Rådet for legeetikk

DEN NORSKE LEGEFORENING

Endring av etiske regler for leger kapittel I § 5 om dødshjelp?

Et kunnskapsgrunnlag

Etikk i alt vi gjør

Etikk er grunnleggende for helsetjenesten og legegjerningen. Viktige etiske avveininger og krav er implementert i internasjonale konvensjoner og nasjonal lovgivning. Medisinsk utvikling og endrede krav og normer i befolkningen fører til nye etiske utfordringer. Muligheten til å gjøre riktige etiske valg utfordres også av nye prioriteringskrav, effektivitetskrav og omorganiseringer. Legeforeningen mener god profesjonsetikk må stå i fokus for å bidra til en bedre helsetjeneste – for pasienter og pårørende.

Legeforeningens prinsipprogram 2023-2027

Justert utgave av 11.12.23*

November 2023

Rådet for legeetikk

Den norske legeforening

Pb. 1152 Sentrum

0107 Oslo

Forord

Det følger av Etiske regler for leger kapittel I § 5 at leger ikke skal utføre dødshjelp. Rådet for legeetikk legger til grunn at Legeforeningens standpunkt er at dødshjelp ikke bør tillates i Norge.

En gruppe medlemmer har foreslått å endre Etiske regler for leger kapittel I § 5.

I møte 21. juni 2023 har Sentralstyret bedt Rådet for legeetikk om å utarbeide et kunnskapsgrunnlag om dødshjelp. Det faller innenfor virkeområdet til Rådet for legeetikk å utrede prinsipielle medisinsketiske og legeetiske spørsmål, jf. § 2 i reglementet. Mandatet for arbeidet er å belyse ulike aspekter ved dødshjelp slik at sentralstyret kan ta stilling til om forslag om endring av Etiske regler bør legges fram for landsstyremøtet i 2024. Av hensyn til videre behandling i Legeforeningen er det satt en relativt kort frist.

Kunnskapsgrunnlaget er et forsøk på en balansert fremstilling av et svært krevende tema. Kunnskapsgrunnlaget kunne vært mer omfattende, og det er flere andre temaer som også ville vært relevante å belyse. Vi har likevel forsøkt å utforme et godt kunnskapsgrunnlag innenfor de rammene vi har til rådighet, og vi håper det kan være et konstruktivt bidrag i diskusjonen knyttet til forslaget.

Rådet for legeetikk har hatt to roller i arbeidet med denne rapporten. Rådets hovedoppgave er å utrede prinsipielle medisinsketiske og legeetiske spørsmål, men Rådet skal også rådgi foreningens sentrale organer og medlemmer. Rådet for legeetikk har derfor funnet det riktig i avslutningen å tilkjennegi rådets synspunkt.

Rådet for legeetikk vil takke eksterne skribenter som har bidratt til kunnskapsgrunnlaget på enkelte punkter: Morten Horn, Lars Johan Materstvedt, Andreas Wahl Blomkvist, Morten Magelssen, Ole Martin Moen, Berge Solberg, Bettina Elisabeth Franziska Sandgathe Husebø og Anne Fasting, samt forslagsstillerne. Disse bidragsyterne står for innholdet i egne tekster. Innholdet for øvrig og den samlede framstilling er rådet ansvarlig for.

Rådets leder vil i tillegg takke ressurspersoner han har vært i kontakt med under arbeidet for gode innspill.

Dette kunnskapsgrunnlaget hadde vært umulig å utarbeide uten betydelig bistand fra sekretariatet i Legeforeningen.

Oslo, den 6. november 2023.

Svein Aarseth, Tilde Broch Østborg, Siri Brelin, Tina Shagufta Kornmo og Olav Gunnar Ballo

*Merknad: hyperlenker som ikke fungerte er forsøkt rettet opp i denne utgaven.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning ... 7
1.1 Bakgrunn ... 7
1.2 Oppfølging av endringsforslaget ... 8
2 Begrepsbruk ... 10
2.1 Begrepsbruk i dette kunnskapsgrunnlaget ... 10
2.2 Hva er dødshjelp? ... 10
2.1.1 Eutanasi ... 10
2.1.2 Legeassistert selvmord ... 10
2.2 Hva er ikke dødshjelp? ... 10
2.3 Kort om andre begreper ... 11
3 Etiske regler for leger ... 12
3.1 Forholdet mellom juss og etikk ... 12
3.2 Formålet med å ha etiske regler for leger ... 12
3.3 Etiske regler for leger kapittel I § 1 ... 12
3.4 Etiske regler for leger kapittel I § 5 om dødshjelp ... 13
3.5 Mulige vedtak i landsstyret ... 14
4 Pasientens rettigheter i livets sluttfase ... 16
4.1 Innledning ... 16
4.2 Rett til å motsette seg livsforlengende behandling ... 16
4.2.1 Hvordan identifisere livets slutt, og hvorfor er det viktig? ... 18
4.2.2 Behandlingsbegrensning ved ALS ... 21
4.3 Lindrende behandling ... 22
4.4 Lindrende sedering ... 22
4.4.1 Lindrende sedering og prinsippet om den dobbelte effekt ... 23
4.4.2 Lindrende sedering ved ALS ... 24
4.5 Behandlingsplaner i livets siste dager ... 25
5 Sentrale etiske problemstillinger ... 26
5.1 Innledning ... 26
5.2 Er dødshjelp forenelig med grunnleggende medisinsketiske prinsipper? ... 26
5.3 Er det etisk forskjell på eutanasi og legeassistert selvmord? ... 31
5.4 Er det en etisk forskjell på behandlingsbegrensning og dødshjelp? ... 33
5.5 Hva er sammenhengen mellom vektlegging av autonomi som verdi i helsetjenesten og dødshjelp? ... 34
5.6 Skaper legalisering av dødshjelp press mot sårbare grupper? ... 36
6 Hva vet vi om holdningene til dødshjelp? ... 39

6.1 Befolkningens holdninger til dødshjelp ... 39
6.1.1 Holdninger i trossamfunn ... 40
6.2 Legers holdninger til dødshjelp ... 41
7 Dødshjelp i andre land ... 44
7.1 World Medical Association ... 44
7.2 Kort oversikt over enkelte land ... 44
7.2.1 Norden ... 46
7.2.2 Storbritannia ... 47
7.2.3 Nederland ... 47
7.2.4 Tyskland ... 47
7.2.5 Sveits ... 48
7.2.6 USA ... 48
7.2.7 Canada ... 49
7.2.8 New Zealand ... 49
8 Temaer av juridisk karakter ... 50
8.1 Innledning ... 50
8.2 Den rettslige status i Norge ... 50
8.3 Dødshjelp som helsehjelp ... 51
8.4 Dødshjelp som rettighet ... 51
8.5 Reservasjonsrett ... 52
8.6 Innvilgelseskriterier for dødshjelp ... 54
8.6.1 Innledning ... 54
8.6.2 Samtykke ... 54
8.6.3 Frivillig forespørsel ... 55
8.6.4 Fysisk og/eller psykisk tilstand ... 56
8.6.5 Utvidelse av grupper som kan motta dødshjelp ... 59
9 Kort om enkelte andre problemstillinger ... 60
9.1 Hvorfor ønsker noen mennesker hjelp til å dø? ... 60
9.2 Selvmord og dødshjelp ... 60
9.3 Rask og smertefri død? ... 61
9.4 Legers erfaringer med å utføre dødshjelp ... 62
10 Avslutning ... 64
11 Foreslått videre lesning ... 65
11.1 Norske bøker ... 65
11.2 Rapporter ... 65
11.3 Nettsider ... 65

11.4 Andre kilder 65

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Saken gjelder et forslag fra en gruppe medlemmer om at Legeforeningens landsstyre skal endre Etiske regler for leger kapittel I § 5 om dødshjelp. Det følger av dagens bestemmelse at leger ikke skal utføre dødshjelp.

Endringsforslaget er gjengitt nedenfor i sin helhet:

> **Til**
>
> **Landsstyret, Den norske legeforening**
>
> Undertegnede medlemmer ber om at endring av Legeforeningens etiske regler for dødshjelp settes opp som sak på årsmøtet 2023.
>
> Vi anmoder om at DNLF – i likhet med en rekke sammenlignbare legeforeninger – stiller seg nøytral til dødshjelp.
>
> **Begrunnelse**: Første setning i §5 (under) representerer ikke lenger et tilstrekkelig felles standpunkt blant medlemmene. Den bør derfor fjernes. Debatt og studier publisert bl.a. i Tidsskriftet, viser at alt for ca. ti år siden var et stort mindretall (31%) av Legeforeningens medlemmer *for* at det i visse situasjoner bør åpnes mulighet for at leger skal kunne medvirke til dødshjelp, til beste for pasienten. Tar man også med leger som stilte seg nøytrale/vet ikke (10,6%) **var 41 % av foreningens medlemmer ikke motstandere av dødshjelp.** https://tidsskriftet.no/2019/01/originalartikkel/legers-holdninger-til-aktiv-dodshjelp
>
> Dette innebærer en kraftig økning fra 1993 til ca. 2015. Det er grunn til å tro at prosenten *pro* legeassistert livs avslutning har fortsatt å øke blant leger, som i befolkningen for øvrig, der 77 % nå er for. Ved at Legeforeningen stiller seg nøytral til dødshjelp vil både pro, kontra og nøytrale medlemmer ivaretas.
>
> Hvorvidt Norge bør legalisere dødshjelp er først og fremst et helse- og omsorg-politisk samfunnsspørsmål, og bør finne sin løsning i de lovgivende organer, på linje med f.eks. abortloven, fosterantallreduksjon og eggdonasjon.
>
> **Någjeldende etiske regler for leger, Del 1, §5**
>
> «Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, som begge er handlinger hvor legen med hensikt bidrar til å framskynde dødstidspunktet. Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling er ikke å regne som dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets sluttfase, der hensikten er kontroll med symptomer som ikke lar seg lindre på annen måte.»
>
> **Forslag**: Første setning i någjeldende Del 1, §5, i Etiske regler for leger, slettes. Den strider mot en stor gruppe medlemmers etikkoppfatning. Setning 2 og 3 er regulert i gjeldende lovverk.
>
> **Dersom Etisk komite likevel ønsker å beholde et avsnitt om dødshjelp**, har vi følgende innspill til endret tekst av Del 1 **§5** , i kursiv:
>
> *Leger kan til beste for pasienten iverksette begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling. Pasienten dør da av sin underliggende sykdom. Legen skal alltid søke å klarlegge pasientens vilje. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets sluttfase, der hensikten er kontroll med symptomer som ikke lar seg lindre på annen måte. Legeassistanse med den hensikt å hjelpe en pasient til å avslutte livet må kun finne sted på pasientens utrykkelig anmodning, og etter de til enhver tid gjeldende lover og retningslinjer.*

Støttende argumenter: Artikkel i Tidsskrift for Den Norske Legeforening 25. april 2022, «Legeforeningen bør representere medlemmenes syn på dødshjelp». https://tidsskriftet.no/2022/04/debatt/legeforeningen-bor-representere-medlemmenes-syn-pa-dodshjelp

Vi ber også om at DNLFs etiske regler skiller mellom:

Legeassistert livsavslutning der legen etter strengt regulerte kriterier bidrar til at sterkt lidende pasienter som ikke kan hjelpes på annen måte, får assistanse til selv å avslutte livet, f.eks. ved inntak av medikamenter legen forskriver. En stor og økende andel av norske leger er positive til dette.

OG

Eutanasi, der legen aktivt tar liv, f.eks. ved hjelp av en injeksjon. Det vil antagelig de fleste norske leger være imot.

Uansett bør forskjellen avspeiles i DNLFs etiske regler!

Vi ber Etisk komité behandle vår anmodning med et uhildet syn, og trekke inn hele landsstyret i beslutning om å sette saken på dagsorden.

Med kollegial hilsen

Gro Nylander, Andreas Wahl, Edvin Schei, Wasim Zahid,

Ragnhild Halvorsen, Martin Ryssdal, Synne Bernhardt,

Thor-Øistein Endsjø, Fillip Stojanovi, Pia Zadig, Carl Tollef Solberg

1.2 Oppfølging av endringsforslaget

Det er landsstyret i Legeforeningen som fastsetter Etiske regler for leger. En endring må derfor behandles på et landsstyremøte. For å sørge for at saken er best mulig opplyst før den eventuelt behandles, har Legeforeningens sentralstyre i møte 21. juni 2023 bedt Rådet for legeetikk om å utarbeide et kunnskapsgrunnlag om dødshjelp. Formålet med arbeidet er "å belyse ulike aspekter ved dødshjelp på en så uttømmende og balansert måte at sentralstyret kan ta stilling til om endring av § 5 bør legges fram for landsstyremøtet". Ifølge mandatet skal kunnskapsgrunnlaget belyse følgende tema/problemstillinger, men kan også inkludere andre aspekter ved dødshjelp dersom disse blir identifisert:

- Begrepsavklaring
- Bakgrunn for dagens § 5
- Holdninger og kunnskap i befolkningen
- Holdninger og kunnskap hos medlemsmassen
- Stillingtaken i legeforeninger i andre land
- Internasjonale etiske regler
- WMA-policy
- Andre lands lovgivning
- BMAs utredning
- Pro et contra argumenter
- Samtykkeproblematikk
- Normglidning

- Implikasjoner og konsekvenser av ulike posisjoner for Legeforeningen
- Ulike syn på om dødshjelp er en medisinsk handling

Det har vært noe kontakt mellom Legeforeningen og forslagsstillerne, og mellom Rådet for legeetikk og forslagsstillerne i anledning dette kunnskapsgrunnlaget.

2 Begrepsbruk

2.1 Begrepsbruk i dette kunnskapsgrunnlaget

I debatten om dødshjelp er begrepsbruk et sentralt og debattert tema [1]. Rådet for legeetikk anerkjenner at hvilke begreper man velger å bruke har stor betydning. I dette dokumentet brukes begrepene i Etiske regler for leger § 5 fordi det er denne bestemmelsen det er foreslått å endre.

For å unngå misforståelser redegjøres det i punkt 2.3 kort for enkelte andre begreper som brukes i debatten, og hvordan disse relaterer seg til begrepene i Etiske regler for leger.

2.2 Hva er dødshjelp?

Dødshjelp er å ta livet av en person på personens frivillige, samtykkekompetente forespørsel, eller å hjelpe personen til å ta sitt eget liv. Det er altså snakk om handlinger hvor noen med hensikt bidrar til å framskynde dødstidspunktet hos et annet menneske. Det skilles normalt mellom to ulike former for dødshjelp: eutanasi og assistert selvmord. I henhold til norsk lov og Etiske regler for leger skal leger verken utføre eutanasi eller assistert selvmord. Vi viser til punkt 3.4.

2.1.1 Eutanasi

Ved eutanasi injiserer legen medikamenter i pasienten på dennes uttrykte, frivillige og kompetente vilje med den hensikt at pasienten skal dø. Se Etiske regler for leger kapittel I § 5 og World Medical Associations erklæring om eutanasi og assistert selvmord.

Forslagsstillerne bruker begrepet eutanasi på samme måte som i Etiske regler for leger kapittel I § 5.

2.1.2 Legeassistert selvmord

Ved legeassistert selvmord gir legen pasienten tilgang til en dødelig dose medisiner, enten direkte eller via resept. Pasienten inntar så selv medisinene. Også her må dette skje på pasientens uttrykte, frivillige og kompetente vilje. Se Etiske regler for leger kapittel I § 5 og World Medical Association erklæring om eutanasi og assistert selvmord.

Forslagsstillerne bruker begrepet "legeassistert livsavslutning" om dette, se punkt 2.3.

2.2 Hva er ikke dødshjelp?

Behandlingsbegrensning innebærer at helsepersonell ikke starter, eller at helsepersonell avslutter behandling som bidrar til å holde pasienten i live. Dette fører til at pasienten dør av sin underliggende sykdom.

Med **lindrende sedering** menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte. Det følger av Legeforeningens retningslinjer for lindende sedering i livets sluttfase at det normalt bare skal gis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve[2]. Videre fremgår det av retningslinjene at formålet er tilstrekkelig lindring, samtidig som det tilstrebes at sederingen ikke fremskynder døden.

