



Tema: Aktiv dødshjælp lederen og side 6-9



Frank Stephens:
Mit liv
er værd at leve
side 5



Jérôme Lejeune

Respekt for Menneskeliv (RFM) er en uafhængig dansk Pro-Life-organisation, som arbejder på grundlag af Lejeune-erklæringen.

Den franske læge og genetiker Jérôme Lejeune (1926–1994) var en af det 20. århundredes betydeligste biologiske forskere og modtog i 1962 Kennedy-prisen. Han var professor i fundamental genetik ved René Descartes Universitetet i Paris og medlem af Det pavelige Videnskaberne Akademi. I slutningen af 1950'erne

opdagede han det ekstra kromosom (trisomi 21), som forårsager Downs syndrom. Han var dermed den første genetiker, der identificerede en arveligt bestemt sygdom.

Lejeune var gennem hele sin karriere en utrættelig og frygtløs fortaler for livets sag. Som kristen læge og forsker fastholdt han, at ethvert menneskeliv – fra befrugtningsøjeblikket til en naturlig død – har krav på ubetinget respekt og således aldrig må gøres til et middel eller til et forsøgsobjekt.

Lejeune-erklæringen

Fra befrugtningsøjeblikket, dvs. det tidligste øjeblik af biologisk eksistens,
er barnet et menneske, et selvstændigt individ,
genetisk forskelligt fra moderen, som giver det næring og beskyttelse.
Fra befrugtningsøjeblikket og resten af dets liv er det det samme levende menneske,
som vokser, udvikler sig, modnes og til slut dør.
Det er i besiddelse af egenskaber, som gør det forskelligt fra alle andre mennesker.
Det er unikt og derfor uerstatteligt.
Det er lægens opgave at tjene livet fra dets begyndelse til dets afslutning.
Den respekt for menneskelivet, som er grundlaget for lægens arbejde, kan således aldrig
gøres betinget af patientens alder eller tilstand i øvrigt.
Foreligger der vanskelige omstændigheder i forbindelse med en graviditet,
er det lægens pligt at gøre sit yderste for at hjælpe både mor og barn.
Det strider derfor direkte mod en læges opgave at afbryde et svangerskab
i den hensigt at ville afhjælpe sociale, økonomiske, psykologiske eller genetiske problemer.

RFM holder liv i debatten

Vi forsøger til stadighed at skabe opmærksomhed om alle områder, hvor respekten for menneskelivet er helt eller delvist undergravet. Derfor beskæftiger vi os ikke alene med abortproblematikken, men også med emner som aktiv dødshjælp, reproduktionsteknologi, genteknologi og befolkningspolitik.

RFM rådgiver

Vi har oprettet en gratis rådgivningstjeneste for gravide. Er du i tvivl, om du magter at gennemføre svangerskabet, eller har du problemer efter en abort – så ring til sekretariatet (5576 7652), hvis du vil have en personlig samtale, eller send os en mail: info@rfm.dk

RFM informerer

Foruden dette blad udsender RFM gratis informations- og undervisningsmaterialer, som du kan bestille på sekretariatet. Nogle af dem kan downloades fra vores hjemmeside www.rfm.dk Vi kommer gerne ud på skoler, i foreninger og menigheder med aktuelle debatoplæg og foredrag.

Respekt for Menneskeliv

Lundby Hovedgade 104, 4750 Lundby

cvr.nr.: 29685487 • tlf.: 5576 7652 • E-mail: info@rfm.dk

Ved indbetaling af frivillige bidrag til RFM via netbank: FI-nummer (73) 85891774 – eller: reg. nr. 9218 konto 2073074765

RFM nyt
38. årgang nr. 3

ISSN 0906-4605 (trykt udgave)
ISSN 2246-4034 (net-udgave)

Bladet udkommer
tre gange årligt og sendes gratis
til alle tilsluttede.
Årligt mindstebidrag 150 kr.
For familier 200 kr.

Redaktion

Torben Riis
ansvarshavende

Redaktion og
blad ekspedition
Lundby Hovedgade 104
4750 Lundby
tlf 5576 7652
info@rfm.dk

Anvendelse af artikler
fra bladet er tilladt
med kildeangivelse

Tryk:
CoolGray

Derfor siger vi nej til aktiv dødshjælp



I dette nr. af bladet bringer vi ikke mindre end fire sider om aktiv dødshjælp – et emne, som vi ellers ikke har forsømt at skrive om i den sidste tid. Det har vi valgt at gøre, fordi vi mener, at der i den aktuelle situation er et klart behov for at forklare, *hvorfor* det vil være en katastrofe at slække på den gældende lovgivning på området.

