

Aktiv dødshjelp

- eller livshjelp?

03.04.2017

Skaperkraft
TANKESMIEN

1 Innledning

I forslaget til prinsippprogram for stortingsperioden 2013-2017 ønsker Fremskrittspartiet å endre straffeloven slik at det skal være lovlig å yte aktiv dødshjelp til svært syke nordmenn som ønsker å dø.¹ Gjennom andreutkastet i sitt partiprogram ytrer Venstre at legalisering av aktiv dødshjelp skal utredes.²

I Norge er aktiv dødshjelp forbudt.

Samtiden preges av individualisme og et sterkt ønske om å ha kontroll over eget liv og død. Problematikken rundt aktiv dødshjelp reiser fundamentale etiske problemstillinger. Vi som lever i Norge bør diskutere hvilke verdier samfunnet bør bygge på og hvilke rettsregler som skal verne om enkeltmenneskets liv.³

Dette notatet vil ta for seg grunner til hvorfor mennesker ønsker å benytte seg av aktiv dødshjelp, faresignaler knyttet til disse og forslag til hvordan vi som samfunn kan møte disse menneskenes behov med andre alternativ. Til slutt følger noen politiske anbefalinger.

Notatet er skrevet av Andrea Oterhals Storhaug, Celina-Therese Mørch Honningsvåg og Ingrid Vatnar Olsen.

¹ <http://www.e-pages.dk/frp/134/html5/>, side 136 (2013)

² https://www.venstre.no/assets/Venstres_stortingsvalgprogram_2017-2021_andreutkast_v1.pdf, s.128 (2015)

³ <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18975/10571.pdf?sequence=1>, side 1 (2013)

2 Definisjoner

Denne omfattende debatten har vært preget av upresise og tvetydige begreper. Vi ser det derfor nødvendig å rydde opp i begrepene slik at alle parter kan gjøre seg forstått med hva som omtales.⁴

Eutanasi er en leges tilsktede drap på en person ved å injisere medikamenter, på personens frivillige og kompetente forespørsel.

Legeassistert selvmord er en leges intenderte hjelp til en person i dennes selvmord, ved å skaffe til veie medikamenter som personen kan innta selv, på personens frivillige og kompetente forespørsel.

Aktiv dødshjelp brukes i dette notatet som en samlebetegnelse på eutanasi og legeassistert selvmord. Vi anbefaler parter som tar del i debatten å benytte seg av denne definisjonen.

Behandlingsbegrensning er å avslutte, eller unnlate å starte opp, potensielt livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende.

Lindrende sedering er medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået, på en skala mot koma, for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på en annen måte. Behandlingen er svært inngripende og anses dersom som viste utvei.

Palliativ behandling. Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med sykdom som ikke kan kureres, og med kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerte og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende.

⁴ Morten Magelssen, Menneskeverden i klinikk og politikk (2013), side 113-114

3 Aktiv dødshjelp i inn- og utland

3.1 Lover og holdninger I Norge

I Norge er aktiv dødshjelp en ulovlig praksis. Dette bygger på straffeloven § 275 som fastslår at drap av en annen straffes med fengsel, og §276, som setter straff for drap av samtykkende (dvs. eutanasi). § 277 gir forbud mot medvirkning til selvmord. Aktiv dødshjelp er derfor i likhet med drap forbudt, men straffen kan bli mildere og settes under minstestrafen "dersom noen av medlidenhet dreper en person som er dødssyk, eller som av andre grunner er nær ved å dø", som skrevet i §278.⁵

Profesjonsetiske regler forbyr også aktiv dødshjelp, især legeforeningens etiske regler for leger, hvor §5 gir et forbud mot aktiv dødshjelp.⁶ I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det i §2.11: Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp og hjelper ikke pasienten til selvmord.⁷

Farmasøytens etiske råd har klargjort at det å bidra til assistert selvmord strider mot farmasiens mål, som er å fremme helse, dette forteller Morten Horn, Overlege, nevrolog og samfunnsdebattant.

Norsk helsepersonell er restriktive i sin holdning til aktiv dødshjelp. I en undersøkelse fra 2015 var 63 prosent av norske leger og 45.5 prosent av sykepleiere uenig i at aktiv dødshjelp burde bli tillatt.⁸ I følge NOBAs undersøkelsen 2015 er bildet annerledes blant befolkningen. Her er 76 prosent av befolkningen enig eller litt enig i legalisering av legeassistert selvmord for terminal sykdom, og 68 prosent for legalisering av eutanasi for terminal sykdom. 51 prosent var enig eller litt enig i at de var for legalisering aktiv dødshjelp for personer med en kronisk sykdom som ikke var døende.⁹ De siste årene har aktiv dødshjelp vært et tilløp til den offentlige debatten. Legalisering av aktiv dødshjelp har stått i FrP sitt prinsippprogrammet siden 2009. Venstre skriver i sitt partiprogram at de ønsker å "utrede muligheter for å tillate eutanasi".

3.2 Internasjonalt

Internasjonalt er aktiv dødshjelp tillatt i flere land og stater. I Belgia, Nederland og Luxembourg er både legeassistert selvmord og eutanasi lovliggjort. De amerikanske statene Oregon, Washington, Vermont, California og Colorado tillater legeassistert selvmord, men ikke eutanasi. Alle statene bygger på Oregon-modellen, hvor pasientene må ha under seks måneder forventet levetid, men de behøver ikke å være lidende.