Etiske regler for leger kapittel I § 5 presiserer at verken lindrende sedering eller begrensning av livsforlengende behandling er dødshjelp.

---

[1] Se for eksempel Materstvedt, s. 23 med henvisning til Moen og Sterri

[2] retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-sluttfase-2014.pdf (legeforeningen.no)

2.3 Kort om andre begreper

Aktiv dødshjelp brukes synonymt med dødshjelp, altså slik at det omfatter både legeassistert selvmord og eutanasi.

Passiv dødshjelp er en fellesbetegnelse på det å unnlate eller slutte med behandling. Pasienten dør av sin underliggende sykdom. Begrepet kan derfor kritiseres for å omtale dette som en form for dødshjelp. Rådet for legeetikk sin oppfatning er at begrepet brukes i stadig mindre grad. Nå brukes i stedet begreper som behandlingsbegrensning, behandlingsavslutning og lignende. I Danmark omtales dette fortsatt som passiv dødshjelp.

Forslagsstillerne bruker begrepet **legeassistert livsavslutning**. Rådet for legeetikk forstår det som at dette begrepet har samme meningsinnhold som legeassistert selvmord.

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg med lindrende formål for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer[3].

Verdighet er et begrep som brukes i diskusjonen om dødshjelp. Begrepet har ikke et entydig innhold. Når det gjelder dødshjelp, kan verdighetsbegrepet blant annet knytte seg til den fysiske og psykiske situasjonen et menneske befinner seg i, hvordan man selv opplever situasjonen og hvordan man blir møtt på av samfunnet og enkeltpersoner. Vurderingen av hva som er verdig ved livet utgang er enormt varierende når vi tar hensyn til mangfoldet i vår befolkning og dertil ulike ståsted i livssyns-, etiske- og verdispørsmål. Uansett hvilken side av dødshjelpdebatten man står på, kan man snakke om verdig liv og verdig død som et argument for sitt synspunkt [4].

Uutholdelig lidelse er et begrep som brukes i diskusjonen om dødshjelp, blant annet som begrunnelse for ønsket om å avslutte livet. På samme måte som med "verdighet", har ikke begrepet et entydig innhold. Rådet for legeetikk skriver mer om begrepet i punkt 8.6.4.

---

[3] Lindrende behandling i livets sluttfase - Helsedirektoratet

[4] For eksempler på hvordan begrepet "verdighet" oppfattes ulikt i dødshjelpsdebatten, se blant annet nettsidene til Foreningen Retten til en verdig død (www.aktivdodshjelp.org) og Siri Brelin, *Kan lindrende behandling fjerne behovet for dødshjelp?* I Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk (Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk | Nordic Open Access Scholarly Publishing)

3 Etiske regler for leger

3.1 Forholdet mellom juss og etikk

Etiske regler for leger ble vedtatt i 1961. Det er Legeforeningens landsstyre som fastsetter og eventuelt endrer disse reglene. Rådet for legeetikk er Legeforeningens sakkyndige organ i legeetiske spørsmål. En av oppgavene til rådet er å behandle klager på leger etter Etiske regler for leger. Rådets avgjørelser er bindende for medlemmer av Legeforeningen.

Etiske regler for leger fastslår hva som er etiske legeadferd, og sier ikke noe om hvilke etiske regler som skal gjelde i samfunnet generelt. Reglene er profesjonsetikk for leger. Andre profesjoner har sitt eget etiske regelverk.

At noe er lovlig betyr ikke automatisk at det er etisk. På samme måte er det ikke gitt at noe som er ulovlig også er uetisk. Det er med andre ord ikke nødvendigvis samsvar mellom juss og etikk. Dødshjelp er ulovlig og straffbart i Norge. Per i dag er det altså samsvar mellom juss og legeetikk på dette området.

Hvorvidt jussen skal endres er det opp til lovgiver å vurdere. Dette viser også forslagsstillerne til. De skriver:

> Hvorvidt Norge bør legalisere dødshjelp er først og fremst et helse- og omsorg-politisk samfunnsspørsmål, og bør finne sin løsning i de lovgivende organer, på linje med f.eks. abortloven, fosterantallreduksjon og eggdonasjon.

Jussen oppstår ikke i et vakuum. Juss er utslag av at man som samfunn vekter ulike verdier, interesser og etiske prinsipper mot hverandre, og rettsutvikling skjer på bakgrunn av endringer i denne vektingen. Hvordan ulike samfunnsaktører stiller seg til etiske spørsmål, kan få betydning for hvorvidt rettstilstanden endres på et område, og i så fall på hvilken måte. Man kan altså ikke se Etiske regler for leger isolert fra lovgivningen. Legeforeningen er en helsepolitisk aktør, og en endring av Etiske regler for leger vil være et innlegg i samfunnsdebatten.

3.2 Formålet med å ha etiske regler for leger

Den Almindelige danske lægeforening har følgende fortale i sine etiske regler:

> Lægens opgave er at arbejde for sundhed og livskvalitet hos sine patienter og i det omgivende samfund. Den rolle indeholder et stort ansvar, og den forudsætter tillid både til den enkelte læge og til lægestanden[5].
>
> Derfor skal lægen altid handle på en måde, som viser lægen værdig til den tillid fra patienter, kolleger og samfund, som varetagelse af lægerollen kræver

Ut ifra fortalen kan man lese at formålet med reglene er å veilede legene i deres adferd slik at de opptrer i tråd med forventningene til legerollen. Det samme hensynet ligger bak de norske etiske reglene.

3.3 Etiske regler for leger kapittel I § 1

Etiske regler for leger kapittel I § 1 er:

> En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den.

[5] laegeforeningens_etiske_principper.pdf (laeger.dk)

> Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forholdet til pasient og samfunn.

Dette er fanebestemmelsen i det etiske regelverket. Øvrige bestemmelser må derfor ses i sammenheng med denne. Ved endring av kapittel I § 5 må man vurdere om det også kreves endring av kapittel I § 1.

3.4 Etiske regler for leger kapittel I § 5 om dødshjelp

Etiske regler for leger kapittel I § 5 er:

> Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, som begge er handlinger hvor legen med hensikt bidrar til å framskynde dødstidspunktet. Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling er ikke å regne som dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets sluttfase, der hensikten er kontroll med symptomer som ikke lar seg lindre på annen måte.

Bestemmelsen fastslår at leger ikke skal gi dødshjelp. I tillegg definerer den hva dødshjelp er, og sier også hva som ikke er dødshjelp.

Bestemmelse om dødshjelp kom inn i de etiske reglene i 1994, i forbindelse med at hele kapittel I med alminnelige bestemmelser ble revidert. Det fremgår av saksframlegg at bestemmelsen om dødshjelp la seg på samme linje som Rådet for legeetikk hadde gitt uttrykk for ved flere anledninger.

Ordlyden har blitt justert ved to anledninger. Dette var den første ordlyden[6]:

> Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Aktiv dødshjelp, dvs. tiltak som har til hensikt å fremskynde pasientens død, må ikke anvendes. En lege må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

Sentralstyret fremmet i 2014 dette endringsforslaget:

> Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Eutanasi, dvs. tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død, må ikke anvendes. En lege må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som eutanasi.

Landsstyret vedtok imidlertid:

> Når det gjelder § 5 vedtas følgende: Bestemmelsen i § 5 opprettholdes uendret. Landsstyret ser behov for en vurdering av begrepsbruken i bestemmelsen. Saken sendes tilbake til Rådet for legeetikk for nærmere avklaring.

Rådet for legeetikk avholdt seminar om eutanasi og behandlingsavslutning oktober 2014. Blant annet ble ny formulering i Etiske regler for leger kapittel I § 5 diskutert, og det ble avholdt en nettdiskusjon om den konkrete formuleringen i etterkant av seminaret.

Rådet for legeetikk vurderte begrepsbruken og fremmet forslag for landsstyret 2015. Forslaget ble enstemmig vedtatt. Ny ordlyd ble:

---

[6] Bakgrunnen er kort omtalt i Beretning for Rådet for legeetikk 1.5.1993- 1.7.1994, gjengitt i Tidsskriftet: Tidsskr Nor Lægeforen nr 22.1994; 114, 2663 – 2675.

> Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

Lars Johan Materstvedt kritiserte den nye formuleringen i Tidsskriftet i 2016[7].

Dagens formulering ble lagt fram av Rådet for legeetikk for Landsstyret i 2021. Den ble enstemmig vedtatt.

3.5 Mulige vedtak i landsstyret

Dersom landsstyret skal behandle et forslag om endring av reglene, er det flere mulige utfall. I dette punktet ser Rådet for legeetikk på hva de ulike vedtakene vil bety for Legeforeningens etiske standpunkt. Dette er gjort med utgangspunkt i hvordan vi forstår forslagsstillernes forslag basert på teksten i forslaget og annen dialog med dem.

Et utfall er å vedta å fjerne dagens bestemmelse om dødshjelp. Dette vil i praksis svare til forslagsstillernes primære standpunkt. Forslaget deres går konkret ut på å fjerne første setning i bestemmelsen. Rådet for legeetikk kan imidlertid ikke se at den resterende teksten i bestemmelsen gir mening uten første setning. Dette er fordi den resterende teksten beskriver hva som ikke er dødshjelp. Dette er ikke en etisk regel.

Forslagsstillerne skriver at de ønsker at Legeforeningen skal stille seg "nøytral til dødshjelp". Rådet for legeetikk viser til at et nøytralt standpunkt er å være verken for eller imot dødshjelp. Dette innebærer å innta et standpunkt som ligger midt mellom disse to ytterpunktene. Et spørsmål er om det å gå fra å være imot, til ikke å omtale dødshjelp, er det samme som å være nøytral. Hvis svaret er nei, hvordan skal nøytralitet oppnås, i en situasjon der de etiske reglene til nå har gitt uttrykk for at leger ikke skal utføre dødshjelp?

I 2021 endret British Medical Association sitt standpunkt på dødshjelp fra å være mot at aktiv dødshjelp skal være tillatt, til å være såkalt nøytrale. Dette standpunktet beskrives slik av lederen av etikkomiteen[8]:

> Moving to a position of neutrality means that the BMA will not lobby for or against a change in the law, but far from remaining silent on the issue, we will continue to represent the views, interests and concerns expressed by our members.

Etiske regler for leger representerer en generell vurdering av etikken. Dersom Etiske regler ikke lenger har en bestemmelse om dødshjelp, blir det opp til den enkelte lege å vurdere hva som vil være den etiske handlingen i det enkelte tilfellet. Legeforeningen vil da ikke lenger ha etiske retningslinjer som kan veilede legene. Dette kom tydelig fram da Californias legeforening inntok et nøytralt standpunkt[9]:

> "As physicians, we want to provide the best care possible for our patients. However, despite the remarkable medical breakthroughs we've made and the world-class hospice or palliative care we can provide, it isn't always enough," said CMA President Dr. Luther Cobb. "The decision to participate in the End of Life Option Act is a very personal one between a doctor and their patient, which is why CMA has removed policy that outright objects to physicians aiding terminally ill patients in end of life options".

---

[7] Legeforeningens uklarhet om «aktiv dødshjelp» | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
[8] BMA moves to neutral stance on assisted dying
[9] California Medical Association Changes Aid-in-Dying Position - ABC News (go.com)

Et annet utfall er å vedta å endre bestemmelsen ved å tillate én form for dødshjelp, og ikke den andre. Dette tilsvarer forslagsstillernes sekundære forslag. Forslaget innebærer at leger kan utføre legeassistert selvmord "på pasientens uttrykkelige anmodning, og etter de til enhver tid gjeldende lover og retningslinjer".

Slik Rådet for legeetikk forstår forslaget, innebærer det at Legeforeningen da mener at leger kan bidra til assistert selvmord. Dette er i så fall noe annet enn nøytralitet. I forslaget til ny ordlyd nevnes ikke eutanasi, men det fremgår av saksfremstillingen at forslagsstillerne mener leger ikke skal utføre eutanasi. Spørsmålet blir da om det å ikke omtale eutanasi er uttrykk for å være nøytral til, eller imot dette.

Det siste alternativet innebærer at Legeforeningen fortsatt vil være imot at leger utfører dødshjelp.

4 Pasientens rettigheter i livets sluttfase

4.1 Innledning

Her redegjør Rådet for legeetikk for hvilke rettigheter pasienter og pårørende har i livets sluttfase etter dagens regelverk. Formålet er å sikre at diskusjonen om dødshjelp baseres på kunnskap om selvbestemmelse og medvirkning i denne fasen av livet.

Norsk palliativ forening definerer livets sluttfase slik[10]:

> Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset på grunn av høy alder, uhelbredelig sykdom, ulykke eller skade. Det finnes ingen entydig definisjon på dette. Både i forskningssammenheng og andre sammenhenger (økonomiske ytelser og stønader, forsikringssammenheng etc.) ser vi at dette gjerne defineres som maksimalt 6–12 måneder, av og til kortere. I klinisk sammenheng vil man ofte definere det som uker eller dager.

Rådet for legeetikk har valgt å bruke begrepet "pasient" i dette kapittelet fordi det er dette som brukes i den lovgivningen som regulerer rettigheter i livets sluttfase. Rådet for legeetikk bruker ikke dette begrepet gjennomgående i resten av dokumentet, fordi det ikke er gitt at en person som ønsker dødshjelp også er en pasient. Det vil blant annet bero på om dødshjelp skal regnes som en form for helsehjelp.

Vi vet lite om holdninger og kunnskap i befolkningen når det gjelder hvilke rettigheter de har i denne fasen av livet. Rådet for legeetikk gjennomførte i 2021 en undersøkelse sammen med Senter for medisinsk etikk som gir en pekepinn [11]. Der fremkommer det at 43,5 prosent er litt enige og 23,6 prosent svært enige i påstanden:" Jeg tror at mange pasienter holdes i live mot sin vilje".

42 prosent mener at for mange pasienter er ikke smertelindringen god nok. 89 prosent synes å være trygge på at de selv skal få god smertelindring.

4.2 Rett til å motsette seg livsforlengende behandling

En døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 andre avsnitt. Å motsette seg livsforlengende behandling faller inn under det som omtales som behandlingsbegrensning i Etiske regler for leger kapittel I § 5. I diskusjonen om dødshjelp ser vi enkelte steder at behandlingsbegrensning beskrives som å «fremskynde døden». Det er en misvisende beskrivelse. Behandlingsbegrensning handler om å la naturen gå sin gang, i stedet for å forsøke å utsette døden.

Rett til behandlingsbegrensning inntrer når pasienten er døende. I denne sammenheng må «døende» forstås som at pasienten innen nær fremtid vil dø uten den livsforlengende behandlingen, og at det ikke er noen utsikter til bedring eller helbredelse. Begrepet vil ifølge juridisk teori også omfatte kronisk dødssyke pasienter der kroppens dødsprosesser ikke er i gang[12].

---

[10] Begrep – Norsk Palliativ Forening

[11] Befolkningens kunnskaper og holdninger om beslutninger ved livets slutt | Tidsskriftet Michael (michaeljournal.no)

[12] For denne diskusjonen, se Aslak Syse, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, 4. utg., Gyldendal Juridisk, 2015.

Med livsforlengende behandling menes all behandling og alle tiltak som kan utsette en pasients død[13]. Eksempler på dette er:

- hjerte-lungeredning
- annen pustehjelp og hjertestimulerende legemidler
- ernærings- og væskebehandling
- dialyse
- antibiotika
- kjemoterapi

En døende pasient kan med andre ord bestemme at disse og lignende tiltak skal avsluttes eller ikke igangsettes. Når slik behandling ikke startes, eller behandlingen avsluttes, vil sykdommen dermed gå sin naturlige gang.