Det, vi gør på disse fire sider, er derfor at fremlægge og forklare vores synspunkt og samtidig tilbagevise de argumenter, der til stadighed fremføres i debatten af tilhængerne af henholdsvis aktiv dødshjælp og assisteret selvmord – argumenter, der for en stor del bygger på et faktisk svagt eller direkte fejlagtigt grundlag.

Et typisk overtalelsestrick består således i at markedsføre aktiv dødshjælp som en ret til selvbestemmelse og større personlig frihed. Vi argumenterer derimod for, at en legalisering i sidste ende vil berøve os både selvbestemmelse og menneskelig værdighed ved at lægge alt i "systemets" hænder.

Den kampagne, der føres i øjeblikket, og som er blevet intensiveret i de senere år, bygger hovedsageligt på *casestories*, som dels skal bringe os et falsk indtryk af, at vi står over for et presserende problem, dels appellerer til følelser og meget lidt til forstanden.

Vi genkender med en let gysen denne strategi fra 1960'ernes og 1970'ernes abortkampagner, hvor luften svirrede med eksempelvis vilde overdrivelser af antallet af illegale aborter og deres gruopvækkende konsekvenser og foregøglede os en lys fremtid med harmoniske forældre sammen med deres ønskebørn.

Dengang ville man "hjælpe" gravide kvinder ved at slå deres børn ihjel. Nu vil man "hjælpe" demente, psykiatriske patienter og sygdomsramte i alle aldre af med livet. Og ganske som dengang er opskriften, at vi ikke skal hjælpe patienten ved at angribe sygdommen, men angribe sygdommen ved at slå patienten ihjel.

Torben Riis

Planned Parenthood dræbte over 1 million ufødte børn i hele verden i 2016

International Planned Parenthood (IPPF) satte i 2016 en sørgelig rekord, da organisationen for første gang i sin historie passerede 1 million provokerede aborter på et enkelt år.

Helt præcist blev 1.094.679 ufødte børn nægtet adgang til denne verden. Dette tal er hentet fra IPPF's årsrapport for 2016.

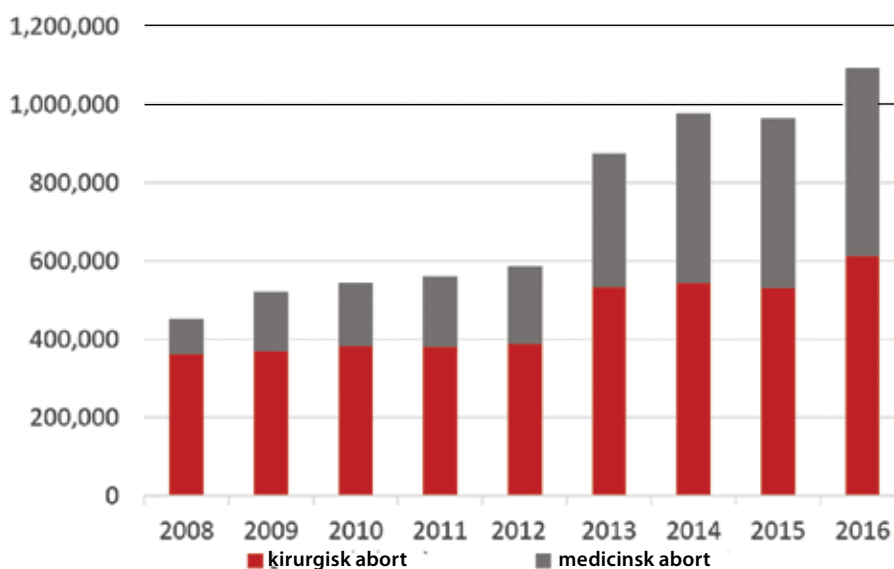
Til IPPF er knyttet 142 medlemsorganisationer – herunder "Sex og Samfund" i Danmark, som på sin hjemmeside oplyser følgende: "Sex & Samfund er en del af IPPF, verdens største NGO-føderation inden for seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder. Sex & Samfunds strategi hænger tæt sammen med IPPF's strategi 2016-2022."