Canada tillot aktiv dødshjelp i 2016, og deres lovgivning ligner den nederlandske. Deres legalisering av aktiv dødshjelp kommer fra Høyesterettsdommen "Carter" i 2015, som tegner rett til selvmord, om nødvendig med assistanse, som en borgerrettighet.

I Sveits er det også åpnet for en praksis med assistert selvmord. Landet har ingen klar dødshjelpslovgivning, men loven gjør det klart at det ikke er straffbart å hjelpe en som ønsker å begå selvmord, om det er uegennyttig. Der er det frivillige organisasjoner som organisere tilbudet og legger til rette for møte mellom pasient og lege, og

⁵ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

⁶ [http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/\(2015\)](http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/(2015))

⁷ <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (2016)

⁸ https://www.nrk.no/dokumentar/ny-undersokelse-overrasker_hver-fjerde-lege-er-for-aktiv-dodshjelp-1.12245367?index=2#1 (2015)

⁹ <http://sambaandet.no/wp-content/uploads/2016/04/NOBAS-rapport.pdf> (2016)

som er til stede og støtter den som benytter seg av assistert selvmord.

I Skottland og England/Wales har debatten om aktiv dødshjelp vært stor. Der ble det tidligere jobbet frem konkrete, detaljerte lovforslag som ble grundig parlamentarisk behandlet, og avvist med store flertall. Parlamentet for England og Wales avviste i 2015 legaliseringen av aktiv dødshjelp etter en lang debatt, hvor 330 parlamentsmedlemmer stemte mot lovforslaget, og 118 for.¹⁰ Her sto lovgiverne imot presset fra befolkningen om å legalisere aktiv dødshjelp. Faglige innvendinger, problemer med avgrensningen av en slik lov, den allment humanistiske omsorgen for de aller svakeste og mest sårbare, og det press de kunne bli utsatt for, var noen av grunnene til utfallet. Dette bekrefter Horn og Susanne Ward Ådlandsvik fra Menneskeverd.

3.2.1 Den nederlandske erfaringen

Nederland var en av de første ut, da de tillate eutanasi i 2002. "Når resten av verden har vært så opptatt av utviklingen i Nederland, er det fordi dette antas å kunne si noe generelt om hvordan et vestlig samfunn påvirkes av å åpne for aktiv dødshjelp skriver Morten Magelssen, lege og forsker ved Senter for medisinsk etikk, i sin bok Menneskeverd.¹¹ Det vil derfor være naturlig at Norge er opptatt av hva det "nederlandske eksperimentet" forteller oss om mulige konsekvenser av å legalisere aktiv dødshjelp. Vi vil derfor se litt nærmere på den nederlandske modellen og dens utvikling.

For å benytte seg av aktiv dødshjelp i Nederland må pasienten ha fremsatt en frivillig og veloverveid forespørsel om aktiv dødshjelp, lidelsen må være utålelig, og det må ikke være utsikter til bedring. Disse punktene må legen være enig i. Både lege og pasient må være enige om at det ikke finnes noe annet akseptabelt alternativ for pasienten annet en aktiv dødshjelp, og en annen lege må ha vurdert pasienten og bekreftet skriftlig at kriteriene er oppfylt. Er de det, har legen adgang til å hjelpe pasienten med å dø, uten å risikere straff. Pasienten trenger ikke å ha en dødelig sykdom eller ha en kort forventet levetid. Kravet er at pasienten opplever uutholdelig lidelse. Selv om det finnes god palliativ behandling, har pasienten rett til å takke nei til dette og heller benytte seg av aktiv dødshjelp. Barn ned i 12-års alderen kan benytte seg av dette, med samtykke fra foreldre. Dette er likevel svært uvanlig. Årlig dør 6900 personer etter aktiv dødshjelp i Nederland, noe som i en befolkning på størrelse med den norske ville tilsvare 2000 personer forteller Magelssen. Dette tallet fremkommer som det offisielle tallet, pluss 20 prosent. Påslaget er begrunnet i at studier tidligere har vist at 20 prosent av tilfellene som legene selv regner som aktiv dødshjelp, ikke rapporteres inn.

I løpet av årene har lovene som legaliserer aktiv dødshjelp blitt tolket på slik måte at det har blitt tillatt for flere grupper. Det har for eksempel blitt akseptert at psykiatriske sykdommer gir tilstrekkelig grunn til aktiv dødshjelp fordi sykdommen også kan medføre "utålelig lidelse". Det sies og at livstretthet også gir opphav til lidelse og det diskuteres hvorvidt dette og er en legitim grunn til å benytte seg av aktiv dødshjelp. Den nederlandske regjeringen fremmet før valget i 2017 et forslag for parlamentet om å endre loven for å tillate dødshjelp til "livstrette", uten krav om medisinsk diagnose som årsak til lidelsen. I 2011 fremhevet den nederlandske legeföreningen at kun pasienten selv kan bedømme om lidelsen er "utålelig". En slik individuell bedømmelse vil kunne åpne opp for en debatt hvor en kan tolke "utålelig lidelse" i lys av både ensomhet og dårlig økonomi.