Undersøkelsen publisert i Michael viser at åtte av ti nordmenn tror at pårørende har ansvar for avgjørelser om livsforlengende behandling, når pasientene ikke kan ta beslutninger selv[14]. Dette er feil. Det riktige er at helsepersonellet som er ansvarlig for helsehjelpen fatter beslutninger om behandling til pasienter som ikke kan samtykke. Helsepersonellets avgjørelse må tas i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Helsepersonellet skal handle i tråd med de de tror er pasientens ønske. Dette fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6. Hva *pårørende* selv ønsker er ikke et vurderingstema. Helsepersonell skal imidlertid innhente informasjon fra pårørende om hva de mener *pasienten* ville ha ønsket. Dette gjelder også beslutninger i livets sluttfase, for eksempel beslutningen om å avslutte livsforlengende behandling.

Når det er besluttet at livsforlengende behandling skal opphøre, skal behandlingen rettes mot pasientens plager og pleiebehov og mot behov for eksistensiell og psykologisk støtte [15.] Her inngår også lindrende sedering [16.]

Overbehandling kan defineres som "behandling som i sum ikke gagner pasienten, fordi bivirkninger, andre ulemper ved behandlingen og lav livskvalitet ikke oppveies av den eventuelle ekstra levetiden som behandlingen gir" [17]. Faglandsrådet i Legeforeningen kom i 2020 med en uttalelse om overbehandling i livets sluttfase[18]. Der heter det blant annet:

> Muligheten for en verdig avslutning med best mulig livskvalitet skal vektlegges i vurderinger om hva som er til pasientens beste. Leger som behandler pasienter med alvorlig sykdom bør gjennomføre samtale om livsmål, holdning til livsforlengende behandling, mv. Pasienten skal få informasjon om fordeler og ulemper ved fortsatt behandling, og pasientens ønsker skal vektlegges. Beslutninger om behandling i livets siste fase medfører behov for vurdering av medisinske, psykososiale og etiske problemstillinger.

---

[13] Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling – Veileder.pdf (helsedirektoratet.no)
[14] Befolkningens kunnskaper og holdninger om beslutninger ved livets slutt | Tidsskriftet Michael (michaeljournal.no)
[15] Smith R (2000) BMJ 320:129-130
[16] Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH: Medisinsk og faglig etikk, Gyldendal 2014 s 181
[17] Etikk ved livets slutt i Etikk i Helsetjenesten (Magelssen M, Førde R, Lillemoen L og Pedersen R, Gyldendal 2020
[18] resolusjon-medisinsk-overaktivitet-i-livets-sluttfase-pdf.pdf (legeforeningen.no)

4.2.1 Hvordan identifisere livets slutt, og hvorfor er det viktig?

Rådet for legeetikk har innhentet et eksternt bidrag for å belyse hvorfor behandlingsbegrensning kan være til det beste for pasienten, og hvordan man vurderer livets siste dager, særlig med sikte på hvorfor man avslutter næring og drikke. Bidraget er skrevet av Bettina Elisabeth Franziska Sandgathe Husebø, professor og leder for Senter for alders- og sykehjemsmedisin, Universitetet i Bergen.

Av Bettina Elisabeth Franziska Sandgathe Husebø

«Point of no return»

Kjellstadli et al brukte norske registerdata for å undersøke hvor og hvorfor folk dør i Norge [19] [20] [21] [22]. Vi fant at 36,8 % av alvorlig syke hjemmeboende personer ble innlagt på sykehus i løpet av den siste uken av deres liv, hvorav 9 av 10 døde på sykehuset. Begynnelsen av dødsprosessen kan sjelden forutsies prospektivt. Det bidrar til at fastlegenes hjemmebesøk ofte for sent, og unødvendige livsforlengende tiltak utføres uten adekvate alternativer til pasient og pårørende på sykehus.

Gjennom praktisk erfaring fra omsorgspersoner ved livets slutt, beskrives døende som å nå et "point of no return", definert som "den sviktende fysiske tilstanden som en person ikke helbredes fra; dette markerer øyeblikket hvorfra livsforlengende behandling bør unngås". I denne tolkningen markerer "point of no return" begynnelsen på den oppfattede dødsprosessen. Hvis vi var i stand til å identifisere stadiet, kunne vi redusere ubalansen mellom forlengelse og velvære. Innenfor eldre- og demensomsorgen er identifikasjonen av denne tilstanden basert på anekdotiske bevis eller instinktet til sykehjems ansatte. Mer kunnskap forutsettes for å kunne diskutere de ulike tilnærminger til aktiv, passiv, indirekte dødshjelp og legeassistert selvmord.

The Value of Death

Vår nye The Lancet-kommisjoner rapport, beskriver at døden har endret seg radikalt i løpet av den siste generasjonen, den kommer senere i livet for mange, den er ofte langvarig, og har flyttet fra familien til institusjoner[23]. Sykehusbehandlinger fortsetter ofte inn i de siste timene av livet, mens vurdering og behandling av smerte og belastende symptomer er utilstrekkelig for døende sykehjemspasienter med demens. Det er behov for bedre kunnskap om dødsprosessen og dens tidslinje. Å erkjenne at en person med demens nærmer seg livets slutt er krevende da klare markører mangler, og informert, kontinuerlig observasjon ikke er realistisk, fordi denne fasen av livet er ofte

[19] MacNeil Vroomen JL, Kjellstadli C, Allore HG, van der Steen JT, Husebo B. Reform influences location of death: Interrupted time-series analysis on older adults and persons with dementia. PLoS One. 2020;15(11):e0241132.
[20] Kjellstadli C, Allore H, Husebo BS, Flo E, Sandvik H, Hunskaar S. General practitioners' provision of end-of-life care and associations with dying at home: a registry-based longitudinal study. Fam Pract. 2020;37(3):340-7.
[21] Kjellstadli C, Han L, Allore H, Flo E, Husebo BS, Hunskaar S. Associations between home deaths and end-of-life nursing care trajectories for community-dwelling people: a population-based registry study. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):698.
[22] Kjellstadli C, Husebo BS, Sandvik H, Flo E, Hunskaar S. Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study. BMC Palliat Care. 2018;17(1):69.
[23] Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. Lancet. 2022;399(10327):837-84.

lang og gradvis[24]. Det kan være overraskende vanskelig å erkjenne at en person har startet å dø, at vedkommende aktivt dør[25]. Når atferdsmessige og psykologiske endringer ved demens (APSD), smerte og andre belastende symptomer er ikke diagnostisert og behandlet så er det en stor fare for etiske utfordringer.

Å dø er et lite utforsket tema og oppfatningen av omsorgsteamet på sykehjem (sykepleiere, omsorgsarbeidere og leger) er ofte subjektiv. I mitt kliniske arbeid som spesialist i anestesiologi, intensivbehandling, palliasjon og sykehjemsmedisin har jeg hatt ansvar for mer enn 2000 personer i livets slutt. Med denne erfaringen antar jeg at mangel på kunnskap knyttet til å identifisere at noen er døende fører ofte til systematisk feil-behandling med ineffektive og kostbare inngrep, men også potensiell skade gjennom feilaktige tilnærminger [26].

Demens

Demens påvirker for tiden omtrent 55 millioner mennesker over hele verden. I Norge er om lag 110 000 mennesker rammet, og antallet vil dobles innen 2050. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, er institusjonalisering på sykehjem vanlig praksis i Norge, selv om mange foretrekker å leve og, når det er mulig, dø hjemme [27]. Demens reduserer den totale levealderen til pasientene, men personer med demens dør ikke nødvendigvis av sykdommen, snarere *med* den. Forventet levetid etter diagnose er mellom 4-12 år, avhengig av type demens, pasientens alder på diagnosetidspunktet og tilstedeværelsen av sammensatte sykdommer, for eksempel hypertensjon eller diabetes [28].

Utfordring med å dø med demens

NICE-retningslinjene (2017), *Care of dying adults in the last days of life,* beskriver de fire vanligste forløp i livets slutt [29]: *plutselig dødsfall* (7-15 %), *terminalt syk gruppe* (20-30 %) (f.eks. kreft), organsvikt *(16-31 %) (f.eks. hjerte- og lungesykdommer) og gruppen med sammensatte sykdommer og skrøpelighet (20-47 %), inkludert demens[30].* Skrøpelighetsforløpet har en **gradvis langsom nedgang som** er vanskelig å måle[31][30]. Studier viser at personer med demens lever og dør med APSD,

[24] Sandvik RK, Selbaek G, Bergh S, Aarsland D, Husebo BS. Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(9):821-7.
[25] Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. Lancet. 2022;399(10327):837-84.
[26] Husebo BS, Flo E, Engedal K. The Liverpool Care Pathway: discarded in cancer patients but good enough for dying nursing home patients? A systematic review. BMC Med Ethics. 2017;18(1):48.
[27] Faeo SE, Husebo BS, Bruvik FK, Tranvag O. "We live as good a life as we can, in the situation we're in" - the significance of the home as perceived by persons with dementia. BMC Geriatr. 2019;19(1):158.
[28] Goodman C, Amador S, Elmore N, Machen I, Mathie E. Preferences and priorities for ongoing and end-of-life care: a qualitative study of older people with dementia resident in care homes. Int J Nurs Stud. 2013;50(12):1639-47.
[29] Habiger TF, Achterberg WP, Flo-Groeneboom E, Mannseth J, Husebo BS. Managing Pain and Psychosis Symptoms in Nursing Home Patients: Results from a Cluster-Randomized Controlled Trial (COSMOS). J Am Med Dir Assoc. 2021;22(8):1692-8.
[30] Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. British Medical Journal. 2005;330(7498):1007-11.
[31] Ibid

ubehandlet smerte og plagsomme symptomer (f.eks. angst, dyspné, dødsralling) [32 33 34 35 36 37 38]. En amerikansk studie ved Mitchell et al. (2009) fant lungebetennelse, gjentatte feberepisoder og spiseproblemer øker 6-måneders dødelighetsrisiko hos personer med demens. De siste 3 måneder var preget av dyspné, smerte og trykksår[39]. En nederlandsk studie viser at den kliniske lege vurderingen indikerer 1-ukes prediktorer for dødelighet, inkludert respirasjonsfrekvens, væske- og matinntak[40] . Andre fant at det bare var mulig å identifisere en pasient som døende i løpet av en tredagersperiode [41]. En annen studie viser hyppigheten av smerte, agitasjon og dyspné (6 % til 71%) i løpet av en uke før døden inntreffer[42]. Mangel på væske- og ernæringsinntak, svakhet, dyspné og søvnighet er beskrevet som uspesifiserte indikatorer[43 44]. En analyse av 8 studier (2005-2019) med etterlatte pårørendes identifiserer bedre kvalitet på omsorgen på sykehjem, mens kvaliteten på selve behandlingen av døende ikke økte[45].

I den *prospektive* norske REDIC-studie undersøkte vi smerte og symptomer hos døende sykehjemspasienter med demens. Til tross for økt legemiddelbruk som opioider (ved smerte og åndenød), midazolam (angst og uro) og antikolinergika (dødsralling), ble det demonstrert at 53 %

---

[32] Sandvik RK, Selbaek G, Bergh S, Aarsland D, Husebo BS. Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(9):821-7.

[33] Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The Clinical Course of Advanced Dementia. New England Journal of Medicine. 2009;361(16):1529-38.

[34] Mitchell SL, Morris JN, Park PS, Fries BE. Terminal care for persons with advanced dementia in the nursing home and home care settings. J Palliat Med. 2004;7(6):808-16.[34]

[35] van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CMPM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. Palliative Medicine. 2014;28(3):197-209.

[36] Brandt HE, Deliens L, van der Steen JT, Ooms ME, Ribbe MW, Van der Wal G. The last days of life of nursing home patients with and without dementia assessed with the palliative care outcome scale. Palliat Med. 2005;19(4):334-42.

[37] Klapwijk MS, Caljouw MA, van Soest-Poortvliet MC, van der Steen JT, Achterberg WP. Symptoms and treatment when death is expected in dementia patients in long-term care facilities. BMC Geriatr. 2014;14:99.

[38] Tanghe M, Van Den Noortgate N, Deliens L, Smets T, Onwuteaka-Philipsen B, Szczerbinska K, et al. Opioid underuse in terminal care of long-term care facility residents with pain and/or dyspnoea: A cross-sectional PACE-survey in six European countries. Palliat Med. 2020;34(6):784-94.

[39] Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The Clinical Course of Advanced Dementia. New England Journal of Medicine. 2009;361(16):1529-38.

[40] van der Steen JT, Ooms ME, Ader HJ, Ribbe MW, van der Wal G. Withholding antibiotic treatment in pneumonia patients with dementia: a quantitative observational study. Arch Intern Med. 2002;162(15):1753-60.

[41] Brandt HE, Deliens L, Ooms ME, van der Steen JT, Van der Wal G, Ribbe MW. Symptoms, signs, problems, and diseases of terminally ill nursing home patients: a nationwide observational study in the Netherlands. Arch Intern Med. 2005;165(3):314-20.

[42] Hendriks SA, Smalbrugge M, Galindo-Garre F, Hertogh CM, van der Steen JT. From Admission to Death: Prevalence and Course of Pain, Agitation, and Shortness of Breath, and Treatment of These Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia. J Am Med Dir Assoc. 2015.

[43] Di Giulio P, Toscani F, Villani D, Brunelli C, Gentile S, Spadin P. Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: a retrospective study. J Palliat Med. 2008;11(7):1023-8.

[44] Honinx E, Van den Block L, Piers R, Van Kuijk SMJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Payne SA, et al. Potentially Inappropriate Treatments at the End of Life in Nursing Home Residents: Findings From the PACE Cross-Sectional Study in Six European Countries. J Pain Symptom Manage. 2021;61(4):732-42 e1.

[45] Klapwijk MS, Bolt SR, Boogaard JA, Ten Koppel M, Gijsberts MH, van Leussen C, et al. Trends in quality of care and dying perceived by family caregivers of nursing home residents with dementia 2005-2019. Palliat Med. 2021;35(10):1951-60.

hadde dyspné, 46 % smerte og 31 % angst[46]. På dødsdagen opplevde 19 % dødsralling, en støyende og plagsom respirasjon forårsaket av redusert svelgerefleks og sekresjonsansamling i halsen. 39 % døde uventet (dvs. ble ikke oppfattet som døende i tide) med potensielle konsekvenser at de pårørende ikke ble informert, etiske avgjørelser ikke tatt, og mangelfull symptomlindring[47].

Oppsummert: Diskusjonen rundt livets slutt og ulike former av dødshjelp bør også forutsette grundig kunnskap om pasientens tilstand, sykdomsforløp og symptomlindring i tillegg til ulike etiske aspekter (som ikke drøftes her).

4.2.2 Behandlingsbegrensning ved ALS

Rådet for legeetikk har innhentet et eksternt bidrag for å belyse hvordan behandlingsbegrensning skjer i praksis for en pasient med ALS. ALS er en sykdom som ofte trekkes fram i den norske debatten om dødshjelp.

Teksten er skrevet av Morten Horn, PhD, spesialist i nevrologi, overlege og fagleder i ALS-teamet, Oslo universitetssykehus.

Av Morten Horn

Det lever om lag 400 mennesker med ALS i Norge. Forventet levetid varierer, gjennomsnittlig ca. 3 år fra diagnosetidspunktet, men noen dør etter bare 1-2 år, og en tredjedel lever mer enn 5 år. Vanligste dødsårsak er respirasjonssvikt grunnet diafragmaparese og svekkelse av aksessorisk respirasjonsmuskulatur samt vansker med å holde frie luftveier. En del pasienter dør også som følge av svelgvansker, med svikt i ernærings- og væsketilførsel samt risiko for aspirasjonspneumoni. Pasienter med ALS har økt risiko for suicidalitet, og noen reiser til utlandet for å få dødshjelp. De fleste ALS-pasienter dør imidlertid i sine hjem, eller på sykehus eller sykehjem. Døden ved ALS beskrives i de aller fleste tilfeller som fredelig, enten en gradvis innsettende kullsyrenarkose, eller mer subakutt gjennom en aspirasjonspneumoni. Mer akutte, dramatiske dødsfall som følge av slimplugging forekommer, men sjelden.