Sex og Samfund havde i 2016 en bruttoindtægt på i alt 48.536.761 kr. Men hvor kom pengene fra?

Først og fremmest fra Sundhedsstyrelsen og fra regioner og kommuner, som bidrog med 19,9 mio. kr. Dernæst fra DANIDA, som støttede det internationale program med 11,7 mio. kr. – i alt 31,6 mio. kr., som du og alle andre skatteydere får lov at betale.

Og glem i denne sammenhæng ikke, at vi allesammen i år får en ekstraregning fra Ulla Tørnæs på 75 mio. kr., fordi den "onde" Donald Trump med genindførelsen af Mexico City-politikken har smækket kassen i over for organisationer, der støtter abort – eller som det hedder i FN-jargonen: "seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder".

**Antal aborter udført af
International Planned Parenthood Federation (IPPF)
2008-2016¹**



¹ Antal aborter indberettet af IPPF's 134 medlemsorganisationer

Kilde: IPPF's årlige aktivitetsrapporter 2008-2009; 2012-2013; 2014-2015; 2016

Og som om det ikke kunne være nok, har ministeren indgået en ny aftale, de såkaldt "strategiske partnerskaber", med blandt andre Sex og Samfund, som i 2018 bliver betænkt med 17 mio. og fra 2019 med 20 mio. skattekroner.

Men tilbage til IPPF, som hvert år hælder millioner af dollars i medlemsorganisationernes og andre lige-sindede gruppers kasser. I 2016 beløb det sig til ikke mindre end 68 mio. dollars. Heraf er 2,6 mio. ifølge IPPF's egne oplysninger havnet hos danske organisationer.

Ud over at tjene penge på aborter gøder IPPF rundt omkring i verden

jordbunden for abort med såkaldt seksualundervisning, samtidig med at man på den politiske front arbejder benhårdt på at få fjernet enhver form for begrænsninger af "retten" til abort. Siden 2005 har IPPF således efter eget udsagn fået gennemtruffet 950 ændringer i diverse landes abortlove og -retningslinjer.

Som et eksempel herpå lykkedes det i 2016 IPPF's filial i den sydamerikanske stat Guyana at få ændret abortloven, således at medicinske aborter nu kan foretages af apotekere, jordemødre, sygeplejersker og andet ikke lægeligt uddannet personale. Det resulterede umiddelbart i en fordobling af antallet af medicinske aborter. Samtidig

steg antallet af abortrelaterede lidelser med 68 pct.

En kampagne iværksat af den hollandske regering under devisen "She decides" som en reaktion på USA's nye Pro Life-linje blev helt forventeligt støttet af lande som Danmark, Norge, Sverige, Belgien, Storbritannien og Canada.

Den svenske styrelse for internationalt samarbejde (Sida), der er underlagt det svenske udenrigsministerium, gik så vidt som til at beslutte, at man ikke vil yde støtte til organisationer, der vælger at rette sig efter USA's Mexico City-politik. □

Frank Stephens: Mit liv er værd at leve



FRANK STEPHENS, amerikansk skuespiller, manuskriptforfatter og foredragsholder – og så er han forresten født med Downs syndrom – holdt for nylig en tale i den amerikanske Kongres, hvor han opfordrede politikerne til at bevilge flere penge til forskningen i behandling af mennesker med Downs syndrom.

"Det er den vej, man skal gå," sagde han, "i stedet for at gribe til fosterdiagnostik og efterfølgende abort under foregivende af, at det er den bedste måde at løse problemet på."

"Jeg er en mand, der bærer det ekstra kromosom trisomi 21, og mit liv er værd at leve. Til dem som tvivler på det, vil jeg sige 3 ting:

- 1) Vi er en gave til forskningen i kræft, Alzheimers og forstyrrelser i immunsystemet.
- 2) Vi er en uudtømmelig kilde til glæde. Et Harvard-studie har vist, at familier med et barn med trisomi 21 er lykkeligere end andre familier.
- 3) Og endelig giver vi folk anledning til at overveje det moralske forsvarlige i at opdele mennesker i dem, der har eller ikke har ret til at leve."

Du kan læse mere om Frank Stephens på:
<https://www.globaldownsyndrome.org/qa-with-john-franklin-stephens/>

Efter at have mindet om det stigende antal aborter på ufødte børn med trisomi 21 tilføjede han: "**Lad os opføre os som amerikanere, ikke som islændinge eller danskere.** Lad os prøve at finde svar, ikke "endelige løsninger". Lad os være værdige til vores land."