Morten Andreas Horn hevder at de fleste, nordmenn som nederlendere, mener at aktiv dødshjelp er riktig i noen tilfeller, og galt i andre. Ufordringen, mener han, blir å lage en lov som regulerer når dødshjelp er riktig, når det er galt, på en entydig, rettfærdig og forsvarlig måte. Så langt har ingen land i verden lyktes med dette. Eutanasilovene fra Nederland og Belgia har ført til en gradvis utglidning, stor økning i antall dødshjelpstilfeller aldersgrensene fjernes, og stadig flere pasientgrupper kvalifiseres.¹²

¹⁰ <http://hockleys.org/mnsk/2015/09/15/hva-er-aktiv-dodshjelp/> (2016)

¹¹ Morten Magelssen, Menneskeverd i klinikk og politikk (2013), side 116.

¹² <http://www.tv2.no/a/5213844/> (2014)

4 Grunner til bruk av aktiv dødshjelp og alternativer til dette

Det er flere grunner til at et menneske ønsker å benytte seg av aktiv dødshjelp. I en undersøkelse gjort i Oregon ble det vist til de vanligste grunnene for å ønske aktiv dødshjelp i perioden 1998-2008. De tre hyppigste oppgitte grunnene var tap av autonomi (90 prosent), nedsatt evne til å delta i aktiviteter som gir livet mening (87 prosent), og tap av verdighet (84 prosent). Nedsatt kroppslig funksjon (59 prosent), opplevelsen av å ligge familien til byrde (38 prosent) og smerte (24 prosent) fulgte derpå.¹³

Videre i notatet ønsker vi å belyse tre av disse punktene; smerte, autonomi og tap av verdighet. Videre vil vi forsøke å se om vi kan møte disse med et annet svar enn aktiv dødshjelp.

4.1 Fysisk smerte

Mange mener at aktiv dødshjelp må være tilgjengelig for pasienter som opplever sterk fysisk smerte ved livets slutt.

Ole Peder Kjeldstadli, leder i Foreningen Retten til en verdig død, sier at han er kjent med at mange døende lider fordi det er mange sykehus og særlig sykehjem som ikke har nødvendig kompetanse til å gi lindrende behandling. Bettina Husebø, førsteamanuensis og leder for Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitetet i Bergen gjorde i 2016 et studie hvor en rekke pasienter ble fulgt fra den dagen de ble innlagt på sykehjem, til den dagen de gikk bort. 49 prosent av alle som døde gjorde det med moderate eller store smerter.

Magelssen, sier at det i situasjoner hvor smerten er stor for pasienten er rett og godt "å respondere på det med et ønske om å gjøre lidelsen mindre". Aktiv dødshjelp blir da en form for barmhjertighetsdrap. "I desperate situasjoner kan det å ta livet av den lidende synes som eneste utvei. Da forsvinner smerten, men det gjør også den lidende." Magelssen hevder videre at aktiv dødshjelp, på tross av dette, ikke er eneste utvei. Det beste hadde vært om vi kunne bli kvitt smertene og ikke mennesket smerten rammet. Hvordan gjør vi det?

Husebø forteller at de fleste av smertene pasientene opplevde i hennes undersøkelse er unødvendige og mulige å lindre. Det smertenivået og symptomene som oppleves ved livets slutt understreker det store behovet for retningslinjer, bedre gjennomføring og utdanning av sykehjempersonalet. Anestesilege og konsulent i palliativ medisin Sebastian Von Hofacker, sier at pasienter i de aller fleste tilfeller kan hjelpes med tverrfaglig arbeid i palliative miljøer. Så sant pasienten aksepterer å bli henvist til slike tjenester, vil tillitsfull, - og respektfull kommunikasjon og høy kompetanse i palliativ medisin redusere lidelsestrykket. Norge har den kunnskapen om smertelindring som trengs, men kunnskapen og kompetansen må nå ut til alle deler av helsevesenet, slik at mennesker i livets slutfase skal slippe å dø med store smerter.¹⁴

Flere fagpersoner, derav Hofacker, Horn og Fredheim, mener at det finnes tilfeller hvor palliativ medisin ikke kan gi pasienten god nok behandling og hvor helsetjenesten har sin begrensning. Aktiv dødshjelp kan i en slik situasjon virke som beste løsning. Behovet for aktiv dødshjelp kan derfor forekomme, men problemene en slik praksis kan medføre veier tyngre enn behovet, mener de. Vi vil se nærmere på disse problemene senere. På grunn av dette vil styrking av palliativ omsorg være det viktigste en kan gjøre som alternativ til aktiv dødshjelp. Magelssen forteller at svaret på Husebøs utfordring bør være at vi bygger ut tilbud og kompetanse i lindrende behandling. Legalisering av aktiv dødshjelp vil være feil svar på et reelt problem.

¹³ <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/Evaluationresearch/deathwithdignityact/Pages/index.aspx> (2015)

¹⁴ Susanne Ward Ådlandsvik

4.1.2 Å utvide det palliative tilbudet

I dag finnes et godt smertelindrende tilbud for kreftpasienter. Men, et godt palliativt tilbud bør utvides til å omfatte ikke bare disse pasientene, men flere grupper mener Horn, Hofacker og Fredheim. En slik gruppe innebærer for eksempel pasienter med progredierende nevrologiske sykdommer (f.eks. ALS), hjertesyrke, personer med demens og lungesyke(kols). Det vil være viktig at myndighetene støtter opp om utvidelse av palliasjonens virkeområde til å omfatte disse gruppene. Å legge føringer for dette kan være noe av det viktigste politikken kan gjøre forteller Fredheim.