Mange ALS-pasienter får under sykdomsforløpet non-invasiv ventilasjonsstøtte (NIV) og ernæring via gastrostomi (PEG), i utgangspunktet som symptomlindrende behandling. Ettersom sykdommen progredierer kan dette få mer karakter av livsforlengende behandling, f.eks. at et BiPAP-apparat tas i bruk på døgnbasis. Dersom pasienten kommer til et stadium der fortsatt livsforlengelse ikke lenger er ønsket, eller ikke lenger medisinsk indisert (f.eks. grunnet utvikling av ALS-relatert frontallappsdemens), må NIV og PEG avvikles. Oftest trenger pasienten i slike situasjoner lindrende behandling, i likhet med andre døende pasienter. Det er da også vanlig å begrense bruk av antibiotika ved livstruende infeksjoner, i samråd med pasienten.

Under 10 % av ALS-pasientene får ventilasjonsstøtte i form av trakeostomibasert invasiv ventilasjonsstøtte (TIV, «hjemmerespirator»). De fleste tilfeller av TIV etableres elektivt, etter en drøftingsprosess der man bl.a. enes om kriterier for å avslutte behandlingen. Noen etableres akutt, typisk hos pasienter med respirasjonssvikt der diagnosen ALS ennå ikke er stillet. ALS-pasienter med TIV vil ikke dø på naturlig vis gjennom respirasjonssvikt; skal de dø må det skje gjennom styrt avvikling av TIV, gjennom hjertestans, eller som følge av alvorlig komorbiditet som kreft.

---

[46] Sandvik RK, Selbaek G, Bergh S, Aarsland D, Husebo BS. Signs of Imminent Dying and Change in Symptom Intensity During Pharmacological Treatment in Dying Nursing Home Patients: A Prospective Trajectory Study. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(9):821-7.
[47] Ibid

Avvikling av TIV ble tidligere sett som kontroversielt, men har siste 15 år vært avklart som medisinsk, etisk og juridisk forsvarlig i Norge. Fordi ALS-pasienter med TIV kun kan leve grunnet TIV, er de i praksis døende. Pasienten kan som andre pasienter takke nei til fortsatt livsforlengende behandling, eller behandler kan beslutte at behandlingen ikke lenger er indisert. Ved OUS baserer vi dette på tap av evne til robust kommunikasjon, eller utvikling av ALS-relatert frontallappsdemens. Ved avvikling av TIV vil pasienten trenge lindrende behandling, i praksis sedering, for å tåle den raskt innsettende hypoksien. Pasienten dør da av sin grunnsykdom, ikke av medisineringen.

I møtet med ALS-pasienter som ønsker hjelp til å dø raskere, er det avgjørende med god og åpen dialog med behandler og pårørende. Det må journalføres HLR og respirator minus, og involverte pårørende og pleiere må informeres om dette, slik at pasienten kan føle seg trygg på å ikke bli utsatt for uønsket livsforlengende behandling, samt muligheten for god palliasjon ved livets slutt.

4.3 Lindrende behandling

Lindrende behandling, også kalt palliasjon, er behandling som skal gi best mulig symptomlindring, pleie, omsorg og livskvalitet for pasienter med uhelbredelig sykdom. Dette er behandling og omsorg rettet mot den alvorlig syke og døende pasienten og hans eller hennes reaksjoner på sykdom; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt. Integrasjon av palliasjon i tradisjonell somatisk medisin har som mål å gi et pasienttilpasset helsetilbud som kombinerer den sykdomsrettede tilnærmingen med den pasientsentrerte [48].

I Norge gis lindrende behandling i flere sammenhenger. Det kan gis både i hjemmet, på sykehjem, på sykehus og på helsehus[49]. European Association of Palliative Care har samlet informasjon om status for lindrende behandling i Europa, inkludert i Norge[50].

Det blir problematisert at det å gi store doser smertestillende kan forkorte liv, og at det derfor i realiteten er dødshjelp [51]. Dette er noe vi har lite kunnskap om. På den ene siden kan det hende at store doser opioider kan forkorte liv. På den andre siden kan man tenke at å lindre smerte, gir mindre stress og derved at den døende lever lenger. Å gi tilstrekkelig smertelindring er god medisin, der formålet er å lindre. Om dette likevel bidrar til døden, er det en utilsiktet effekt. Dette kalles i etikken *dobbelt effekt*, eller dobbelt virkning. Se mer om dette under punkt 4.4.

4.4 Lindrende sedering

Med lindrende sedering menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået (søvn fremkalt av medikamenter) for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte. Pasienten skal bare sederes tilstrekkelig dypt til at plagene lindres tilfredsstillende [52].

Lindrende sedering er en type helsehjelp som kan gis der ingen annen behandling fører fram. Hvorvidt pasienten skal få lindrende sedering er en medisinskfaglig vurdering. Dette tilsvarer andre medisinskfaglige vurderinger underveis i pasientbehandlingen. Lindrende sedering er derfor ikke en pasientrettighet på samme måte som retten til å motsette seg livsforlengende behandling.

---

[48] NOU 2017: 16 (regjeringen.no)

[49] Livsforlengande og lindrande behandling - Helsenorge

[50] UN PALIATIVOS Atlas Europa19 Proto Abr1_Miriam definitivo 17.indd (hospiz.at)

[51] Espen Gamlund og Carl Tollef Solberg: Livshjelp eller dødshjelp? I hva er Døden s 65. Universitetsforlaget, Oslo 2020

[52] retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-sluttfase-2014.pdf (legeforeningen.no)

Ifølge retningslinjer for lindrende sedering i livets sluttfase skal denne behandlingen normalt bare gis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve.

Hvorvidt pasienten har få dager igjen å leve er en tverrfaglig vurdering av minst én behandlingsansvarlig lege og sykepleier. Den skal inneholde refleksjon rundt progredierende sykdomsutvikling, funksjonsnedsettelse og forventet forverring, samt en eliminering av reversible årsaker.

4.4.1 Lindrende sedering og prinsippet om den dobbelte effekt

Nedenfor deler Siri Brelin, medlem i Rådet for legeetikk, noen av sine erfaringer og refleksjoner som palliasjonslege.

Av Siri Brelin

Hvorvidt lindrende sedering kan fremskynde døden har vært gjenstand for både forskning og debatt. Prinsippet om «den dobbelte effekt» som sier at en handling med en potensiell negativ effekt (pasientens død) rettferdiggjøres hvis effekten ikke er tilsiktet og handlingen er nødvendig for å oppnå en proporsjonalt positiv effekt (lindring av pasientens lidelse), er tilgrunnliggende for at lindrende sedering er tillatt i Norge. Det er altså hensikten eller intensjonen ved behandlingen som gjør den både lovlig og etisk akseptabel. Strafferettslig vil en handling med en sannsynlighet på over 50% for en negativ effekt, kunne sies å ha et sannsynlighetsforsett ved seg. Sannsynlighetsforsett foreligger når man anser en konsekvens av en handling som sikker eller overveiende sannsynlig.

I forbindelse med etableringen av retningslinjene uttalte Rådet for legeetikk at hos en døende pasient med «svake og ustabile funksjoner i vitale organsystemer, vil også mulige bivirkninger av selv en forsiktig titrert lindrende sedering kunne inntreffe lettere. Dette gjelder tap av frie luftveier, hemming av åndedrett og blodsirkulasjon. Dette vil kunne påskynde dødsprosessen.» (Rådet for legeetikk, 2001). Imidlertid foreligger det studier som ikke viser noen fremskynding av døden ved bruk av lindrende sedering, snarere det motsatte, - lindrende sedering kan også forsinke dødsprosessen (Johnson, et al., 2017). Det er således fortsatt usikkert om lindrende sedering vil bidra til å fremskynde døden, men behandlingen er allikevel allment akseptert fordi intensjonen om lindring er premissleverandør ettersom sedering anses som det minste ondet når alternativet er å la pasienten fortsette å lide.

Kritikere av prinsippet om den dobbelte effekt vil hevde at dersom man ved hjelp av prinsippet kan unngå å ta et verdivalg, rett og slett ved å ignorere handlingens uønskede konsekvenser, vil prinsippet bidra til hyklersk tilnærming til moralsk-etiske spørsmål (Williams, 1958). På den annen side er nettopp en forsvinnende liten risiko for et negativt utfall sammen med en høy sjanse for et positivt utfall, dét som ligger til grunn for at man i det hele tatt utøver medisinske tiltak. Til mine pasienter og deres pårørende sier jeg i slike situasjoner at vi tilstreber lindring uten at dødsprosessen i seg selv påvirkes, men at vi ikke sikkert kan utelukke en påvirkning av prosessen. Jeg har til gode å treffe pasienter eller pårørende som ikke aksepterer anvendelsen av prinsippet om den dobbelte effekt på denne måten.

Lindrende sedering har åpenbart både ønskede og uønskede konsekvenser. De ønskede konsekvensene er at pasientens lidelser minker, og man oppnår at pasienten får en rolig død uten opplevd lidelse. På den annen side mister pasienten kontakten med sine pårørende og vise versa. Når man blir sedert og mister evnen til å kommunisere, kan det diskuteres om man blir fratatt sitt ”jeg”, og sin autonomi, og dermed allerede på et vis er fratatt livet. Samtidig kan det hevdes at selv om det er en autonom avgjørelse om man ønsker å motta lindrende sedering i livets sluttfase, vil

lidelsestrykket kunne gjøre at samtykket til behandlingen gis uten noe opplevd valg. Noen vil også hevde at det er liten forskjell mellom å være bevisstløs og død, slik at man like gjerne kunne utøvd aktiv dødshjelp. Mot dette står argumentet om livets og menneskeverdets ukrenkelighet, universelle verdier som også Menneskerettighetene bygger på. Jeg mener at det er essensielt å holde fast ved skillet som går mellom liv og død. Så lenge pasienten befinner seg i en komatøs tilstand vil muligheten for oppvåkning være til stede, noe som er en relevant forskjell. Døden er ugjenkallelig.

4.4.2 Lindrende sedering ved ALS

Rådet for legeetikk har bedt om beskrivelse av et tilfelle av lindrende sedering fra Norsk forening for palliativ medisin. Anne Fasting, leder i foreningen og spesialist i allmennmedisin, har skrevet teksten. Den gjelder pasient med langtkommen ALS fordi dette er en sykdom som ofte trekkes fram i den norske debatten om dødshjelp.

Av Anne Fasting

Pasienten er rundt femti år, bor alene og har ingen barn. Bor i egen leilighet i samme hus som nær slektning. Liten familie og begrenset sosialt nettverk. Arbeidet 50 % inntil nylig, og har nå søkt uføretrygd.

Diagnostisert med ALS for noen få år siden. Pasienten har blitt fulgt opp ved nevrologisk avdeling og lungepoliklinikk pga økende respirasjonssvikt med behov for BIPAP på natt. Siste tre år økende respirasjonssvikt type 2 med hyperkapni og hypoksi (høyt nivå av CO_2 og lavt nivå av oksygen i blodet, red.anm.).

Pasienten har vært tydelig på at hen ikke ønsker livsforlengende behandling, herunder PEG eller intubasjon/trakeotomi. Siste tiden økt behov for BIPAP/maskeventilasjon, nå også på dagtid. Ved siste kontroll på lungepoliklinikken har pasienten gitt uttrykk for å ville reise til Sveits for hjelp med assistert selvmord, men har ikke pust eller krefter til å gjennomføre dette.

Pasienten innlegges kort tid etter med akutt respirasjonssvikt og sannsynlig pneumoni. Får iv antibiotikabehandling og intensivert BIPAP/NIV. Pasienten fremstår som nedstemt og mulig deprimert. Henvises tilsyn fra palliativt team.

Under samtale med palliativt team gjentar pasienten ønsket om å kunne få hjelp til å avslutte livet, men innser at reisen ikke lar seg gjennomføre. Pasienten vet at assistert selvmord/eutanasi ikke er mulig i Norge. Etter oppstart med maskeventilasjon også på dagtid har livskvaliteten blitt svært redusert. Pasienten fremstår ikke deprimert, men lei seg for at over å ikke ha det samme livet som for en tid tilbake og for ikke å være selvhjulpen lenger.

Vi snakker om muligheter for best mulig lindring av tung pust og angst, herunder også mulighet for lindrende sedering hvis pasienten bestemmer seg for å avslutte livsforlengende behandling. Vi informerer også om at døden sannsynligvis vil inntre innen kort tid dersom BIPAP koples fra og antibiotikabehandling avsluttes. Pasienten vurderes helt klar og som samtykkekompetent i denne samtalen.

Etter samtalen er pasienten lettet. Hen hadde tidligere ikke visst om mulighet for god lindring med eventuell sedering for å lindre tung pust og kvelningsfornemmelse i forbindelse med avslutning av livsforlengende behandling, som i dette tilfellet består i å koble av BIPAP/maskeventilasjon som holder pasienten i live.

Vi ber pasienten snakke med pårørende og tenke nøye over beslutning om å avslutte BIPAP til neste dag og vil ha ny samtale med pasient og pårørende da. Pasienten får ordinert lavdose morfin og midazolam inj sc (injisert subkutant, red.anm.) ved behov for å dempe tung pust og angst i mellomtiden.

Neste dag bekrefter pasienten ønsket, og pårørende støtter ønsket om å koble fra assistert ventilasjon og seponere iv antibiotika. Man har i mellomtiden oppnådd god lindring med intermitterende doser morfin og midazolam. Det er enighet i behandlingsteamet om å starte lindrende sedering. Alle er innforståtte med at pasienten er samtykkekompetent og selv kan bestemme hvor lenge hen vil motta livsforlengede behandling.

Det etableres en kontinuerlig infusjon med morfin og midazolam med dosering styrt ut fra behovsdoser gitt siste 24 timer. Når pasienten sover, trappes trykkstøtte ned og BIPAP seponeres innen 30 minutter. Pasienten dør 14 timer senere uten å ha kommet til bevissthet.

4.5 Behandlingsplaner i livets siste dager

Liverpool Care Pathway er en plan for observasjoner og lindrende medisinering når pasienten er vurdert å være døende. Igangsetting av planen gir mulighet for delegert administrasjon av «de fire siste medikamentene» (morfin, haloperidol, midazolam, glykopyrroniumbromid) til sykepleier, samtidig som unødvendig medikasjon seponeres. Individuell tilpasning av doser foretas av ansvarlig lege. Tilførsel av kunstig næring eller intravenøs væske er vanligvis å anse som unødvendig, men tidvis benyttes små volum væske for å unngå ubehagelig dehydrering og redusere dehydreringsrelaterte bivirkninger av medikamentene som benyttes.

"Livets siste dager – plan for lindring i livets sluttfase" er en videreutvikling av Liverpool Care Pathway, tilpasset bruk i Norge. Den er basert på internasjonale prinsipper og nasjonale råd for omsorg til døende. Bruken av planen kan sikre en felles ramme og struktur for behandling, pleie og omsorg i livets sluttfase[53]. Denne planen gjelder kun for livets aller siste dager eller timer. Det er en legeoppgave å vurdere om pasienten er i sine aller siste dager eller timer.

[53] Brosjyre_Kort orientering om_Livets siste dager.pdf (helse-bergen.no)

5 Sentrale etiske problemstillinger

5.1 Innledning

Formålet med dette kapittelet er å peke på det vi oppfatter som noen av de mest sentrale etiske spørsmålene i debatten om dødshjelp, både i Norge og i andre land. Kapittelet er ikke ment som en uttømmende oversikt over alle etiske problemstillinger knyttet til dødshjelp.

Utgangspunktet er grunnleggende medisinsketiske prinsipper, men vi vil også peke på enkelte etiske problemstillinger av mer allmenn karakter.

5.2 Er dødshjelp forenelig med grunnleggende medisinsketiske prinsipper?

Innenfor medisinsk etikk er det fire grunnprinsipper:

- å gjøre godt
- å respektere selvbestemmelse
- å ikke skade, og
- å være rettferdig.

De fire prinsippene brukes både av de som argumenterer mot dødshjelp og de som argumenterer for dødshjelp. De inngår med andre ord i diskusjonen om dødshjelp er etisk forsvarlig eller ikke, og brukes på ulikt vis avhengig av hvilket standpunkt man argumenterer for.

Rådet for legeetikk har bedt eksterne bidragsytere om å skrive kort om hvorfor dødshjelp er i tråd med eller i strid med de grunnleggende medisinsketiske prinsippene:

- Andreas Wahl Blomkvist, konstituert overlege i rus- og avhengighetsmedisin ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, og en av forslagsstillerne
- Lars Johan Materstvedt, professor i filosofi og medisinsk etikk, NTNU

Deres bidrag er inntatt under.

