

## KRONIKKEN

## Når døden forlænges

**Dystanasi.** I Danmark diskuterer vi flittigt aktiv dødshjælp eller eutanasi, som det også kaldes. Men det er langt mere aktuelt at diskutere dystanasi, hvilket i modsætning til eutanasi betyder »den dårlige død«. Døden bliver i flere tilfælde forlænget og pinefuld, fordi behandlingen ikke stopper langt tidligere.

AF JACOB BIRKLER

Lektor, ph.d., og formand for  
Det Ethiske Råd

I det danske sundhedsvæsen redder vi liv som aldrig før. Men døden redder vi sjældent. Talrige nye behandlinger forlænger danskernes liv, men spørgsmålet om afslutning af en behandling eller et behandlingsstop får ofte lov til at stå ubesvaret. Men det er netop samtalen om den udsigtsløse behandling, der sikrer, at vi også redder døden.

Den forlængede lidelse er ofte forbundet med den livsforlængende behandling, hvor behandlingen ikke blot forlænger livet, men primært forlænger dødsprocessen. Der er for mange situationer, hvor behandling er et blindt tilbud. Handling er ikke identisk med behandling.

»Vi gør alt, hvad vi kan«, lyder det fra lægen. Det lyder betryggende. Men det bør i nogle tilfælde skabe uro og ængstelse. Hvad vi kan gøre, er ikke altid identisk med det, vi bør gøre. Vi står her ved arnestedet for langt de fleste etiske dilemmaer i det danske sundhedsvæsen i dag.

I Danmark diskuterer vi flittigt aktiv dødshjælp eller eutanasi, som det også kaldes. Men det er langt mere aktuelt at diskutere dystanasi, hvilket i modsætning til eutanasi betyder »den dårlige død«. Døden bliver i flere tilfælde forlænget og pinefuld, fordi behandlingen ikke stopper langt tidligere. Det er i disse situationer, at vi nærmest avler på dilemmaet om aktiv dødshjælp.

I de seneste år har vi mangedoblet milliarderne til dyr medicin og behandling af døende. Men alt for ofte glemmer vi, at det at tage udgangspunkt i patienten ikke altid handler om at gøre noget, men også om at være noget, for eksempel at være til stede i samtalen med patienten om den bedste hjælp i den sidste tid. En samtale som med fordel kan begynde hos egen læge flere år tidligere.

Der kan være situationer, hvor vi bør undlade at igangsætte en (ny) behandling eller stoppe en allerede igangsat behandling. Men netop fordi mulighederne for behandling er steget eksplosivt gennem de seneste årtier, aktualiseres spørgsmålet om behandling og behandlingsstop i den kliniske praksis.

Vi kan i nogen grad skabe klarhed om, hvorvidt et menneske er dødt, men det er langt mere vanskeligt at skabe klarhed over, om det er i live. Det spørgsmål indbefatter vores meget forskellige livssyn og eksistentielle overvejelser.

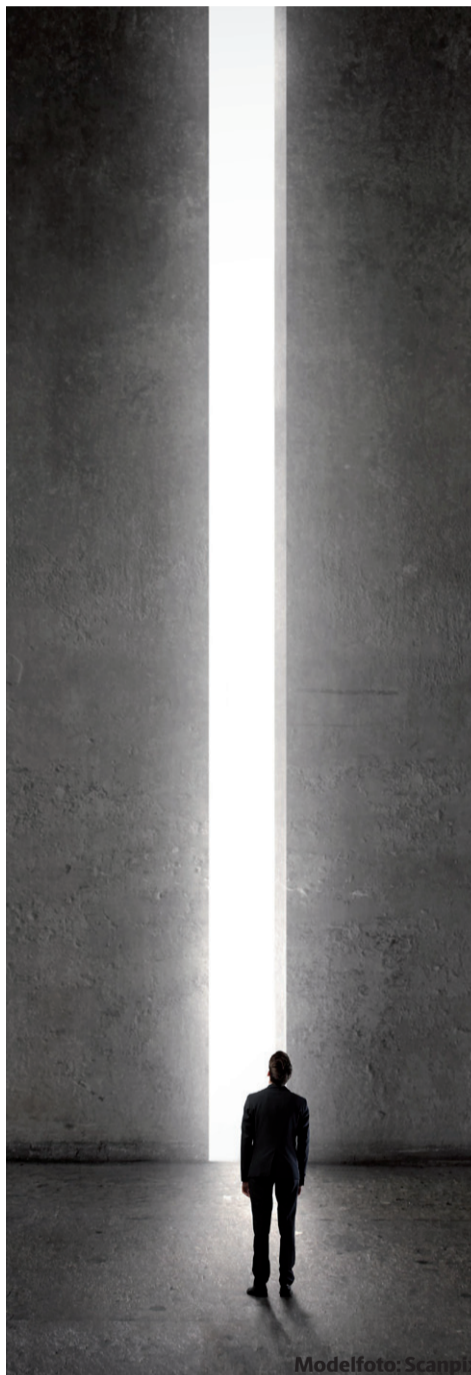
En person, som er inhabil eller ligger ikke-kontaktbar, eksempelvis pga. svær demens, er således biologisk set i live, men om mennesket »lever«, er et mere komplekst spørgsmål. Svaret er betinget af faglige samt især kulturelle og religiøse forhold. Ikke desto mindre kan man fremhæve nogle forhold, som vurderingen af udsigtsløs behandling kan foregå ud fra.