4.1.3 Hvordan det kan utvides

For å foreta en slik utvidelse av palliasjonens virkeområde trengs en mye sterkere praktisk tilgang til helsepersonell med kompetanse på palliasjon i Norge, ikke bare på spesialiserte sentra, men og på sykehjem og ordinære sengeposter forteller Horn.

Dette kunne vært palliative team som bistår lokalt personell i lindringen rundt en konkret pasient, og som kan kombinere den praktiske individuelle pasienthåndteringen med mer teoretisk og generell opplæring av lokalt personell forteller Horn og Hofacker. Dette kan bidra til en kontinuerlig kompetanseheving, slik at lokale helsepersonell gradvis blir tryggere med tanke på hvordan dødsomsorgen skal legges opp.

Slike team er ambulerende og kan reise rundt. De bør organiseres under kommunen i tett samarbeid med sykehusbaserte palliative team. Det bør lages gode samarbeidsavtaler og det må allokeres midler til opprettelse og drift av slike team. Med et slikt tiltak vil man og kunne unngå mange sykehusinnleggelses i den siste livsfase. Mange pasienter ønsker å være hjemme lengst mulig, og det vil derfor være nødvendig med ambulerende palliative team, som kan følge opp pasienter over lengre tid i deres hjem. Tyskland står modell for denne organiseringen. Der har man satt av penger til «Spesialisert ambulans palliativ Versorgung» (SAPV).

Det vil være behov for mer kursing og sertifisering i palliativ medisinsk kompetanse. Dette inkluderer kurs i beslutningstaking ved livets slutt og i kommunikasjon. Horn mener at pårørende og pleiepersonell også bør få opplæring i å bruke sistehjelskabinett - en medikamentkoffert som inneholder morfin, Robinul, Haldol og Midazolam, som kan brukes til å lindre plager i den helt terminale fasen. Kofferten er etablert i palliativomsorgen, men et større fokus på opplæringen i denne kan være med å legge til rette for gode dødsleier på sykehjem og i hjemmet.

Ambulante palliative team ville kreve betydelig investeringer og prioritering av ressurser. Fredheim, Horn og Hofacker ønsker alle å se en debatt om hvorvidt nye helsekroner skal gå til kostbare tiltak som gir kortvarig forlengelse av livet, eller til tiltak som kan gjøre den siste tiden best mulig. Her går en konfliktlinje mellom satsing på "forebyggende" versus "reparativ" medisin. Satsning på forebyggende medisin vil ønskelig spare framtidige helsekroner, men en slik forebygging vil og gjøre at andre sykdommer (særlig demens og kreft) får anledning til å utvikle seg. Sykdom og død er noe som vil ramme oss alle, det vil derfor være viktig også å få bevilgninger til "reparative" tiltak som har som mål og effekt å gjøre menneskenes liv og død bedre når de faktisk står i sykdommen.

4.1.4. Pårørende

Det vil også være viktig å investere i ivaretagelse og oppfølging av pårørende. Pasienter som ønsker å dø hjemme er nesten uten unntak avhengig av at det er pårørende til stede som støtter pasienten. Det er derfor

helsevesenets oppgave, både kommune- og spesialisthelsetjenesten, å klare å gi de pårørende trygghet og hjelp til å mestre dette. Pårørende må få hjelp til å forberede seg, støtte til mestring og fortløpende oppfølging underveis i pasientens sykdomsforløp og i tiden etterpå. Det må være ressurser og finansieringsordninger som tar høyde for en slik ivaretagelse av pårørende. Dette er både en investering i situasjonen der og da, og forebyggende helsearbeid.¹⁵

4.1.3 Behandlingsbergrensning

Det er viktig å understreke at Norge har en god og liberal lovgivning med tanke på pasienters selvbestemmelse: norske pasienter har rett til å nekte livsforlengende behandling, slik at de kan dø en naturlig død når de selv er klare for det. Dette er lovlig, og en vanlig medisinsk praksis. "En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling", heter det i Pasientrettighetsloven §4-9. Med det har norske leger anledning til å stanse hensiktsløs livsforlengende behandling.

En viktig vesensforskjell på behandlingsbegrensning og aktiv dødshjelp er at formålet ikke er å ta livet av pasienten, men at vedkommende skal få dø av sin grunnsykdom, uten at dødsprosessen uthales eller at pasienten plages med behandling og bivirkninger i livets aller siste fase. En annen viktig forskjell er at behandlingsbegrensning består av flere beslutninger om behandlingen av en alvorlig syk pasient, der poenget er at legen vurderer kritisk hvorvidt behandlingen som tilbys pasienten er noe pasienten ønsker og vil ha nytte av. Aktiv dødshjelp, derimot, er en helt ekstraordinær og målrettet handling, som er tilpasset kun dette ene formålet - å framkalle pasientens død.

Det er viktig å understreke at selv om den livsforlengende behandlingen er avsluttet, slutter man ikke med lindrende behandling; denne fortsetter helt til pasienten dør. Med det trenger vi ikke aktiv dødshjelp for å sikre mennesker en verdig død.