Av Andreas Wahl Blomkvist

Disposisjon

Rådet for legeetikk ba om «en kort redegjørelse om hvordan prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet kan brukes til å begrunne et standpunkt for dødshjelp». Tekstlengde ble satt til inntil en side / 1000 ord. Prinsippene ble videre presisert i e-post fra Aarseth d. 29.09.23:
«Å gjøre godt
Å respektere selvbestemmelse
Å ikke skade, og
Å være rettferdig»

Det var ble også beskrevet et punkt om «samfunnsetikk (skråplan både på individnivå: Vil individet føle press og på indikasjonsnivå)».

Innspillet

Begrunnelsen for dødshjelp er moralfilosofisk som regel knyttet opp til to argumenter, begge med selvstendig kraft, men som synergistisk taler for å tillate dødshjelp – i hvert fall under noen omstendigheter.

Det første argumentet omhandler død og lidelse. Døden er til syvende og sist ikke et valg, men en unngåelig og naturlig del av livet. Ifølge tapsteori er døden noe vi kan ha god grunn til å utsette, ikke fordi døden i seg selv er et onde, men i kraft av godene som døden frarøver oss. Medisinsk utvikling og teknologi har gjort det mulig, til en viss grad, å utsette døden. Et naturlig spørsmål er om utsettelse alltid er å foretrekke? Lidelse, som i denne sammenheng er en paraplybetegnelse for alt som gjør livet mindre verdt å leve, kan gjøre at det ikke er det. Helsedirektoratets veileder om behandlingsbegrensning slår fast at «det er ikke nødvendigvis i pasientens interesse å forlenge livet dersom dette øker eller forlenger lidelse». Det presiseres også at å «forlenge en lidelsesfull dødsprosess kan krenke menneskers verdighet». Det ligger altså en erkjennelse i pasienters lovfestede rett til å nekte videre behandling, at videre utsettelse av døden ikke alltid er å foretrekke. Den samme erkjennelsen finnes i argumentet for dødshjelp, som baseres på 1) at livet noen ganger ikke er verdt å forlenge, og 2) at døden ikke er et onde i seg selv, men i kraft hva det eventuelt tar fra oss. Implikasjonen av disse to premissene er at det noen ganger kan være bedre for et menneske å dø enn å leve videre. Dette er særlig gjeldende for pasienter med kort forventet levetid og høyt lidelsestrykk.

Det andre argumentet omhandler selvbestemmelse. Selvbestemmelse vektlegges høyt i dagens helsevesen. Vi erkjenner at personen som lever livet, også skal ha friheten til å bestemme over det. Ettersom det er vanskelig å vite utenfra om et liv er verdt å leve, bør vi legge stor vekt på selvbestemmelsen. Det er også hva vi gjør når vi krever samtykke for helsehjelp og overholder pasientens rett til å nekte livsforlengende behandling. Som Ole M. Moen og Aksel B. Sterri skriver i Aktiv dødshjelp, «[d]et at andres lidelse ikke er vår egen, fordrer ydmykhet og innlevelse fra vår side når vi skal mene noe om hvilke valg andre bør få lov til å ta for å håndtere situasjonen de har havnet i.» Sammen med de to premissene ovenfor, utgjør dette en begrunnelse og argument for å tillate dødshjelp.

Jeg skal nå kort redegjøre for hvordan de fire grunnprinsippene i medisinsk etikk, nevnt innledningsvis, tar seg ut ved dødshjelp. Det første er å gjøre godt. Hva som er godt er situasjonsavhengig; det som er godt i en situasjon, er ikke nødvendigvis godt i en annen situasjon. Som flere publiserte saker fra pårørende og leger, som har ytet dødshjelp, har vist, kan dødshjelp, for en samtykkekompetent pasient med høyt lidelsestrykk og kort forventet levetid, være å gjøre godt. Så fremt vi mener, som Helsedirektoratet stadfester, at å «forlenge en lidelsesfull dødsprosess» er et onde som kan krenke individets verdighet, er det formentlig også et gode å imøtekomme en døende pasient sitt ønske om å forkorte en lidelsesfull dødsprosess. Heldigvis kan man med god palliativ medisin, redusere dette behovet, om så ved å sløve ned pasienters bevissthetsnivå med medikamenter («lindrende sedering») til døden inntreffer. For noen pasienter er det et verdig alternativ, men for andre er det ikke det. Når spørsmålet ikke lenger er om pasienten skal dø, men når og hvordan, må vi erkjenne at i noen situasjoner er det et gode å imøtekomme en pasients ønske om å avslutte livet på egne premisser, basert på eget verdisyn. Alternativet er å forlenge en dødsprosess som kunne vært forkortet, hvilket strider med å gjøre godt, akkurat som det å opprettholde livsforlengende behandling til enhver pris ville gjort.

Det andre grunnprinsippet er selvbestemmelse. Det er og bør være en forutsetning for dødshjelp at pasienter ønsker det selv, og at de er i stand til å ta informerte beslutninger om egen livsavslutning. Prinsippet er ikke bare forenelig med dødshjelp, men er det styrende prinsipp for at det er riktig å gi dødshjelp i utgangspunktet. Dagens praksis, hvor ingen pasienter under noen omstendigheter kan få hjelp til å dø, er til stadighet i strid med dette grunnprinsippet.

Det tredje grunnprinsippet er å ikke skade. For pasienten, er det lidelsen, i vid betydning av ordet, som står for skaden. Dagens praksis innebærer at selv uutholdelige lidelsen ved livets slutt må gjennomgås, selv om den kunne vært unngått eller redusert betydelig. Ikke sjelden, er dette også til skade for de pårørende, hvilket som så velkjent kan uttrykke når døden inntreffer: Det er godt at hen endelig fikk fred.

Det fjerde grunnprinsippet er å være rettferdig. Dette prinsippet er det mange dødshjelpmotstandere som forestiller seg er vanskeligst å forene med dødshjelp, ettersom enhver regulering av dødshjelp tilsier at noen vil kunne få det, mens andre ikke. Uansett hvilken dødshjelpsmodell Norge skulle valgt å innføre, vil det være usikkerhet og gråsoner i praksis. Man skal imidlertid ikke glemme at med dagens system er det kun de ressurssterke, med tilstrekkelig økonomi og evne til å planlegge og reise, som i realiteten har tilgang på dødshjelp. Dersom dødshjelp er et gode for noen, vil det være bedre med et system som tillater det for noen, enn et system som ikke tillater det i det hele tatt. At noen pasienter behandles urettferdig i møte med helsevesenet er uheldig, men det gir oss grunn til å forbedre systemet, ikke utestenge alle fra helsevesenet på grunn av en misforstått oppfatning av rettferdighet. Med dagens helsetjenester, er det dessuten ikke slik at alle som ønsker noe, dermed har krav på det. Vi aksepterer – som vi burde – at det legges til grunn en individuell overveielse av fordeler og ulemper, før vi beslutter at en tjeneste skal gis. Alle som ønsker MR av kneet, får ikke dette. Alle som ønsker hofteoperasjon, får ikke dette. Å tillate dødshjelp i noen tilfeller vil i så henseende ikke være noe som tilfører noe urettferdighet, men minsker den urettferdighet som allerede eksisterer.

Gitt disposisjon og begrensninger på lengde, er det naturligvis flere viktige hensyn og momenter som ikke er tatt med i innlegget. Jeg håper likevel at innlegget er et positivt bidrag for Etiske råd, og at sluttresultatet til Sentralstyret vil dekke flere perspektiv og hensyn i dette komplekse temaet.

Av Lars Johan Materstvedt

Bakgrunn

Jeg har blitt bedt om å utrede på hvilken måte man kan begrunne et standpunkt *mot* dødshjelp ved hjelp av de fire prinsippene for helseetikk. Her følger min kortfattede analyse.

De fire prinsippene

Prinsippene utlegges slik av en av deres to opphavsmenn, Tom Beauchamp:[54]

1. Beneficence—obligations to provide benefits and to balance benefits against risks.
2. Non-maleficence—the obligation to avoid causing harm.
3. Respect for autonomy—the obligation to respect the decisionmaking capacities of autonomous persons.
4. Justice—obligations of fairness in the distribution of benefits and risks.

Prinsippene er *prima facie*, hvilket vil si at de alle i utgangspunktet skal oppfylles eller etterleves.

[54] Beauchamp TL. (2003) Methods and principles in biomedical ethics - PMC (nih.gov) *Journal of Medical Ethics*, 29, 269–274.

Dødshjelp

Med «dødshjelp» forstår jeg, i tråd med internasjonal teori og praksis på området, følgende:[55]

> EUTANASI
>
> En leges eller sykepleiers injeksjon av dødbringende medikamenter, på en kompetent pasients frivillige forespørsel.
>
> ASSISTERT SELVMORD
>
> Pasienten får utskrevet en dødelig dose medikamenter av sin lege eller av annet helsepersonell, og tar disse selv.

I forskningslitteraturen faller disse to under termen «assisted dying».[56]

(1) Velgjørenhet

Dreier seg altså om «obligations to provide benefits». Det gir imidlertid lite mening å betrakte døden som et gode (benefit); fremprovosert død kan ikke sies å være noe pasienten «nyter godt av» all den tid den døde neppe har noen erfaringer. Dødshjelp synes dermed å være i strid med (1). Noe som også understrekes av at velgjørenhet overfor pasienter angår tiltak i behandlingsøyemed, mens dødshjelp ikke er behandling.

(2) Ikke skade

Prinsippet innebærer «the obligation to avoid causing harm». Legen skal altså ikke bevisst påføre pasienter skade. Å prøve å forsvare dødshjelp i lys av (2) er implisitt å hevde at det *ikke* skader pasienten om legen tar livet av denne på vedkommendes forespørsel.

Dette er klart kontraintuitivt, ettersom overlagt, påført død regnes som en av de aller største skader som finnes. (Ved å sette dødelige injeksjoner stopper riktignok legen den skade *sykdommen* forårsaker hos pasienten; men her er altså «kuren» døden.) Sett fra perspektivet til palliativ medisin vil legen dermed også frata pasienten en potensielt meningsfull siste tid, noe som kan være skadelig for så vel pasient som pårørende. (2) kan derfor sies å utelukke dødshjelp.

(3) Respekt for autonomi

Innspillet til Landsstyret omtaler hva legene kaller «strengt regulerte kriterier». Det er f.eks. ikke uvanlig å fremføre at pasienten må være «døende» (et begrep som er både klinisk og juridisk meget upresist) [57]. En «streng» regulering impliserer en *innskrenkning* av hvem som gis tilgang til dødshjelp. En slik praksis vil imidlertid være i strid med (3) ettersom det er ensbetydende med å krenke store pasientgruppers rett til autonomi/selvbestemmelse, og er derfor både illiberal og paternalistisk. (3) krever at man respekterer «the decision making capacities of autonomous persons», noe som nødvendigvis vil inkludere alle pasienter som kvalifiserer som autonome i denne forstand. Sykdoms- eller skadetype er følgelig irrelevant, og dersom «strengt regulerte kriterier» eksempelvis medfører at kronikere, permanent skadde, og psykiatriske pasienter *ekskluderes*, er bruddet med (3) eklatant.

---

[55] Materstvedt LJ. (2022). *Dødshjelp – begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 29 og 30.
[56] Materstvedt LJ. (2021). Ethical issues in physician aid-in-dying. I: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow D, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 6th edn. Oxford: Oxford University Press, Chapter 19.6.
[57] Materstvedt LJ, Syse A. (2006). Døendes rettsstilling. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 126, 488–489.

Et godt eksempel på en lov som *ikke* bryter med (3) er den nederlandske dødshjelploven, som ikke diskriminerer ihht. Sykdomstype eller antatt gjenstående levetid, i det den regulerer dødshjelp på basis av den vide termen medisinsk «lidelse» (suffering) [58].

Det kan også bemerkes at (3) som argument for legalisering er ugyldig dersom man legger til grunn den autonomioppfatning man finner hos Immanuel Kant (1724–1804), en av de viktigste filosofene hva gjelder fundamentet for våre vestlige, liberale rettsstater (i Norge Grunnloven). Ifølge Kant er det å begå selvmord identisk med å bruke ens autonomi til å ødelegge den selvsamme autonomien, hvilket er selvmotsigende og irrasjonelt og derfor umoralsk.

Men hva da med behandlingsbegrensning? Eksempelvis en autonom beslutning hos en døende om å ikke motta mer antibiotika kan også medføre autonomiens «destruksjon» ved prematur død som følge av ubehandlet infeksjon. Her kommer imidlertid Kants kjente skille mellom *perfekte* og *ikke-perfekte* plikter oss «til unnsetning»: Ifølge alle menneskers medfødte moralske fornuft har vi en perfekt plikt til å ikke ta livet av oss selv eller andre, men bare en ikke-perfekt plikt til å berge liv. Med andre ord et skille mellom å drepe og å la dø – mellom dødshjelp og behandlingsbegrensning. For en kortfattet klinisk-etisk utdypning av skillet i konteksten behandlingsbegrensning vises til kronikken «Prisen på et liv» [59], forfattet av en intensivlege, en geriater og undertegnede.

(4) Rettferdighet

Både pasient A og B lider «utålelig/uutholdelig» i en tilstand der det «ikke er utsikter til bedring» (de to hovedkriteriene i dødshjelploven i Nederland). Men B mangler, i motsetning til A, samtykkekompetanse og kan derfor ikke handle autonomt. (4) krever «fairness in the distribution of benefits». Dersom man anser dødelige injeksjoner som en «benefit» for pasienter – noe tilhengere av legalisering av dødshjelp nødvendigvis må gjøre, selv om det som nevnt vedrørende (1) ovenfor er en påfallende tvilsom oppfatning – følger at det også, i all «fairness», må åpnes for dødelige injeksjoner til pasienter som B.

En samfunnsetisk betydning er her aksept for «compassionate murder» eller «mercy killing» – kjent fra mellomkrigstidens Tyskland [60].

Oppsummering

Både prinsipp (1) og (2) gir grunnlag for å avvise dødshjelp. Prinsipp (3) innebærer en utvidelse av dødshjelp til et meget stort spekter av pasienter, noe tilhengere av legalisering gjerne finner problematisk (trolig også forslagsstillerne; jf. Deres henvisning til «strengt regulerte kriterier»), eller vil motsette seg en slik samfunnsetisk konsekvens. (Imidlertid vil de mest «ihuga» legaliseringsaktivister se dette som positivt ettersom tilbudet om dødshjelp utvides til flest mulig.) Prinsipp (4) genererer et forsvar for legalisering av medisinske mord, noe som må kunne sies å være negativt i seg selv [61].

---

[58] Nederland. (2002). Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.
[59] Klepstad P, Materstvedt LJ, Sletvold O. (2010). "Prisen på et liv". Kronikk, *Aftenposten* 15.6. Se også min drøfting i Materstvedt (2022) i kap. 3, avsnittet "Kant: Drepe vs. la dø, perfekte vs. ikke-perfekte plikter".
[60] Se min diskusjon i Materstvedt (2022) i kap. 4, avsnittet "Den korte veien fra dødshjelp til medisinske mord", samt Materstvedt LJ. (2003). Palliative care on the 'slippery slope' towards euthanasia? *Palliative Medicine*, 17, 387–392.
[61] Materstvedt LJ, Magelssen M. (2016). Medical murder in Belgium and the Netherlands. *Journal of Medical Ethics*, 42, 621– 624.

5.3 Er det etisk forskjell på eutanasi og legeassistert selvmord?

Etiske regler for leger § 5 skiller ikke mellom eutanasi og legeassistert selvmord. Forslagsstillerne ber om at de etiske reglene skiller mellom disse formene. På denne bakgrunn har Rådet for legeetikk bedt forslagsstillerne utdype dette standpunktet, gjerne etisk begrunnet. Svaret er inntatt under. Det er signert Gro Nylander, Edvin Schei, Wasim Zahid, Odd Mjåland, Ragnhild Halvorsen, Martin Ryssdal og Thor-Øystein Endsjø.