Derfor siger vi NEJ til aktiv dødshjælp



Først ser vi på de to mest almindelige argumenter for at lovliggøre aktiv dødshjælp

1 Et af de argumenter, man hører oftest, er, hvad vi kunne kalde "selvbestemmelses-argumentet", som f.eks kan udtrykkes på denne måde:
"Det er mit liv, det drejer sig om. Så må jeg også have ret til selv at bestemme, hvornår jeg vil herfra."

SVAR: Det lyder umiddelbart besnærende, men det er bare ikke det, diskussionen drejer sig om. Det, du forlanger, er nemlig, at aktiv dødshjælp skal være et "tilbud" på landets hospitaler, hos den praktiserende læge eller på særlige klinikker. Og det vil helt konkret sige, at sundhedspersonalet skal involveres i dit selvmord – både fysisk og moralsk.

Så det er altså ikke kun et spørgsmål om, hvad *du* vil, men nok så meget om, hvad du vil pålægge *andre* at gøre. Og hvem siger, at du har ret til det?

Argumentet forekommer også i denne version:
"Det kan ikke være meningen, at staten skal forbyde aktiv dødshjælp og på den måde bestemme over mit liv."

SVAR: Som lovgivningen er nu, bestemmer staten ikke over dit liv. Den blander sig ikke i, om du har i sinde at begå selvmord (selv om den skal rydde op efter dig, hvis du f.eks. springer ud foran et tog). Du har også som patient lov til at nægte at modtage behandling, selv om du har en livstruende sygdom. Og du kan frabede dig genoplivning ved hjertestop såvel som såkaldt livsforlængende behandling.

Svaret er derfor stadig, at du forlanger en service, som andre skal levere. Hvem siger, at de har lyst til det?

2 Lige så almindeligt er "smertehelvedes-argumentet":
"Jeg vil ikke udsættes for at skulle ligge hjælpeløs i en hospitalsseng med ulidelige smerter. Jeg vil dø en værdig død."

SVAR: Det er lægens pligt at lindre smerter, og det betyder, at man som patient har krav på at få en ordentlig behandling og pleje. I de senere år er der sket mærkbare fremskridt med hensyn til lægernes mulighed for at holde patienter smertefri, samtidig med at der er uddannet et stigende antal læger med speciale i "palliativ (smertelindrende) medicin." Derfor er der i dag ingen uhelbredeligt syge, der behøver at tilbringe den sidste tid af deres liv i smerter.

Se også under punkt 5.

Ifølge den gældende lovgivning er det tilladt at smertebehandle med f.eks. morfin, selv om det medfører, at man derved forkorter patientens liv. Det vil sige, at lægen holder sig inden for lovens rammer, så længe der kun gives netop den dosis, som er nødvendig for at holde patienten smertefri. Enhver overskridelse er derimod et brud på loven – og en krænkelse af patientens ret til en naturlig død.

En værdig død består således både i at få en professionel og korrekt behandling, men også i, at man ikke i sine sidste levedage skal føle sig ensom, overflødig eller ligefrem til ulejlighed, men tværtimod kunne mærke, at man er værdsat og respekteret både af sundhedspersonalet og – sidst men ikke mindst – af sine nærmeste.

**Dernæst ser vi på de mulige følger af at
lovliggøre aktiv dødshjælp.
Vi svarer med andre ord på indvendingen:
"Hvad skulle der egentlig ske ved at tillade det?
Hvis man er modstander af aktiv dødshjælp, kan man jo bare lade være med
selv at vælge den løsning."**

3 SVAR: Det er langt fra så enkelt, som det ser ud til. Hvad hvis man f.eks. er dement og derfor ikke i stand til at tage stilling til spørgsmålet? Er det så de pårørende eller lægen, der skal træffe beslutningen? Eller hvad hvis man ligger i koma? Eller hvad hvis man er et barn på 8 år, som er indlagt på en kræftafdeling uden udsigt til helbredelse? Så er det forældrene og lægen, men i hvert fald ikke barnet, der træffer beslutningen. Eller hvad hvis man er psykisk syg og derfor ikke i stand til at tage vare på sig selv? Er man så i stand til at træffe den slags uigenkaldelige beslutninger?