Pasienter i den siste livsfasen har åpenbart svært begrenset levetid. Her kan helsevesenet tilby gode behandlingsmodaliteter for å lindre pasientens plager. Noen pasienter lider av symptomer som til og med den beste kompetansen ikke kan avhjelpe uten å redusere pasientens bevissthet gjennom lindrende sedering. Reduksjon av bevissthet kan være akseptabel som bivirkning. Noen få pasienter vil ha behov for målrettet å bli behandlet med kontinuerlig lindrende sedering inntil døden. Denne behandlingsformen er sannsynligvis brukt for lite i Norge. To mulige grunner kan være: 1. mangel på kompetanse, 2. frykt for å bli beskyldt for å ha utført "sakte eutanasi". Det er faglig tilnærmet konsensus at lindrende sedering ikke kan påregnes å framskynde pasientens død. Tvert om hevdes det av palliativmedisinere at pasienter som får lindrende sedering kan leve litt lenger enn man ellers skulle forventet.

4.1.5 Oppsummering

For de fleste langtkommet syke er vissheten om at de vil bli godt lindret, at noen vil være med dem og at de ikke ligger til byrde for de nærmeste være en buffer mot et sterkt dødsønske.¹⁶ Dersom vi hadde en god palliativ dødsomsorg i Norge og folk fikk oppleve at det stemte når deres nærmeste ble syke - er det godt mulig at de gammeldags historiene om fæle dødsleier kunne blekne, og noe av ropet etter dødshjelp ville stilne.¹⁷

¹⁵ Sebastian von Hofacker

¹⁶ Sebastian von Hofacker

¹⁷ Morten Horn

For en del pasienter vil likevel det palliative tilbudet ikke være tilstrekkelig. Som oftest er det friske mennesker som ønsker seg en absolutt selvråderett. Dette handler da i mindre grad om redsel for lidelse, men heller om å beholde kontrollen; i møte med usikkerheten finnes et behov for å "ta kontroll", selv om dette medfører å ta sitt liv før tiden.

4.2 Autonomi: Retten til å velge selv

Vi har nå sett på hvordan fysisk smerte er en av grunnene til at mennesker velger å benytte seg av aktiv dødshjelp. En annen viktig grunn er autonomi; retten til å velge selv.

Dersom syke og alvorlig lidende har forsøkt alle andre utveier, og har tatt et selvstendig valg om å dø, da har verken medmennesker eller helsepersonell grunner til å overkjøre deres ønske. Dette mener blant annet postdoktor i filosofi ved UiO, Ole Martin Moen. Denne tankegangen tar utgangspunkt i selvbestemmelsesretten, som vektlegger «frihet til å treffe valg av betydning for eget liv og egen helse. Den er den enkelte pasient som bestemmer om han eller hun vil ha den helsehjelpen som tilbys».¹⁸

4.2.5 Venstres partiprogram I lys av den nederlandske erfaringen

I andreutkastet til Venstres partiprogram står det at den enkelte borger i spørsmål om liv og død, selv «må velge sin retning, så lenge det ikke går på bekostning av andres liv og velferd». Her kan Nederlands erfaring bli viktig, siden den kan gi oss et bilde av hva som kan skje dersom Norge legaliserer aktiv dødshjelp. Utviklingen i Nederland har vært fulgt gjennom store undersøkelser hvert femte år fra 1990 og fram til 2010. Undersøkelsen publisert i Lancet i 2012 viser at aktiv dødshjelp benyttes ved omtrent 5 prosent av alle dødsfall. Dette er en økning på 50 prosent fra 2005. I Nederland dør 6900 mennesker årlig ved aktiv dødshjelp. Dette tilsvarer 2000 dødshjelpstilfeller overført til den norske befolkning.¹⁹

Det er problematisk å la selvbestemmelsesretten ligge til grunn for et politisk godt argument i debatten. Dersom vi åpner opp for legalisering, vil det i lys av erfaringer som er blitt gjort i Nederland bli vanskelig å forhindre en lik utglidning. Om vi ser på skråplaneffekten vil det i et rettighetsbasert helsevesen som i Norge blir utfordrende å ikke innvilge aktiv dødshjelp til én gruppe pasienter, uten å samtidig legalisere dødshjelp til andre grupper i andre situasjoner. Morten Horn skriver til NRK at «dersom vi ikke ønsker en utvikling som i Nederland må vi sette bremsene på nå».²⁰

Pasientens selvbestemmelsesrett har på flere måter grenser. Ja, det skal tillegges stor vekt på pasientens egne preferanser i behandlingen, og en pasient med for eksempel langtkommet kreft har som tidligere nevnt rett til å takke nei til videre behandling. Men, respekten for pasientens autonomi tilsier ikke at pasienten selv kan bestemme alle medisinske beslutninger. Det er ukontroversielt at pasienter ikke har rett til å kreve behandling som legen anser som nytteløs eller skadelig. Det kan derfor hevdes at pasientenes selvbestemmelse ikke innebærer en rett til å bli aktivt avlivet. Vår autonomi kan aldri utvides til å omfatte andre menneskers handlinger. Hofacker fortsetter slik:

¹⁸ <https://snl.no/selvbestemmelsesrett> (2013)

¹⁹ <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/jaarverslagen> (2015)

²⁰ <https://www.nrk.no/ytring/en-verdig-dod-1.12249496> (2015)