Rådet for legeetikk har også bedt eksterne bidragsytere vurdere om det er en etisk forskjell på eutanasi og legeassistert selvmord. Disse svarene er inntatt under.

- Ole Martin Moen, professor i etikk ved OsloMet
- Morten Magelssen, førsteamanuensis ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.

Av forslagsstillerne

Legeinitiativet for assistert livsavslutning 07.10.2023

Definisjoner og noen momenter for at

selvbestemt assistert dødshjelp (SAD) bør tillates

Legeassistert livsavslutning. Legen bidrar til – etter strengt regulerte kriterier og uttrykkelig ønske fra pasienten – at uutholdelig lidende syke, uten utsikt til bedring, og som ikke kan hjelpes på annen måte, får assistanse til selv å avslutte livet, f.eks. ved inntak av medikamenter legen har forskrevet.

Eutanasi. Legen tar selv aktivt livet av en pasient, vanligvis ved hjelp av en dødelig injeksjon.

Vi ønsker ikke at noen pasient skal frykte at legen som setter en sprøyte gjør det for å ta livet av vedkommende. Antagelig vil mange leger kvie seg for det. Vår agenda er ikke eutanasi.

Etisk råd ber oss vektlegge etiske argumenter, og nevner den utdaterte **Hippokrates**. Men i Corpus Hippocraticum: «sier» han selv: «… legekunst er å fri de syke fullstendig fra lidelse..»

Mange teologer mener i dag at «Dødshjelp stemmer med Jesu ord om nestekjærlighet.» Både katolske og protestantiske teologer støtter i økende grad tanken om at mennesket er gitt ansvar også i sin siste livsfase.

Norsk lov skal avspeile nordmenns etiske verdier. Et stort flertall av befolkningen er for SAD. Norsk lov bør endres, i følge de tre eminente juridiske professorene Anders Bratholm, Johs. Andenæs og Finn Seyerstedt:

«Medvirkning til at noen berøver seg selv livet er ikke straffbart hvis den skjer etter en bestemt og veloverveid anmodning fra en håpløs syk eller varig lidende person.»

Høyesterettsdommer em. Ketil Lund sier:

«Når det gjelder assistert dødshjelp har ingen fagkyndige, leger eller jurister, spesiell kompetanse. Det er et etisk spørsmål om autonomi: pasientens, til selv å bestemme sitt endelikt, og legens eller andres til å bistå.»

Internasjonal rett EU-domstolen har vedtatt at: «... alle har rett til selv å bestemme hvordan og når livet skal avsluttes.»

Canadas høyesterett har bestemt at dødshjelp «i visse situasjoner skal anses som en «menneskerett.»

Dødshjelp er altså en menneskerett i demokratiske land vi respekterer, mens SAD kan straffes som overlagt drap Norge! Norske politikere og jurister vil lettere kunne vurdere en eventuell lovendring uhildet, dersom DNLF stiller seg nøytral.

Det norske folks mening kan kanskje oppsummeres i erfaring fra samtaler med friske, livsglade seniorer som ønsker muligheten til SAD for sikkerhets skyld, som en trygghet hvis livet skulle bli helt uutholdelig.

Palliativ behandling strekker ikke alltid til. Mellom 10 og 25 prosent av terminale pasienter har smerter. Både Norsk palliativ forening og DNLF har uttrykt bekymring for dette.

Ved sin motstand mot SAD bidrar DNLF antagelig til å opprettholde en stigmatiserende holdning til suicid. Muligens vil antall voldsomme – og for de etterlatte særlig traumatiserende – selvmord reduseres ved tilgang på SAD?

Det er naturlig å forvente en viss økning av SAD når muligheten blir kjent blant sterkt lidende pasienter. Tall fra Oregon viser likevel at 43 prosent av de som fikk innvilget dødshjelp aldri benyttet muligheten.

§ 5 i Etiske regler for leger bør endres. Ved at DNLF stiller seg nøytral – i likhet med 37 legeforeninger internasjonalt – vil alle norske leger kunne føle seg representert av vår fagforening. Leger bør fritt kunne velge til å bidra til SAD for pasienter som oppfyller kriteriene for dødshjelp, som definert over.

Av Ole Martin Moen

Jeg tolker dette som et spørsmål om hvorvidt det er en prinsipiell etisk forskjell eutanasi og assistert selvmord. Svaret mitt er nei. Det kan være noen forskjeller i tilgang (f.eks. for pasienter med svært dårlige motoriske evner) og i risikoen for at medisinske drap kan forkles som eutanasi, men det innebærer ikke at det er en prinsipiell etisk forskjell på de to. De er to litt ulike gjennomføringsformer av dødshjelp.

Av Morten Magelssen

Eutanasi og legeassistert selvmord er opplagt forskjellige handlinger. Men er forskjellene av en slik art at det begrunner at vi vurderer dem ulikt etisk? Spørsmålet er altså om det er «etisk relevante forskjeller» mellom de to handlingene som begge forårsaker en persons død.

I en klassisk etisk analyse av medisinske handlinger når livet nærmer seg slutten regnes *intensjonen* som handlingen utføres med, som svært viktig. I en klassisk avvisning av dødshjelp vises det til at det er galt å handle med intensjon om å forårsake en persons død. Ved både eutanasi og legeassistert selvmord har legen en slik intensjon. Det gjelder selv om intensjonen *også* kan være å unngå smerte og lidelse, å etterkomme pasientens vilje, å vise barmhjertighet, og så videre. Ut fra denne analysen er det avgjørende det som eutanasi og legeassistert selvmord har til felles: De er begge handlinger som utføres av en lege, som forårsaker en persons død, og der legen altså har en intensjon om å forårsake personens død.

Den mest opplagte forskjellen mellom eutanasi og legeassistert selvmord er at ved eutanasi står legen selv for den handlingen som direkte forårsaker personens død (injeksjonen av dødbringende medikament). Ved legeassistert selvmord, derimot, står personen for den siste handlingen (inntaket

av medikamentet). Ved å bringe medikamentet til veie bidrar legen også her til årsakskjeden som leder til personens død, men legens handling er fjernere fra personens død fordi pasientens egen handling er «innskutt» i årsakskjeden mellom legens handling og pasientens død. Dette gjør at man ved legeassistert selvmord i noen tilfeller kan ha større sikkerhet om at det å dø faktisk er personens egen vilje, enn det man kan ved eutanasi. På et samfunnsmessig og politisk plan kan dette være et argument for at legeassistert selvmord er å foretrekke fremfor eutanasi.

Men fra en etisk synsvinkel er det likheten mellom eutanasi og legeassistert selvmord som er viktigst: Begge innebærer at legen handler med intensjon om pasientens død. Etisk er de derfor i utgangspunktet likeverdige, og de aller fleste argumenter for eller imot den ene vil også være gyldige som argumenter for eller imot den andre.

5.4 Er det en etisk forskjell på behandlingsbegrensning og dødshjelp?

I samfunnsdebatten om dødshjelp stilles det spørsmål ved om det er en etisk forskjell mellom behandlingsbegrensning og dødshjelp. Etiske regler for leger kapittel I § 5 presiserer at behandlingsbegrensning ikke er dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom.

Rådet for legeetikk spurte Ole Martin Moen og Morten Magelssen om de kort kunne vurdere om det er forskjell på dødshjelp og behandlingsbegrensning fra en etisk synsvinkel, eller om dette representerer et kontinuum. Begges svar er inntatt under.

Av Ole Martin Moen

Først, det kan være store forskjeller på to ting selv om de er langs et kontinuum, f.eks. dag/natt og barn/voksen.

Dersom man skal trekke et skille mellom dødshjelp og behandlingsbegrensning, må det gå ut på om pasienten dør av sin underliggende tilstand eller dør av f.eks. en giftsprøyte.

Det er langt mindre rimelig å hevde at skillet går mellom hvorvidt det utføres en aktiv handling eller ikke. Å skru av en pustemaskin krever også en aktiv handling. Det er heller ikke rimelig å hevde at skillet ligger i intensjonen bak handlingen, siden det også i tilfelle behandlingsbegrensning kan være en tydelig motivasjon og intensjon hos pasient og/eller lege om å fremskynde pasientens død.

Av Morten Magelssen

Den mest grunnleggende forskjellen er at ved behandlingsbegrensning dør pasienten *av sin grunnsykdom*, mens ved dødshjelp dør pasienten *av legens intervensjon* (injeksjonen med, eller inntaket av, det dødbringende medikamentet).

Samtidig er det mange tilfeller av behandlingsbegrensning der det er riktig å si at helsepersonellets intervensjon *også* er en medvirkende årsak til pasientens død. Hvis vi stopper væske- og ernæringsbehandling for en pasient som ikke inntar næring selv, dør pasienten etter noen dager. Pasienten dør av sin grunnsykdom, men *også* av at væske og ernæring ble stoppet. Likevel er det treffende å si at en helt sentral forskjell mellom behandlingsbegrensning og dødshjelp er hvorvidt pasientens grunnsykdom er en viktig årsak til døden: Slik er det bare i det første tilfellet, ikke i det andre.

Som nevnt over er det i etikken ikke tilstrekkelig å vise til at A og B er forskjellige. Det må også argumenteres for at forskjellen er *etisk relevant* – at det er en forskjell som legitimerer ulik etisk vurdering.

Viser så «død av grunnsykdom vs. død av injeksjon/inntak av medikament» til en forskjell som er etisk relevant, og som gir grunnlag for å vurdere behandlingsbegrensning og dødshjelp ulikt? Ja, og etikere som mener dette viser vanligvis til at det er *de ulike intensjonene* i de to handlingene som er den avgjørende forskjellen.

Ved eutanasi er helsepersonellets intensjon å frembringe personens død; ved legeassistert selvmord er intensjonen å legge til rette for at personen selv kan frembringe sin død. Ved behandlingsbegrensning er intensjonen derimot en helt annen: Den er, dypest sett, å avstå fra behandling som ikke hjelper pasienten. Helsepersonell avslutter eller unnlater å starte behandling fordi pasienten ikke ønsker den, fordi den er nytteløs eller sannsynligheten for nytte er veldig lav, fordi bivirkninger og andre ulemper veier tyngre enn fordelene, eller fordi den bare forlenger en plagsom dødsprosess. Forskjellen her er ikke ordkløveri. Et nøkternt og realistisk syn å hva medisinen kan utrette, er en viktig tolkningsnøkkel. Leger er ikke herskere over liv og død. De har teknologi og hjelpemidler som kan holde syke i live og understøtter kroppens evne til å reparere seg selv. Men en lege som påstår at hun *tar pasientens liv* når hun avslutter respiratorbehandling etter pasientens ønske, lurer seg selv. Pasienten dør av sin underliggende sykdom og av at behandling som ikke lenger har noen tilstrekkelig begrunnelse, trekkes tilbake.

Dødshjelp og behandlingsbegrensning er altså ulike praksiser også etisk vurdert.

5.5 Hva er sammenhengen mellom vektlegging av autonomi som verdi i helsetjenesten og dødshjelp?

Rådet for legeetikk har bedt Berge Solberg, professor i medisinsk etikk, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, om å skrive kort om sammenhengen mellom vektlegging av autonomi som verdi i helsetjenesten og dødshjelp.

Av Berge Solberg

Sammenhengen mellom autonomiprinsippet og dødshjelp kan tematiseres gjennom to ulike spor. Spor 1 handler om at vi i dagens helsetjeneste legger stor vekt på autonomi ved begrensning av livsforlengende behandling i livets sluttfase. Spørsmålet er da om et tilbud av dødshjelp nærmest følger som en logisk konsekvens av den tenkning og den praksis vi allerede har? Spor 2 handler om hva forholdet mellom autonomi og dødshjelp er – uavhengig av hvordan vi i dag respekterer autonomi i livets sluttfase. Nedenfor tar jeg en kort gjennomgang av de to sporene.

1. *Autonomiprinsippet og forholdet mellom behandlingsbegrensning og dødshjelp*

Respekten for pasientens ønske og vilje, spiller en økende rolle i helsetjenesten, og ikke minst gjelder dette i livets sluttfase. Retten til å nekte behandling er lovfestet for døende pasienter. I aktuelle veiledere på området, oppfordres det til forhåndssamtaler med pasienter om behandlingsvalg ved livets slutt. Og om ønsker og preferanser ikke kan avklares med pasienten, oppfordres helsepersonell til å bruke pårørende som mulig pålitelig stemme for å uttrykke pasientens preferanser. I NOU2017:16 Palliasjon til alvorlig syke og døende, foreslo utvalget å øke selvbestemmelsen for alvorlig syke pasienter, og både forhåndssamtaler og såkalte livstestamenter var ting utvalget ønsket mer av.

Dersom norske helsemyndigheter vil styrke alvorlig syke og døendes selvbestemmelse i spørsmålet om å få dø, leder ikke dette logisk til et forsvar for aktiv dødshjelp? Svaret på dette er i utgangspunktet nei. Begrensning av livsforlengende behandling handler ikke primært om at helsetjenesten hjelper en pasient å dø. Det handler om at helsetjenesten ikke har rett til å trenge seg på med behandling når pasienten ikke lenger gir samtykke til det. At døden kan bli en følge av at

aktiv behandling trekkes tilbake, er riktig. Dette kan selvsagt også være pasientens motivasjon med å ønske å avslutte livsforlengende behandling. Men for helsetjenesten er den primære grunnen til å trekke tilbake behandling at man ikke lenger har et samtykke (eller for en pasient uten samtykkekompetanse; at behandlingen ikke gjør godt) til å gi livsforlengende behandling. Aktiv behandling har en «bevisbyrde» ved at den gjør godt og/eller er ønsket. Ved behandlingsbegrensning respekter man pasientens selvbestemmelse ved ikke å tvinge på pasienten aktiv behandling mot hennes vilje. Det følger ikke av denne respekten for pasientautonomi, at man også skulle måtte respektere aktiv dødshjelp. Det handler om to ulike ting.

2. *Forholdet mellom autonomiprinsippet og dødshjelp*

Selv om legalisering og tilbud av dødshjelp ikke kan sies å følge som en logisk konsekvens av vårt etablerte og dermed anerkjente syn på forholdet mellom behandlingsbegrensning og autonomi, kan man selvsagt likevel mene at dødshjelp er en god ting, uavhengig av dagens praksis. I dagens samfunn hvor individuell selvbestemmelse er høyt verdsatt, kombinert med liten grad av religiøs tro, er vi vant med å ta hånd om en rekke store spørsmål. Om man skal få barn og eventuelt hvor mange, anses i dag langt på vei, som resultat av selvbestemte valg (og i mindre grad som eksempelvis «en gave fra Gud»). Videre har selvbestemt abort stor oppslutning i befolkningen, en praksis som igjen hviler tungt på råderetten over egen kropp. I både disse og de fleste andre situasjoner, rommer autonomi-prinsippet et ideal om at den enkelte styrer og tar kontrollen i sitt eget liv utfra egne vurderinger og valg. Vi ønsker borgere som opplever at de har styringsmuligheten (autonomi) over eget liv, fremfor at de opplever å være styrt eller underkastet andre (heteronomi). I et slikt samfunn hvor autonomi-idealet står så sterkt, er det naturlig at spørsmålet om selvbestemmelse, styring og kontroll, blir et spørsmål for alle faser av livet, også den siste. Mange frykter nettopp den siste fasen av livet, og den mangel på kontroll og styring av eget liv som kan bli resultatet av og under et alvorlig sykeleie. Muligheten for å kunne velge dødshjelp synes da for mange å kunne forstås som et uttrykk for autonomi i livets sluttfase. I etikk-litteraturen anses da ofte (men slett ikke alltid) autonomiargumentet å være et tungtveiende argument for legalisering av dødshjelp.