Problemet er imidlertid ikke blot, *hvem* der træffer beslutningen, men også *på hvilket grundlag* den træffes. Systemet er med andre ord nødt til at vedtage, hvilke betingelser der skal være opfyldt for, at man som patient kan komme i betragtning til denne "service".

Ser vi på erfaringerne fra de lande, f.eks. Holland og Belgien, som har legaliseret aktiv dødshjælp, forudsatte man til at begynde med, at tilbudet kun skulle omfatte såkaldt terminale patienter, dvs. patienter, som man forventer vil dø inden for en overskuelig fremtid. Det gjorde man blandt andet for at fjerne risikoen for at aflive en patient, som måske på et senere tidspunkt bliver rask eller blot får det mærkbart bedre og derfor ikke længere oplever sin situation som utålelig.

Men dette forbehold har i praksis vist sig ikke at kunne opretholdes i det lange løb. For før eller senere dukker spørgsmålet op: Hvorfor er det kun de terminale patienter, der skal tilgodeses? Hvorfor ikke også dem, som f.eks. lider af en smertefuld kronisk sygdom og ikke føler, at de kan udholde deres tilværelse længere?

Og i tillæg til dette kunne man spørge: Hvorfor taler vi kun om patienter med fysiske smerter? Er det ikke mindst lige så belastende at lide under depressioner eller blot føle, at ens liv er tomt og meningsløst?

Med andre ord, *lidelse* er et elastisk begreb, og spørgsmålet om, hvorvidt en given lidelse er uudholdelig, kan strengt taget kun besvares af den lidende selv. Accepterer vi det, bliver det vanskeligt for ikke at sig umuligt at opstille objektive kriterier for, hvem der skal have adgang til aktiv dødshjælp.

Erfaringerne fra både Holland og Belgien viser da også, at man i årenes løb har måttet bøje sig for argumenter som disse og slække på kravene, således at aktiv dødshjælp nu også tilbydes psykiatriske patienter og demente. I Holland blev aktiv dødshjælp til børn lovliggjort allerede i 2004, i Belgien i 2014.

Det har betydet, at antallet af dødsfald ved aktiv dødshjælp i begge lande har været støt stigende i takt med, at forbeholdene er smuldret bort. I Holland er antallet således tredoblet inden for de seneste 10 år. Størst har stigningen været blandt demente og psykisk syge.

Men hvad siger tilhængerne af aktiv dødshjælp her i Danmark til erfaringerne fra Holland og Belgien?

4

De siger f.eks.: Vi skal netop lære af erfaringerne fra Holland og Belgien, for at vi kan sikre os mod eventuelle utilsigtede konsekvenser af en lovliggørelse af aktiv dødshjælp. Det gør vi for det første ved at præcisere i loven, hvilke betingelser der skal være opfyldt for at udføre indgrebet, og dernæst ved løbende at kontrollere, at bestemmelserne overholdes til punkt og prikke.

SVAR: Det var præcis, hvad man i sin tid sagde og efterfølgende forsøgte at føre ud i livet i Holland og Belgien. Ikke desto mindre er situationen i dag reelt ude af kontrol i begge disse lande. I Belgien har undersøgelser således vist, at ca. 32 pct. af dødsfaldene som følge af aktiv dødshjælp sker, uden at patienten har anmodet om det, og at over halvdelen af tilfældene ikke bliver indberettet. I Holland har myndighederne i en såkaldt meta-analytisk undersøgelse anslået, at 23 pct. i 2010 aldrig blev registreret.

Men hvorfor skulle det samme ske her? Hvem siger, at vi ikke kan styre udviklingen ved at holde området under konstant observation?

SVAR: Omvendt kunne man spørge: Hvorfor skulle vi kunne gøre, hvad hollænderne og belgierne ikke har formået? Begge disse lande er moderne europæiske samfund, som vi på mange måder kan sammenligne os med.

Men som allerede antydnet under punkt 3 er den grundlæggende årsag til, at situationen er kommet ud af kontrol, at man fra præcis det øjeblik, man "afkriminaliserer" en sådan handling, kommer i bekneb for argumenter for at begrænse adgangen til aktiv dødshjælp. Når man rækker fanden en lillefinger, tager han som bekendt hele hånden. Det vil sige man giver startskuddet til en udvikling, der herefter følger sin egen logik.

