødshjælp.

- Det er en sørgelig asymmetri, som nok er en retning til gavn for nogle enkelte, men som vil føre til en kulturel forandring, der har rod i humanismens ideal om retten til selvbestemmelse. Det startede i Holland, og flere lande kommer med, eventuelt med legalisering af assisteret selvmord. Det vil spille ind på, hvordan man ser på alvorlig sygdom og handicap, når det bliver lovligt at få aktiv dødshjælp. For kan man så være bekendt over for sig selv og andre at leve videre, når det er et aktivt tilvalg? Det er klogere at se på lidelsen som et vilkår i stedet for at tale om at afskaffe den. På samme måde som med døden, vil jeg synes, er lidelsen med til at kvalificere livet, siger han.

Gorm Greisen erkender dog, at det formentlig på et tidspunkt vil komme dertil, at også Danmark indfører aktiv dødshjælp i en eller anden form. Sker det, vil det i hans optik være mest konsekvent at ligestille fysisk sygdom med psykiske lidelser.

- Enten er man sindssyg, og så må man behandles mod sin vilje. Eller også er man ikke, og så har man lov at bestemme over sit eget liv. Det kan være mindst lige så slemt at være psykisk som fysisk lidende, ja måske endda værre, og på den måde kan man sige, at det er konsekvent og forståeligt, hvis ikke man opretholder en skelnen mellem de to, siger han. ●

Aktiv dødshjælp til psykisk lidende gives oftest til kvinder

De fleste personer, der modtager aktiv dødshjælp (enten som eutanasi eller som hjælp til selvmord) i forbindelse med en psykisk lidelse, er kvinder. De fleste lider af depression, nogle gange med ikke-udtømte behandlingsmuligheder, og halvdelen, især de yngre, har problemer, der relateres til personlighedsforstyrrelser.

Sådan lyder konklusionen i en videnskabelig artikel publiceret i *JAMA Psychiatry*. Den bygger på 66 tilfælde af aktiv dødshjælp til psykiatriske patienter i Holland mellem 2011 og 2014.

- 70 % var kvinder. 32 % af alle var 70 år eller ældre. 24 % var mellem 30 og 50 år gamle. De øvrige var mellem 50 og 70 år.

- I 55 % af tilfældene var den primære problemstilling depression eller depressive symptomer. 39 % havde fået elektrokonvulsiv terapi (ECT) og 11 % havde fået monoaminoxidase hæmmere (MAO-hæmmere). En enkelt patient havde fået dyb hjernestimulation - et operativt indgreb.

- Halvdelen havde nægtet at modtage mindst en form for behandling, enten på grund af manglende motivation eller på grund af frygt for bivirkninger.

- 52 % havde problemer, der relateres til personlighedsforstyrrelser. Hovedparten af disse patienter var 60 år eller yngre.

- De fleste patienter havde mere end én psykisk diagnose, og somatiske problemer, social isolation og ensomhed var også hyppige.

Kilde: Region Hovedstadens Psykiatri og Kim SYH, De Vries RG, Peteet JR et al Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry* 2016;73:362-8.