Det finnes imidlertid noen viktige innvendinger mot at autonomi-idealet skulle lede til et forsvar for dødshjelp. Den første er basert på tankene til den store autonomi-filosofen selv, Immanuel Kant, som forsto autonomi som en ubetinget verdi i seg selv. For Kant var vår fornuftsbaserte evne til selv å kunne finne ut av hvordan vi bør leve våre liv, det trekket ved mennesket som skiller det fra alle andre skapninger og som gir grunnlag for den særlige aktelsen for menneskelivet og den iboende verdigheten alle mennesker bør tilskrives. Det spesielle med aktiv dødshjelp (eller selvmordet som Kant omtalte), er at utøvelsen av autonomi i den sammenheng, samtidig betyr opphør av den samme autonomien. Kants argument «oversatt» sier at vi kan ikke logisk sett holde autonomi som høyeste verdi i et samfunn, og samtidig i autonomiens navn tillate og moralsk forsvare praksiser som har til hensikt å krenke den samme autonomien ved å tilintetgjøre den. På samme måte som kristendom og andre religioner har argumentert for at livet er hellig, og at det derfor ikke kan være riktig å ta liv, argumenterer Kant her sekulært for at autonomi-prinsippet er «hellig» og u-krenkbart. Å velge bort vår autonomi, er en disrespekt for autonomien og for det som gir oss verdighet.

Om dette er et tungtveiende argument mot dødshjelp, er det ulike meninger om. Diverse utredninger og enkeltteoretikere innenfor dødshjelp har lagt vekt på argumentet og ment at det er et sterkt argument mot dødshjelp. Samtidig er et motargument som ofte kommer opp at dødshjelp vil være aktuelt for mange i livets sluttfase, og at nettopp tap av autonomi og verdighet faktisk er det sykdommen kan påføre en pasient i siste fase. Med andre ord, hvis ønsket om dødshjelp er motivert ut fra en reell fare for at autonomi og verdighet snart vil gå tapt, så vil ønsket om å bevare verdigheten ved å ta kontroll over sin egen død, kunne fremstå som et «Kant-inspirert» argument som taler for aksept av dødshjelp.

Den andre innvendingen forstår autonomi ikke primært som en ubetinget verdi i seg selv, men som en verdi fordi den er en kilde til nytte og glede for oss i livet – autonomien er da satt inn i et konsekvensialistisk rammeverk. Autonomien gir oss frihet til å forfølge egne prosjekter, planer, drømmer, osv. – alt dette som gir livet verdt å leve. Av denne grunn vil vi ha en sterk intuisjon om at vi må gjøre alt for å forhindre et selvmord til et ungt deprimert menneske. Valget om å ta livet av seg i en slik situasjon, vil umuliggjøre så mye glede, tilfredstillelse og nytte som vil kunne komme fra senere valg i livet. Det vil ikke være i personens interesse å få dø. Om denne innvendingen treffer godt i visse faser av livet, treffer den dårligere i andre. Tenker vi oss en alvorlig syk pasient i livets sluttfase som kun har utsikter til en krevende og kanskje lidelsesfull avslutning, så blir det verre å argumentere for at det er noe problematisk med å få hjelp til å la livet opphøre. Dødshjelp vil ikke bidra til et nevneverdig tap av fremtidige autonome prosjekter og dermed livskvalitet, siden ingen slike prosjekter er realistiske å forvente uansett.

Som sagt, så vil nok en *sterk fremheving* av viktigheten av autonomi i livets sluttfase, etter min mening lede både folk flest og mange etikere (men slett ikke alle) til et forsvar for dødshjelp. Imidlertid kan man innvende at det selvsagt ikke er opplagt hvor sterkt autonomi-prinsippet bør fremheves inn mot livets sluttfase. I en rekke faser og situasjoner i helsetjenesten (eksempelvis knyttet til behandling av rusavhengighet, i psykiatrien, behandling av barn, behandling av utviklingshemming, osv) vil *omsorgsperspektivet* kunne fremtre som mer relevant og viktig enn autonomiperspektivet. Alle verdier må ses i sammenheng med andre, og det finnes alltid grenser for alt. Vi lærer barna våre selvstendighet og autonomi, men vi griper inn om de ville finne på å gå på skolen en vinterdag nesten uten klær. Omsorg - *care* på engelsk, derav health-*care* – er en såpass fundamental verdi i helsetjenesten at helsepersonell er lovpålagt å gi omsorgsfull behandling. I livets sluttfase, hvor vi sa at autonomidealet i dag står sterkt i Norge, kan det være en vel så riktig beskrivelse å si at omsorgsidealet står sterkt. Få andre steder i helsetjenesten er jo en verdi som omsorg, konkretisert ned til et fokus på lindring, trøst, empati, relasjoner, helhetstenkning, livskvalitet og mening, viktigere enn akkurat her. Ideen om at vi må skrive fremtidsfullmakter eller livstestamenter og bedrive «forhåndssamtaler» med helsepersonell for å få den behandlingen som er riktig for oss i livets sluttfase, kan jo til en viss grad kritiseres for å være mer av en «kulturell trend» enn at det nødvendigvis springer ut fra et opplevd og erfaringsbasert pasientbehov. For i virkeligheten trenger jo pasienter i denne fasen varme hender, bankende hjerter og helsepersonell som utviser omsorg. Samtidig er det ikke sånn at pasientenes ve og vel primært beror på hvilke valg de har, eller ikke har tatt, men på at helsepersonell treffer kloke valg mot livets slutt, unngår overbehandling og ivaretar livskvalitet og meningsaspektene rundt alvorlig sykdom og død så godt som det lar seg gjøre. Sånn sett så er det en reell diskusjon om hvor høyt vi vil og bør fremheve autonomi som verdi i helsetjenesten, ikke minst i møte med pasienter i livets sluttfase. Omsorg er en god konkurrent.

5.6 Skaper legalisering av dødshjelp press mot sårbare grupper?

Et argument som ofte trekkes fram i diskusjonen om dødshjelp er at det kan føre til et press mot sårbare grupper og en mulig gradering av hvilke liv som er verdt å leve. Det Etiske Råd i Danmark skriver om dette i sin uttalelse:[62]

> Dødshjælp præsenteres af fortalere ofte som en mulighed. Der er dog også en udbredt enighed om, at det for alt i verden ikke må blive til en forventning rettet mod særlige grupper i samfundet. Opmærksomheden på denne glidning – muligheder der bliver til forventninger – skyldes, at dødshjælp som en udvidelse af personers muligheder for at forme betingelserne for sin egen død, kan have flere konsekvenser, end at personer i en håbløs situation får flere muligheder at vælge mellem. En årsag

[62] Det Etiske Råds udtalelse om dødshjælp 2023.pdf (nationaltcenterforetik.dk)

hertil kan være, at de fleste mennesker henter deres følelse af værdi ikke alene fra dem selv og deres eget selvværd, men fra hvordan de bedømmes i andres øjne.

En institutionalisering af dødshjælp risikerer at true princippet om, at vi har samme krav på respekt og værdighed uafhængigt af, hvor meget vi lider, og hvor høj livskvaliteten vurderes til at være. Hvis vi tilbyder dødshjælp, så siges det direkte eller indirekte, at nogle liv ikke er værd at leve.

Kritikere spørger derfor, om vi ved at tilbyde dødshjælp risikerer at føje yderligere til byrden for sårbare grupper, som af forskellige årsager fører et liv med store lidelser? Faren er, lyder tankegangen, at mennesker, som i fravær af et tilbud om dødshjælp, ikke ville have set livet som uudholdeligt, gør det nu, fordi det at tilbyde dødshjælp let kan blive hørt som et 'samfundsudsagn' om, at det ville være bedre, om du døde. Kort sagt, så hævdes det, at eksistensen af dødshjælp som en mulighed risikerer at skubbe på udfaldsrummet for spørgsmålet: 'hvornår er døden at foretrække?'

Det fremføres, at der vil være en betydelig risiko for, at det efter indførslen af dødshjælp vil være anderledes at være et menneske, der lider ubærligt og/eller er døende. Det omgivende samfund har ved lov besluttet, at det at være et lidende menneske også betyder at være et menneske, der kan anmode om dødshjælp, og et menneske, for hvem det må forekomme forståeligt at foretrække døden. En 'forståelse' som det kan være vanskeligt at blive mødt med.

Personer i stor lidelse tvinges på denne måde til at tage stilling til deres livssituation. Det kan dog indvendes, at en sådan stillingtagen ikke alene er afhængig af, hvorvidt dødshjælp er en mulighed, og dermed samfundsskabt. Også patienternes umiddelbare situation, hvad enten det skyldes sygdom eller funktionsnedsættelse, kan kalde på en refleksion og fremtvinge spørgsmålet: er døden at foretrække?

Dette kan også have noget at gøre med, at muligheden for at vælge dødshjælp gør, at det at leve videre bliver et valg, man kan holdes ansvarlig for, snarere end at være et rent og skært resultat af omstændighederne. Det åbner for et spørgsmål, som måske er en anelse spekulativt, nemlig om dødshjælp risikerer at blive en selvopfyldende profeti, forstået på den måde, at det kan blive nødvendigt at anmode om dødshjælp, fordi tilstedeværelsen af denne valgmulighed sætter personen i en vanskeligere situation, end vedkommende ville have været i, hvis dødshjælp ikke var en mulighed.

Fortalere for dødshjælp fremhæver dog også, at det kan være meget vanskeligt at opspore denne slags påvirkninger af samfundsværdier. Hvad der udgør kausaliteten i de enkelte argumenter kan være svært at afgøre, når det handler om, hvorvidt noget tvinger personer til at tage stilling til deres egen livskvalitet. Er det patienters lidelser, der tvinger samfundet til at tage stilling til dødshjælp, eller er det samfundets stillingtagen til dødshjælp, der vil tvinge patienter til at tage stilling til deres situation? Ligeledes fremføres det, at det at lægge vægt på menneskers livskvalitet i vurderingen af, om de skal have adgang til dødshjælp, ikke er ensbetydende med, at man dermed lader lav livskvalitet spille én specifik rolle. At tage hensyn til menneskers livskvalitet kan fx også indebære, at man fordeler ressourcer således, at de med dårligst livskvalitet får mest.

Samlet set er spørgsmålet, hvad risikoen for stigmatisering af særlige livstilstande eller særlige faser af livet består i? Det er dels et spørgsmål om, hvem der lader sig beskrive som sårbar, dels et spørgsmål om, hvor realistisk en sådan stigmatiseringsrisiko er.

I forlengelsen av dette vil Rådet for legeetikk særlig vise til risikoen for at sårbare grupper opplever at de er en økonomisk byrde for samfunnet. I Canada kom det tidlig forsøk på å estimere betydningen av MAID-loven for kostnadene i helsetjenesten[63]:

[63] Trachtenberg AJ , Manns B : Cost analysis of medical assistance in dying in Canada; CMAJ . 2017 Jan 23;189(3):E101-E105. doi: 10.1503/cmaj.160650.

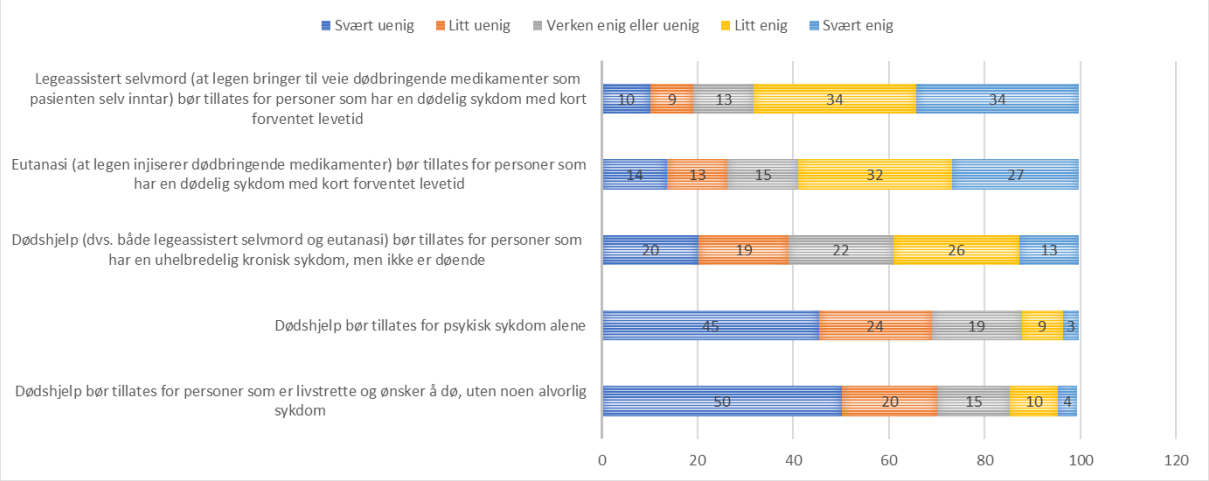
> **RESULTS:** Medical assistance in dying could reduce annual health care spending across Canada by between $34.7 million and $138.8 million, exceeding the $1.5–$14.8 million in direct costs associated with its implementation. In sensitivity analyses, we noted that even if the potential savings are overestimated and costs underestimated, the implementation of medical assistance in dying will likely remain at least cost neutral.

Når det gjelder risikoen for press på enkeltpersoner fra sine omgivelser, for eksempel press fra pårørende, viser vi til punkt 8.6.3.

6 Hva vet vi om holdningene til dødshjelp?

6.1 Befolkningens holdninger til dødshjelp

En undersøkelse av befolkningens holdninger til dødshjelp ble publisert i tidsskriftet Michael nr. 1 2023. Undersøkelsen er utført av Kantar og gruppen som spørres (Galluppanelet) tilstreber å være representativt for den voksne befolkningen.



I Michael gjennomgås resultatene av undersøkelsen. Under gjengis del av diskusjonen og konklusjonen, slik forfatterne fremstiller dette. For en komplett gjennomgang viser vi til artikkelen [64].

Konsekvenser av funnene

Nyansene i svaralternativene åpner for ulike fortolkninger av resultatene. En mye brukt fortolkning ville være å slå sammen de som er svært og litt enig i én gruppe av enige, mens man slår sammen de som er svært og litt uenige i én gruppe av uenige. Da fremgår det blant annet at 68 % er positive til legeassistert selvmord til personer med dødelig sykdom og kort forventet levetid. For eutanasi er tallet 59 %.

Det er imidlertid også en annen måte å fortolke svarene på: Trolig kan kun de som er «svært enig» og «svært uenig» tas til sikker inntekt for henholdsvis legalisering og fortsatt forbud. Respondentene i de tre kategoriene i midten – «litt uenig», «verken enig eller uenig» og «litt enig» – har det til felles at de ikke har et helt avgjort syn på spørsmålet. Med denne fortolkningen deles respondentene i tre: de som er henholdsvis klart for og klart mot legalisering, og den store gruppen i midten. Våre tall viser at størrelsen på denne gruppen i midten varierer avhengig av detaljer i spørsmålsstillingen, med henhold til hva slags dødshjelp det spørres om, og hva slags pasienter det skal gjelde for. På de tre første spørsmålene i undersøkelsen utgjør denne ubestemte gruppen fra 56 til 67 % (tabell 2).

Kanskje gir denne tredelingen av respondentene i klart for, klart mot, og verken klart for eller mot, et vel så riktig bilde som den tradisjonelle todelingen i for/mot. Ikke minst gir tredelingen bedre innsikt i hva som styrer befolkningens holdning til dødshjelp, og hvilke betingelser en eventuell dødshjelpslov vil måtte oppfylle for å få støtte fra et flertall i befolkningen.

En tredel av befolkningen er klart for dødshjelp, og vil neppe la seg påvirke av den offentlige debatten, eller av detaljer i et lovforslag. I denne kategorien kan det tenkes at man finner personer som har hatt sterke negative erfaringer som pårørende til vanskelige dødsleier, eller personer som har et prinsipielt standpunkt dypt festet i frihetsverdier. En mindre gruppe, 10 %, er klart mot dødshjelp, og vil neppe la

[64] Nordmenns holdninger til legalisering av dødshjelp | Tidsskriftet Michael (michaeljournal.no)

seg overtale til å gå inn for dødshjelp. I denne kategorien kan man finne personer med en sterkt religiøst fundert motstand mot dødshjelp (14), men også mange leger (5). Hvilket endelig standpunkt den store gruppen i midten vil ende opp på, vil kunne ha betydning for eventuell lovgivning på området. Her finner vi trolig mennesker som ser argumenter mot og argumenter for legalisering av dødshjelp. De vil trolig stille ulike krav til hvordan en dødshjelpslov skulle være utformet, hvem den skulle gjelde for, hvordan den skal håndheves. Dette kommer til syne i spørsmålene vi har stilt om holdningen til dødshjelp i ulike situasjoner. Det betyr noe for respondentene hva slags dødshjelp det spørres om.