Aktiv dødshjelp involverer alltid en tredje part, et annet menneske. Denne debatten utfordrer derfor også helsefagarbeidernes og helsepolitikernes evne til kommunikasjon i videste forstand. Vi trenger å forstå subjektivitet og individualitet i lidelsen, samtidig som vi er nødt til å anerkjenne foranderligheten av oppfatninger og meninger i et åpent samfunn. Vi må kunne gi råd og vise alternativer til døden. Det handler altså også om å gjøre helsetjenestene ærligere, mer lyttende, mer dialogisk og kontinuerlig enn i dag.²¹

Ønske om autonomi bygger på at et ønske om å respektere og forsterke vår selvbestemmelsesrett og våre rettigheter. Utfordringen er at det kan ha motsatt effekt. Rettighetene svekkes fordi menneskeverdet ikke lenger er ukrenkelig. Dersom aktiv dødshjelp blir legalisert kan det bli ansett "verdigg" å ta sitt eget liv. Ikke kun for mennesker som ved livets slutt har uutholdelige smerter, men for alle. Dødshjelpen kan institusjonaliseres og normaliseres slik som i Nederland. Valget om død og liv vil gå på bekostning av andres liv og velferd når vi snakker om aktiv dødshjelp.

4.2.2 Å velge sin egen død

Legalisering av aktiv dødshjelp og endring av lovverket kan risikere å forsterke ønsket om å dø. Dersom mulighetene eksisterer, og det blir lagt til rette for at hver enkelt pasient skal kunne velge sin død, går vi imot det vi som samfunn bør kjempe for, nemlig at mennesket i seg selv er verdig nok.

Aktiv dødshjelp er ikke bare et spørsmål om individers ønske om å styre avslutningen på livet. Det vil føre til en generell relativisering av menneskelivets verdi og øke presset på menneskeverdet til andre syke og døende personer. Forbudet kan hittil ha fungert som en kompromissløs bekreftelse av pasientenes ukrenkelige verdi.

4.3 Å være en byrde for samfunnet

Ifølge rapporten "Death With Dignity" fra helsedepartementet i Washington, oppga 61 prosent av de som valgte assistert selvmord at frykten for å være en byrde for andre var hovedårsaken til å de valgte å dø. Tap av selvstendighet kan føre til at pasienter som er svekket av sykdom og funksjonshemming kan kjenne seg som en byrde.²²

4.3.5 Et iskaldt signal

Det kan være uutholdelig smertefullt å bli syk og miste funksjoner friske tar for gitt. Det er ikke uvanlig å bære på skam og være bekymret for om man som pasient vil få den hjelp man trenger. I debatten begrunnes det at verdighet er knyttet til selvhjelpenhet og aktiviteter. Mening knyttes til hva vi som medmennesker kan gjøre, ikke til hvem vi er. Som samfunn har vi ansvaret for å klokt møte følelsen av tapt verdighet og mening. Blir vårt verdi svekket fordi vi er avhengige av medmennesker? Vårt svar er nei. Det bør ikke være uverdigg å være avhengig av andre mennesker.

Problemstillingene i debatten om aktiv dødshjelp handler ikke først og fremst om dødshjelp er rett eller galt, men om medmennesker som er i en vanskelig situasjon. Ved å legalisere aktiv dødshjelp vil Norge formidle at det å

²¹ <http://www.bt.no/btmeninger/debatt/Doden-er-en-del-av-livet-275120b.html> (2014)

²² <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf> (2014)

velge døden er et rasjonelt og akseptabelt livsvalg: "vi forstår godt hvis du opplever at livet ditt ikke har verdi for deg. Vi skal hjelpe deg med å dø". Denne tankegangen er ikke objektiv eller universell, men pasientene tolker trolig sine liv i lys av staten. Det vil derfor være problematisk om Norge presenterer dødshjelp som en helsetjeneste. Det vil være et iskaldt signal til de svakeste blant oss.²³

Horn frykter et samfunn der de mest svake og sårbare gis muligheten til å velge en smertefri død, fremfor å bygge et omsorgsapparat på en grunnholdning der alle mennesker like mye verdt, uavhengig av funksjonsnivå eller omsorgsbehov. Aktiv dødshjelp vil trolig legge et press på svake grupper. Syke, ensomme og døende mennesker fortjener bedre alternativ av vårt helsevesen enn et tilbud om en snarvei ut av lidelsene. Vi skal ikke primært jobbe mot aktiv dødshjelp, men forbedre palliasjon og bekjempelse av ensomhet. Fredheim mener det finnes to nøkkelord for å unngå et dødsønske, nemlig fellesskap og mening. Vi i Norge bør derfor jobbe for å bekjempe ensomheten, som samfunn og enkeltmennesker.

Samtaler med en prest eller en religiøs veileder kan være et konkret steg i retning fellesskap og mening i en terminal fase. En slik samtale kan gi pasienter en opplevelse av fellesskap hvor en blir møtt med omsorg og støtte.