Typisk kan der fokuseres på livslængde. De fleste kender udtrykket »hun fik tre gode måneder«. Livslængden er oplagt at gribe til, fordi livslængden er en kvantitativ størrelse, som vi let kan forholde os til. Desuden kan vi ofte videnskabeligt afdække, hvor lang tid en person sandsynligvis har tilbage at leve i.

Men vi glemmer meget let, at en lang række andre parametre spiller en rolle, når patientens udsigt skal vurderes. Parametre, som i langt højere grad er betinget af patientens egen vurdering og udsigt. For nogle patienter kan tre måneder således være en forløsning, mens det for andre er en forbandelse. Her tales der om det mere kvalitative livsindhold, som livslængden kan afstedkomme.

Livslængden vil ofte lægge op til at nå noget, mens et fokus på indholdet vil lægge op til at være eller leve noget i den tid, der er tilbage. Livsindholdet vil mere konkret være betinget af patientens fysiske såvel som psykiske situation (f.eks. smerter, depression etc.), men også af sociale og familiære forhold.

Foruden livslængde og livsindhold kan vi medtænke livsmening og livshåb, som selvsagt kan betinges af livslængde og livsindhold. Den livsforlængende behandling kan give mening, men også være meningsløs, hvilket kun kan afstemmes i hver



Modelfoto: Scanpix



Som kulisse er døden ikke en begivenhed i livet, men en uløselig del af livet. Lad os derfor leve med og tale om døden og ikke blot forlænge dødsprocessen, når livet rinder ud.

enkelt situation. Det kan således være meningsfuldt at behandle, selvom udsigten er dystre, men også meningsløst at behandle, selvom udsigten er god.

Udfordringen består her i at afstemme »mening« med patienten, hvilket i sig selv kan skabe et dilemma. Det skyldes, at det, som er meningsfuldt fra lægens faglige synspunkt, ikke nødvendigvis giver mening fra patientens perspektiv og vice versa. Eksempelvis kan lægen fokusere på målet, hvor patienten fokuserer på midlet og dermed på de mange bivirkninger og risici, som en behandling kan afstedkomme.

Kort sagt kan udsigten være et fokus på det, som er langt væk, eller det, som er tæt på. Desuden kan man let glemme, at noget kan give mening, selvom det virker udsigtsløst. Det svarer i nogen grad til at holde jul, selv om man ikke tror på Gud. Vejen til mening kan være uransagelig.

Hvad angår meningen og det meningsløse er det således ikke et spørgsmål om forklaring, men om forståelse. Forståelse for den mening, der knytter sig til patientens ønske om eller fravalg af behandling. Det afgørende er derfor selve intentionen om at ville afstemme denne mening med patienten. Dette kræver tilstedeværelse, indlevelse og indføling fra personalets side.

Patientens ønske om valg eller fravalg af behandling kan være forbundet med eksempelvis grundlæggende behov, livsudfoldelse og livstilfredsstillelse eller mangel på samme. I modsætning til livslængde er disse faktorer ofte stærkt subjektive og dermed vanskelige at generalisere ud fra. Behov kan selvfølgelig grupperes, klassificeres og hierarkiseres. Men nogle vil eksempelvis vægte behovet for at spise langt mindre set i forhold til det at have nogle at spise med osv. Livstilfredsstillelse er endnu mere vanskeligt at få greb om, medmindre man tilgår den enkelte patient gennem et ønske om at ville forstå.

Livstilfredshed er filosofisk set en måde at indstille sig på, hvor livskvalitet afhænger af øjnene, der ser. For nogle patienter kan forligheden være af stor betydning, hvor det for andre kan have stor værdi blot at kunne bibeholde få sanser. For nogle patienter skal der udrettes noget, hvor det for andre skal opleves noget. For nogle drejer det sig om at få noget, hvor det for andre drejer sig om at give noget. For nogle kan en behandling stille tilfreds, hvor det for andre drejer sig om at være tilfreds.

Livsudfoldelse kan derimod angå det, som skal nås i livet, hvilket kan hænge sammen med livslængden. Men her kan der let projiceres ønsker over på patienten. Livsudfoldelse handler om at aktualisere et potentiale. Lykke er, når det lykkes, hvilket ikke altid sker. Men meget kan lykkes for den døende, som umiddelbart er skjult for andre, hvilket kan være små hverdagsbegivenheder. Begivenheder som patienten ser, og vi andre overser.

Men dystanasi handler ikke kun om lægens samtale med patienten. Det handler også om vores forhold til døden mere generelt. Døden i sig selv er ikke alvorlig, men det er til gengæld vores forhold til døden. Vi kan forholde os til døden med livet i horisonten, men vi kan også forholde os til livet med døden i horisonten. Døden kommer til os alle og angår os alle, som livets evige og uforanderlige kulisse. Som kulisse er døden ikke en begivenhed i livet, men en uløselig del af livet. Lad os derfor leve med og tale om døden og ikke blot forlænge dødsprocessen, når livet rinder ud.