Konkret sker der det, at man vedtager en lov, som åbner døren på klem for at aflive patienter. Men hermed overskrider man en principiel grænse, som uundgåeligt fører til, at selve handlingen ændrer karakter i flertallets øjne.

Så længe der består et forbud mod at aflive patienter, betragter vi en overtrædelse af dette forbud som et drab på linje med ethvert andet drab, altså som en forbrydelse. Men i det øjeblik, vi som samfund anerkender, at et drab kan være en acceptabel løsning, når blot der er "gode grunde" til det, opstår der en ny situation, hvor opmærksomheden ikke længere retter sig mod drabet, men mod omstændighederne.

Det, vi nu spørger ind til, er, om lægen til punkt og prikke har fulgt alle de bestemmelser, loven foreskriver. Huskede han eller hun at udfylde alle formularer, at konsultere en eller flere kolleger, at sikre sig, at patienten i tiden op til indgrebet fastholdt ønsket om at dø osv. osv.?

Og lad os så antage, at lægen i et givet tilfælde "glemmer" et eller flere af disse punkter. Hvilke konsekvenser kan det så få for lægen? Formentlig ikke andet end en tjenstlig påtale – af den simple grund, at selve handlingen ikke længere betragtes som en forbrydelse. I stedet har vi blot at gøre med en sag, hvor der foreligger en eller anden form for lægesjusk, som selvfølgelig bør påtales, men så heller ikke mere. Dels fordi det jo er menneskeligt at fejle, men også fordi der nu er en grundlæggende enighed om, at aktiv dødshjælp er en barmhjertig og nyttig handling, som lægen formentlig har udført *i den bedste mening*, dvs. ud fra en vurdering af, at det til syvende og sidst er i patientens bedste interesse at forlade denne verden.

I Holland har psykiateren Boudewijn Chabot, som er en af pionererne bag loven om aktiv dødshjælp, udtrykt bekymring for, at "garantierne" lige så stille er ved at smuldre bort. Det gælder især kravet om, at der skal være tale om en uudholdelig lidelse uden håb om bedring, og at der ikke må foreligge noget rimeligt alternativ til aktiv dødshjælp.

Læg hertil, at der som allerede nævnt hvert år forekommer et foruroligende stort antal ikke registrerede, dvs. illegale drab på patienter. Men hvorfor nu det, når det rent faktisk er tilladt? Fordi administration af enhver art tager tid og koster penge.

Hvis lægen står med et tilfælde, hvor både han/hun og/eller de pårørende og for den sags skyld også patienten er enige om, hvad der skal ske, vil fristelsen derfor være til stede til at springe papirarbejdet over og

En stor del af den debat, der foregår, tager afsæt i en falsk præmis om, at vi står over for et valg mellem at efterlade patienter i lidelse eller at lovliggøre aktiv dødshjælp.

blot indberette dødsfaldet som et hjertetilfælde. Dermed bortfalder også risikoen for ubehageligheder, hvis man skulle have glemt en administrativ detalje eller to.

Kan man kontrollere sig ud af den slags problemer? Det er der ikke meget, der tyder på. Det ville i princippet kræve, at der var lige så mange "kontrollanter" som sundhedspersonale. Man kan sammenligne med de muligheder, man har i dag for at opnå erstatning efter lægesjuk. De giver ikke anledning til optimisme. Forudsætningen for, at der overhovedet kan rejses en sag, er naturligvis, at nogen får en begrundet mistanke om, at reglerne ikke er blevet fulgt, og – ikke mindst – at de er motiveret for at følge op på sagen. Det kan man langt fra tage for givet. Og under alle omstændigheder vil bevisbyrden være vanskelig at løfte.

Det fører så frem til spørgsmålet:

5 Hvorfor er et overvældende flertal af læger og andet sundhedspersonale modstandere af aktiv dødshjælp?

SVAR: Det er der flere grunde til. Først og fremmest at de har valgt deres profession ud fra et ønske om at helbrede mennesker og derfor grundlæggende ikke ser det som deres opgave at slå deres patienter ihjel.

Dernæst fordi de – til forskel fra de mange, der lader sig forføre af mediernes ofte ensidige og overfladiske behandling af emnet – i kraft af deres faglige viden og erfaring med patienter bedre er i stand til at overskue både de øjeblikkelige og de langsigtede konsekvenser af en lovændring.