²³ <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Et-iskaldt-signal-255500b.html> (2009)

5 Oppsummering

Debatten om aktiv dødshjelp vil trolig prege det politiske bildet i årene fremover. Den vil belyse fundamentale etiske problemstillinger og hvilke type verdier og rettsleger samfunnet skal bygge på. Debatten vil være utfordrende, da de fleste er enig i at aktiv dødshjelp er riktig i noen situasjoner og galt i andre. Å lage lover som regulerer dette vil være vanskelig, for det ikke finnes ikke en rettferdig, logisk og etisk måte å avgrense retten til aktiv dødshjelp på. Ingen land har klart det før oss, uten at det har ført til utglidning både i rettspraksis og i verdier. Om det fra politisk hold blir innført til en liten, vel definert gruppe, vil det i et fritt, liberalt samfunn stadig bli press fra lobbygrupper til å utvide indikasjoner. Dersom aktiv dødshjelp innføres, vil nye enkeltteksempler stadig vekk frembringe sympati og presse politikerne til å utvide de gjeldende kriteriene.²⁴ Som Horn sier, må vi diskutere alternativene, for om vi åpner døra til aktiv dødshjelp vil det være vanskelig å stoppe.²⁵

Så, hvilke alternativer har vi? Hva kan vi svare med i stedet for aktiv dødshjelp? Organisasjonen Menneskeverd sier at lindrende behandling og empatisk støtte gjennom den naturlige dødsprosessen, er selve alternativet til aktiv dødshjelp. Det blir viktig i seg selv ikke å legalisere aktiv dødshjelp. Ved at det blir forbudt, signaliserer vi at mennesker er verdifulle og at menneskeverdet er absolutt. Vi bør heller bygge ut palliativ omsorg og bekjempe ensomhet på de måtene vi kan – som samfunn og som enkeltborgere mener Magelssen. I en terminal fase vil kunnskapet om behandlingsbegrensning også være viktig.

Norge kan som alternativ velge å bli best på palliativ behandling. En behandling som er rettet mot fysisk smerte og med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten.

Magelssen skriver følgende i sin bok Menneskeverd:

*Eutanasi og legeassistert selvmord forsøkes i offentlig debatt rettferdiggjort med henvisning til utholdelig lidelse ved livets slutt. Men det som egentlig motiverer både forkjemperne og personers forespørsler om aktiv dødshjelp, synes å være noe annet: tap av autonomi, verdighet og mening. Hvis den fysiske lidelsen kan lindres med moderne palliativ behandling, står vi igjen med de sistnevnte begrunnelsene for aktiv dødshjelp. Å skulle legalisere og tilby aktiv dødshjelp på en slik basis synes for det første svært radikalt – som vi sa, er slike begrunnelser alene ikke tilstrekkelig etter nederlandsk lov. For det andre er slike begrunnelser langt svakere som argumenter for innføring av et tilbud som trolig har mange negative konsekvenser for samfunnet. Og for det tredje synes det da mindre overbevisende at medisinen skal ha noe med slikt å gjøre.*²⁶

Samfunnet preges av et ønske om å ta kontroll; vi ønsker et lykkelig liv og nå også en lykkelig død. Palliasjon og empatisk støtte vil ikke kunne skape en velregissert død, men en slik død har vel heller aldri vært en del av livet. Vi bør heller se på hva vi kan gjøre for å gjøre pasientens siste levetid så god som mulig. Vil bør også diskutere om vi skal bruke penger på å forlenge den siste tiden, eller gjøre den siste tiden best mulig.

Hofacker har sagt at “mange trenger hjelp til å leve, mange vil trenge hjelp i dødsprosessen, få trenger hjelp til å dø”. Helsevesenet har sine begrensninger og det vil være noen av disse “få” som faktisk trenger hjelp til å dø.

²⁴ <https://www.nrk.no/ytring/dodshjelp-normaliseres-1.8279960> (2012)

²⁵ http://www.verdidebatt.no/morten_horn?page=2&replies=true (2017)

²⁶ Morten Magelssen, Menneskeverd i klinikk og politikk (2013, side 128).

Palliasjon kan ikke gi en optimal død til alle. Dette betyr likevel ikke at vi bør legalisere aktiv dødshjelp . Grunnen er ikke at vi ikke, i teorien, kunne ha behov for det. Grunnen er alle problemene en slik legalisering vil medføre.²⁷

Om vi likevel ønsker å utrede muligheten til aktiv dødshjelp bør vi se til England/Wales, hvor fagpersoner, etikk og grundige utredninger sto til grunn for debatten.

²⁷ Morten Horn

6 anbefalinger

6.1 Styrking av palliative omsorg ved livets slutt

Som et alternativ til aktiv dødshjelp bør den palliative omsorgen satses på i Norge. Et godt palliativt behandlingstilbud med optimal smertelindring er viktig for å hjelpe pasientene i den siste og mest sårbare livsfasen. Behandlingstilbudet er ressurskrevende og finansiering må derfor reflektere både omfanget og kompleksiteten i pasienttilbudet for at det skal være bærekraftig over tid.

6.1.1 Ambulante team

Ambulante team kan være viktig for et godt behandlingstilbud. Teamene bør reise rundt i kommunene gjennom et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Disse bør bistå lokalt personell i lindringen rundt en konkret pasient, og kombinere den praktiske individuelle pasienthåndteringen med mer teoretisk og generell opplæring av lokalt personell. Det bør allokeres midler til opprettelse og drift av slike team.

6.1.2 Sistehjelpsskrin

Like viktig som førstehjelp er sistehjelp, og en satsning på sistehjelpsskrin vil være nyttig i dødsomsorgen. Dette er en medikamentkofferter med morfin, Robinul, Haldol og Midazolam, som pårørende og pleiepersonell kan få opplæring i å bruke til å lindre plager i den helt terminale fasen.