Formanden for lægeforeningen, Andreas Rudkjøbing, har således i "Ugeskrift for læger" (3. marts 2017) advaret mod "en forsimplet diskussion af aktiv dødshjælp". "En stor del af den debat, der foregår," har han blandt andet sagt, "tager afsæt i en falsk præmis om, at vi står over for et valg mellem at efterlade patienter i lidelse eller at lovliggøre aktiv dødshjælp. Det er givet en del af forklaringen på, at der er en udbredt folkelig opbakning til aktiv dødshjælp. Men det er ikke desto mindre forkert."

Andreas Rudkjøbing understreger endvidere, "at legalisering af aktiv dødshjælp er en glidebane. I Holland vokser antallet af mennesker, der dør på denne måde. Nu kan man også "blive hjulpet", selv om man ikke er uafvendeligt døende. Det gælder ældre mennesker med demens og patienter med psykisk sygdom. I Belgien kan børn få aktiv dødshjælp. Vi taler om mennesker i meget sårbare situationer. Hvem bliver de næste? Her er perspektiver, som jeg ikke har lyst til at tænke til ende."

Og til Kristeligt Dagblad sagde han den 3. juni i år: "Selv om man prøver at indsnævre en gruppe mennesker med stor lidelse og kun give dem adgang til aktiv dødshjælp, så er det svært at fastholde, at andre grupper ikke har et ligeså lidelsesfuldt liv og derfor ikke også skal have adgang. Det er erfaringen fra Holland og Belgien: Når man først har anerkendt én gruppes ret til at blive slået ihjel, så er det umuligt at fastholde, at andre grupper ikke skal have samme ret."

Og til slut: Hvad vil der ske med det tillidsfulde forhold mellem læge og patient?

SVAR: I den offentlige debat har mange peget på risikoen for, at en lovliggørelse af aktiv dødshjælp i bund og grund vil ændre forholdet mellem læge og patient. Hvor man i dag kan være sikker på, at lægen udelukkende ser det som sin opgave at hjælpe patienten, vil situationen være en anden i det øjeblik, aktiv dødshjælp bliver et af sundhedssystemets tilbud til patienterne.

Alene det, at et sådant tilbud eksisterer, og at personalet i givet fald er nødt til at informere patienten om det, indebærer en klar risiko for, at den enkelte vil kunne føle en sådan "orientering" som et vink fra personalet om, at det måske var noget, man selv burde overveje. Det vil især kunne udgøre et problem for de svageste patienter, som ikke har overskud til at stå fast på deres ret til at dø en naturlig død.



Tidligere abortlæge: Jeg er en massemorder

USA: 170 republikanere fremsatte for nylig et lovforslag i Kongressen, der skal forbyde aborter på ufødte børn fra det øjeblik, de har et hjerte, der slår. Det er et meget vidtgående forslag, fordi det i givet fald vil sætte en stopper for alle aborter efter 6 uger fra undfangelsen.

Forslaget ligger i øjeblikket hos en kongreskomité, der løbende indkalder eksperter for at få belyst specifikke problemer.

En af disse eksperter, Kathi Aultman, som er gynækolog og et valgt medlem af Det amerikanske Selskab for Gynækologi og Obstetrik (ACOG), vakte den 2. november i år behørig opsigt, da hun præsenterede sig for komiteen med ordene: "Jeg er en massemorder."

Hermed hentydede hun til, at hun tidligere i sin karriere rutinemæssigt har udført adskillige provokerede aborter – indtil det gik op for hende, at det lægefagligt er inkonsekvent og menneskeligt talt nedbrydende at dræbe ufødte børn.

I dag er hun pro-life.

Til kongreskomiteen sagde hun blandt andet:

"Jeg tror ikke, en kvinde kan undgå at blive skadet efter at have slået sit barn ihjel."

"Jeg holder meget af at møde unge mennesker, som jeg har været med til at bringe til verden, men det er altid en bittersød oplevelse, fordi det minder mig om de mange, jeg aldrig kommer til at møde, fordi jeg aborterede dem."

"Vores samfund har længe ligget under for aborttilhængernes urimelige propaganda"

"Vi er holdt op med at kalde tingene ved deres rette navn for at gøre abort mere acceptabel."



40 Days for Life har reddet over 500 ufødte børn fra abort



I den hidtil største internationale kampagne, som netop er afsluttet, lykkedes det for de mange, der har bedt for de ufødte børn uden for abortklinikkerne og talt med kvinderne, at redde mindst 546 liv.

I Florida gav kampagnedeltagerne en kvinde et tilbud om en gratis ultralydsscanning af hendes ufødte barn. Hun tog imod tilbudet og valgte efter at have set barnet at beholde det.

En fattig kvinde i Nigeria, som var gravid efter en voldtægt, fik hjælp til sundhedsydelse og valgte livet, og en kvinde i Birmingham i England traf den samme beslutning blot ved at se en af kampagnedeltagerne holde et kors op for sig ved indgangen til abortklinikken.

Typiske beretninger fra kampagnen, som i år blev gennemført i bl.a. USA, Canada, England, Kroatien og mange sydamerikanske og afrikanske lande.

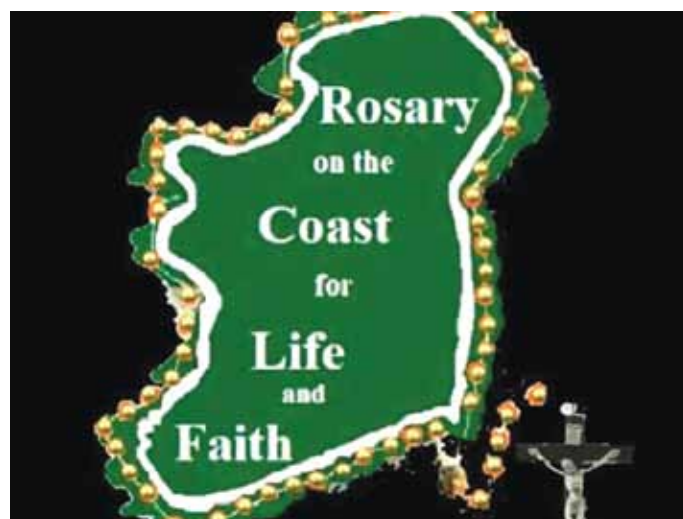
Katolikkerne i bøn før folkeafstemningen om fri abort i Irland

En relativt lille gruppe unge mennesker forbereder i øjeblikket en demonstration forud for den forventede folkeafstemning i maj eller juni 2018 om en lempelse af abortlovgivningen, der reelt vil kunne føre til fri abort.

Og det bliver ikke nogen helt almindelig demonstration. Planen går ud på at danne en kæde af mennesker langs hele Irlands kyst, der som vist på illustrationen skal bede rosenkransbønnen for at beskytte Irland mod fri abort.

Rosenkransbønnen, som begynder med ordene "Hil dig Maria", er en ældgammel Mariabøn, som kan føres helt tilbage til ørkenfædrene. Den findes i forskellige versioner, hvor man beder til Maria om hendes forbøn for et bestemt anliggende.

Anliggendet er i dette tilfælde helt konkret at afværge angrebet på det afsnit 8 i den irske forfatning, som beskytter både mor og barn med ordene: "Staten anerkender det ufødte barns ret til livet og garanterer – under hensyn til moderens tilsvarende ret til livet – i sine love at respektere og så vidt muligt forsvare og hævde denne ret."



En af arrangørerne forklarer, at initiativet til demonstrationen er taget ud fra en erkendelse af, at det dybest set drejer sig om en åndelig kamp, og at man denne gang befinder sig i en situation, hvor det er knald eller fald. Lykkes angrebet på afsnit 8, siger hun, "bliver der fri abort, om ikke med øjeblikkelig virkning, så hen ad vejen."

Demonstrationen finder sted den 26. november, hvor man håber at se titusinder af deltagere og at kunne oprette mindst 53 mødesteder – et for hvert Hil dig Maria i en hel rosenkransbøn.

**RFM's bestyrelse og redaktionen
ønsker alle vore trofaste læsere
en velsignet jul og et glædeligt nytår.**

**Vi takker på forhånd alle, som vil støtte vores arbejde
med et ekstra beløb ved årets afslutning,
men gør samtidig med beklagelse opmærksom på,
at en gave til RFM efter de nye skærpede regler
ikke længere kan trækkes fra i skat.**



Om den hippokratiske ed

Professor Jérôme Lejeune (1926-1994)

Uanset hvilken patient man står over for, er en patient en patient. Det er det, den hippokratiske ed drejer sig om.