6.1.3 Utvide palliasjonens virkeområde

Palliasjonens virkeområde bør utvides til å omfatte andre pasientgrupper. Kreftpasienter får ofte god palliativ behandling, men flere grupper bør innlemmes her. Slike grupper innebærer pasienter med progredierende nevrologiske sykdommer, hjertesykke, personer med demens og lungesyke.

6.1.4 Pallativ spesialenhet

Normal død av kreft eller hjertesvikt bør ha god nok lindring på sykehus og vanlige sengeposter. Pasienter med intense symptomer og/eller komplekse situasjoner bør derimot kunne bli behandlet i palliative spesialenheter i spesialhelsetjenesten.

6.2 Oppfølging av pårørende

Pårørende må få hjelp til å forberede seg, støtte til mestring og fortløpende oppfølging underveis i pasientens sykdomsforløp og i tiden etterpå. Det må være ressurser og finansieringsordninger som tar høyde for en slik ivaretagelse av pårørende.

6.3 Mulighet for samtale

I en terminal fase vil et hvert menneske ha behov for omsorg, støtte og fellesskap. Hjelpetrengende som ønsker det bør derfor få muligheten til samtaler med en prest eller religiøs veileder innenfor sin religion eller livssyn.

6.4 Lær av de lærde

Før Norge tar en eventuell ny stilling til aktiv dødshjelp, bør vi ha grundige utredninger og faglig tyngde som grunnmur for debatten. Stortinget bør invitere palliativmedisinere inn til høring i helse og omsorgskomiteen og sørge for man hører "helsearbeidere", som til daglig jobber med alvorlig syke.

7 Kildeliste

Aktiv dødshjelp, eksamen, 25.04.2003

<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/18975/10571.pdf?sequence=1>

Døden er en del av livet, Bergens tidende (bt), 11.05.14

<http://www.bt.no/btmeninger/debatt/Doden-er-en-del-av-livet-275120b.html>

Dødshjelp på skråplanet, NRK, 16.08.2012

<https://www.nrk.no/ytring/dodshjelp-normaliseres-1.8279960>

En verdig død, Ytring, 09.03.2015

<https://www.nrk.no/ytring/en-verdig-dod-1.12249496>

Etiske regler for leger, Legeforeningen, 22.06.2015 [http://legeforeningen.no/Om-](http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/)

[Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/](http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/)

Et iskaldt signal, Aftenposten, 27.05.09

<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Et-iskaldt-signal-255500b.html>

Fremskrittpartiets sitt prinsippprogram, FRP sitt Prinsippprogrammet til stortinget s. 136, Mai 2013

<http://www.e-pages.dk/frp/134/html5/>

Horn, Morten Andreas, Verdidebatt

http://www.verdidebatt.no/morten_horn?page=2&replies=true

Horn, Morten - overlege og samfunnsdebattant

morten.andreas.horn@ous-hf.no

Hva er aktiv dødshjelp?

<http://hockleys.org/mnsk/2015/09/15/hva-er-aktiv-dodshjelp/>

Kjeldstad, Ole Peder - leder i Foreningen Retten til en verdig død

Magelssen, Morten - kristen lege og forsker ved Senter for medisinsk etikk

magelssen@gmail.com

Menneskeverd i klinikk og politikk, Morten Magelssen, HEFTET, 2013, Norsk (bokmål), (s.116)

Moen, Ole Martin, postdoktor i filosofi ved UiO

Ny undersøkelse overrasker: Hver fjerde lege er for aktiv dødshjelp, 12.03.2015
https://www.nrk.no/dokumentar/ny-undersokelse-overrasker_-hver-fjerde-lege-er-for-aktiv-dodshjelp-1.12245367?index=2#1

NOBAS – Norwegian Bioethics Attitude Survey, Rapport 2015, 20.4.16
<http://sambaandet.no/wp-content/uploads/2016/04/NOBAS-rapport.pdf>

Oregon-modellen, Death with Dignity Act,
<http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/Evaluationresearch/deathwithdignityact/Pages/index.aspx> (2015)

Oregon-modellen, statistikk 2014
<https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/year17.pdf>

Overlege: Aktiv dødshjelp bør ikke legaliseres, TV2, 10.01.2014
<http://www.tv2.no/a/5213844/>

Sebastian von Hofacker, lege Haraldsplass Diakonale Sykehus,
Kontakt sekretær: Ingeborg.Fauskanger@haraldsplass.no
<http://www.bt.no/btmeninger/debatt/Doden-er-en-del-av-livet-275120b.html>

Selvbestemmelsesrett, 4.11.13
<https://snl.no/selvbestemmelsesrett>

Straffeloven, § 275 §276 § 277 §278
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

The euthanasia law in the Netherlands, 11.07.12
<http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961034-4/fulltext>

Venstres Stortingsprogram, På lag med framtida, s. 128. PDF, 2015
https://www.venstre.no/assets/Venstres_stortingsvalgprogram_2017-2021_andreutkast_v1.pdf

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 23.05.2016
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Ådlandsvik, Susanne Ward, Informasjonskonsulent, Menneskeverd, susanne@menneskeverd.no

Årsrapport, Nederland, om eutanasi, 2015

<https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/jaarverslagen>