Sterkest kommer dette til uttrykk i spørsmålene om dødshjelp til pasienter med psykisk sykdom alene, eller pasienter som er livstrette uten noen alvorlig sykdom. Der er 45–50 % svært uenige, mens bare 3–4 % er svært enige i at dødshjelp bør legaliseres i disse situasjonene. Det er altså hovedsakelig ved dødelig sykdom med kort forventet levetid at nordmenn støtter en åpning for dødshjelp, ikke i andre situasjoner. I lys av dette er det interessant at eksisterende dødshjelpslover i noen land, slik som i Nederland, tillater dødshjelp ved psykisk sykdom alene (15). Det pågår også en debatt i Nederland om hvorvidt dødshjelp skal kunne gis til eldre mennesker som har levd det som kalles «completed lives» (16). I Canada, som innførte dødshjelp i 2016, pågår nå en debatt om hvorvidt psykisk lidelse alene skal kunne kvalifisere for dødshjelp (17). Det er ingen selvfølge at dødshjelp, dersom det først blir legalisert, vil kunne begrenses til personer med somatisk lidelse med dødelig utgang og kort forventet levetid.

Konklusjon

Befolkningen uttrykker støtte til legalisering av dødshjelp i noen situasjoner, sterkest ved legeassistert selvmord ved dødelig sykdom med kort forventet levetid. Like fullt er det bare et mindretall som inntar ytterstandpunktene «svært enig» eller «svært uenig» i legalisering. En stor andel av respondentene tilhører den mer ubestemte gruppen i midten. Befolkningen er mer positive til legalisering av dødshjelp enn det legene er. Støtten avhenger sterkt av hvordan dødshjelpen er tenkt avgrenset. Befolkningens støtte til legalisering synes å ha gått noe ned, eller i hvert fall ikke økt, siden 2015. Men siden begge undersøkelser hadde lav svarprosent, må forskjeller tolkes med forsiktighet.

6.1.1 Holdninger i trossamfunn

Rådet for legeetikk viser til at befolkningsundersøkelsene om holdninger til dødshjelp ikke nødvendigvis er representative for alle befolkningsgrupper i samfunnet, selv om dette bestrebes. Dette gjelder for eksempel med hensyn til religiøs tilhørighet. Vi har imidlertid lite kunnskap om hvorvidt religion har betydning for synet på dødshjelp. Vi har vært i kontakt med Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn som opplyser at de heller ikke har informasjon om dette[65].

Kirkemøtet utarbeidet i 1998 en betenkning om eutanasi[66]. Vi er ikke kjent med mer oppdaterte rapporter. I en undersøkelse blant medlemmer av Den norske kirke fra 2019[67] oppga 46 prosent av respondentene at de var enige i følgende påstand: "Norge bør åpne for aktiv dødshjelp". 20 prosent svarte "verken eller" og 12 prosent svarte "vet ikke".

Når det gjelder andre religioner er vi ikke kjent med at det er utført lignende undersøkelser i Norge. I mangel på annen informasjon om et viktig tema viser vi derfor til en forskningsartikkel som har tatt for seg det islamske perspektivet på dødshjelp. [68]

---

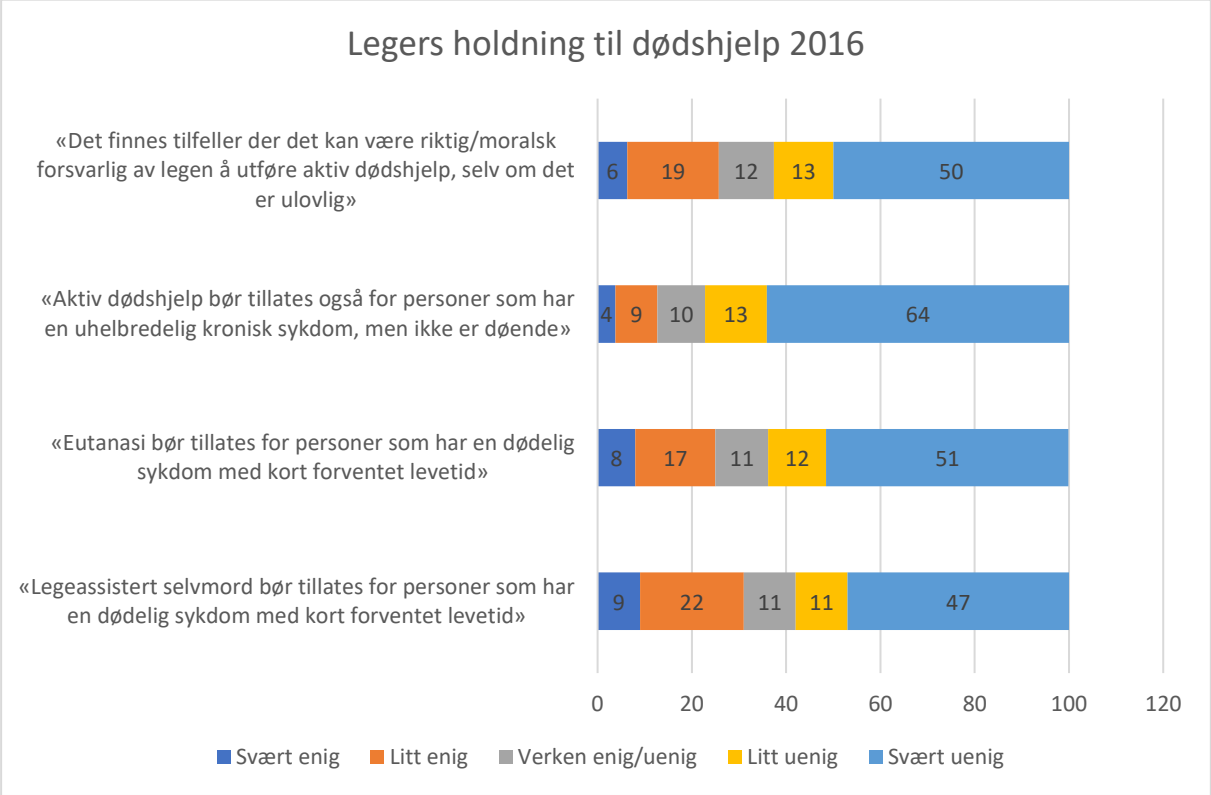
[65] Opplysninger fra generalsekretær Ingrid Rosendorf Joys i anledning dette arbeidet, oktober 2023.
[66] Microsoft Word - EUTANASI98.doc (kirken.no)
[67] Medlemsundersøkelse DNK (kirken.no)
68 Mohammed Madadin 1, Houria S Al Sahwan 2, Khadijah K Altarouti 2, Sarraa A Altarouti 2, Zahra S Al Eswaikt 2, Ritesh G Menezes 1 DOI: 10.1177/0025802420934241

Physician-assisted suicide (PAS) and euthanasia can be debated from ethical and legal perspectives, and there are a variety of views regarding their acceptability and usefulness. Religion is considered an important factor in determining attitudes towards such practices. This narrative review aims to provide an overview of the Islamic perspective on PAS and euthanasia and explore the Islamic approach in addressing the related issues. The PubMed database was searched to retrieve relevant articles, then the references listed in the selected articles were checked for additional relevant publications. Additionally, religious books (Quran and hadith) and legal codes of selected countries were also consulted from appropriate websites. The Islamic code of law discusses many issues regarding life and death, as it considers any act of taking one's life to be forbidden. Islam sanctifies life and depicts it as a gift from God (Allah). It consistently emphasises the importance of preserving life and well-being. Therefore Muslims, the followers of Islam, have no right to end their life. All Islamic doctrines consider PAS and euthanasia to be forbidden. However, if the patient has an imminently fatal illness, withholding or withdrawing a futile medical treatment is considered permissible. From a legal perspective, Islamic countries have not legalised PAS and euthanasia. Such practices are therefore considered suicides when patients consent to the procedure, and homicides when physicians execute the procedure.

6.2 Legers holdninger til dødshjelp

Når det gjelder legers holdninger til dødshjelp er den nyeste undersøkelsen vi har fra 2016. Legeforskningsinstituttet (LEFO) jobber med en ny undersøkelse som forventes å være ferdig i 2025.

Figuren under viser resultater fra undersøkelsen fra 2016 [69].



Legeforskningsinstituttet gjennomførte også en undersøkelse i 2014. Her ble leger spurt om hvorvidt de ville utført legeassistert selvmord dersom dette skulle bli tillatt. Svaralternativene var «ja», «nei» og «vet ikke».

[69] Legers holdninger til aktiv dødshjelp | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)

Resultatene av disse to undersøkelsene er oppsummert i en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeforening i 2019. Under gjengis diskusjonen og konklusjonen i denne artikkelen:

> Selv om flertallet av legene var imot å tillate aktiv dødshjelp, er det verdt å merke seg at så mange som 30,7 % av legene sa seg litt eller svært enig i at aktiv dødshjelp burde vært tillatt ved dødelig sykdom med kort forventet levetid. Dette er en like stor andel (31 %) som blant femte og sjette års medisinstudenter da de i 2012 fikk samme spørsmål (2). Ved kronisk sykdom var betydelig flere av legene (12,7 %) positive til aktiv dødshjelp enn det medisinstudentene var (5 %). Medisinstudentene ble riktignok ikke gitt anledning til å kunne nyansere om de var svært eller litt enig i påstanden.
>
> Vår undersøkelse åpnet for at respondentene kunne nyansere, men dermed oppstår det også et rom for fortolkning: Hva betyr det å være «litt enig» eller «litt uenig» i at aktiv dødshjelp burde ha vært tillatt? Ville alle disse respondentene svart henholdsvis «enig» eller «uenig» hvis dette var svaralternativene? I analysene har vi antatt at respondentene henholdsvis støttet og avviste legalisering, men det er rimelig å anta at den konkrete utformingen av en dødshjelpslov ville ha betydning for disse legenes holdning. Trolig vil disse legene være mer påvirkelige av argumenter for eller imot legalisering enn respondentene som valgte de ekstreme svaralternativene. I dette perspektivet synes det som en stor andel av norske leger ikke hadde et fastlåst standpunkt, men potensielt kunne være villige til å endre syn i dødshjelpsspørsmålet.
>
> Sammenligning med tidligere undersøkelser vanskeliggjøres av at definisjoner og spørsmålsformuleringer var ulike. Men i den grad undersøkelsen fra 1993 ramme 1) hadde slagside, er vår tolkning at den gikk i retning av å påvirke respondentene til å være positive til legalisering. For oss virket avgrensning mellom aktiv dødshjelp og behandlingsbegrensning å være noe uklar, og dødshjelp ble stilt i et positivt lys med ladede ord som «hjelp til å dø», «veloverveiet» og «smertefri måte» ((3). Siden flere støttet aktiv dødshjelp i 2016 enn i 1993 til tross for at formuleringene i 1993 kan ha påvirket respondentene til å svare positivt, mener vi det er grunn til å anta at det foreligger en reell holdningsendring blant legene.
>
> Legene er like fullt fortsatt betydelig mindre positive til legalisering enn den øvrige befolkningen. De tre første spørsmålene i tabell 1 ble også stilt til et utvalg av befolkningen i 2015 (1). Til påstanden «legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid» sa 37,5 % seg «svært enig», 35,6 % «litt enig», 7,3 % «verken enig eller uenig», 6,7 % «litt uenig» og 12,9 % «svært uenig». Også i påstanden om eutanasi ved dødelig sykdom var majoriteten (66,5 %) litt eller svært enig, mens 37,9 % var litt/svært enig i påstanden om aktiv dødshjelp for kronisk sykdom. Men merk at undersøkelsen hadde lav svarprosent.
>
> Med påstanden «det finnes tilfeller der det kan være riktig/moralsk forsvarlig av legen å utføre aktiv dødshjelp, selv om det er ulovlig», ønsket vi å undersøke om leger som var imot legalisering, likevel ville mene at det forekommer situasjoner der en slik handling kunne være riktig. Mens en firedel av alle respondenter mente at aktiv dødshjelp noen ganger kan være riktig på tross av at det er ulovlig, ble dette synet også delt av 12 % av dem som er mot legalisering. På den annen side sier flertallet av respondentene at de ikke ville ha utført aktiv dødshjelp selv i en situasjon der dette var tillatt.
>
> Disse funnene sier trolig noe både om hvordan legene oppfatter aktiv dødshjelp som et profesjonsetisk dilemma og om deres holdning til helselovgivningen. Selv om en handling er ulovlig og generelt vurderes som uetisk, kan det finnes ekstreme situasjoner der helsepersonellet vurderer at loven og den etiske normen har urimelige konsekvenser og at det er gode grunner til å handle på tvers av dem for å gjøre det som oppleves som riktig for den enkelte pasient. Leger står overfor dilemmaer som ikke bare skyldes verdikonflikter, men også rollekonflikter (11, 12). Legen har minst fire, potensielt motstridende, roller: som samfunnets portvokter med ansvar for at lover blir fulgt og ressurser fordelt rettferdig, som pasientens talsmann, som profesjonsutøver og som privatperson. Et lite mindretall leger kan i spesielle situasjoner være villige til å bryte loven eller nekte å gjennomføre lovpålagt praksis (11). En studie fra 2014 indikerte riktignok at svært få norske leger selv har utført aktiv dødshjelp og slik gått ut over lovens rammer (4).

Den foreliggende studiens styrke er at et representativt utvalgt av norske leger har vært forespurt og at svarprosenten er god. Utfordringen er at selv om vi har tilstrebet presise definisjoner, åpner våre spørsmål og svaralternativer like fullt for fortolkning. For eksempel vet vi ikke hva respondentene la i «kort forventet levetid».

Konklusjon

Et flertall av norske leger var motstandere av aktiv dødshjelp, men undersøkelsen indikerer at andelen som støttet legalisering har økt siden 1993. Legers holdning til spørsmålet har blitt tillagt stor vekt i de politiske prosessene i noen jurisdiksjoner internasjonalt. Helseprofesjonenes motstand mot legalisering har trolig vært et tungtveiende argument for at politikere ikke har tatt opp spørsmålet her i Norge. Uten støtte fra sentrale helseprofesjoner og deres foreninger er det vanskelig å se for seg en innføring av aktiv dødshjelp.

7 Dødshjelp i andre land

7.1 World Medical Association

World Medical Association (WMA) ble stiftet i 1947. Organisasjonen ble stiftet for å beskytte legers uavhengighet og for å jobbe for de høyeste etiske standarder og behandling fra leger. Grusomhetene begått – også av leger – under andre verdenskrig var en viktig del av bakgrunnen for etableringen av organisasjonen.

WMA har 115 medlemsorganisasjoner fra alle kontinenter. Legeforeningen var med på å stifte WMA. Organisasjonen forvalter de grunnleggende felles etiske prinsipper medlemsorganisasjonene har formulert sammen. Blant dokumentene der disse prinsippene er nedfelt finner vi:

1. Genève-erklæringen – den moderne hippokratiske ed[70]
2. The International Code of Medical Ethics[71]
3. Venezia-erklæringen om medisinsk behandling i livets sluttfase[72]

I WMAs erklæring om eutanasi og legeassistert selvmord[73], sist oppdatert i 2019, uttrykker WMA sin motstand mot dødshjelp. WMA erklærer videre at ingen lege skal tvinges til å uføre dødshjelp, inkludert å henvise til dette. WMA presiserer avslutningsvis at det ikke er uetisk å avslutte behandling i tråd med pasientens ønske selv om dette kan medføre pasientens død. De norske etiske reglene er i tråd med WMAs erklæring.

7.2 Kort oversikt over enkelte land

I dette kapittelet behandler vi kort hvordan dødshjelp er regulert og utføres i enkelte land. Vi sier også noe om hvordan legeforeningene i ulike land forholder seg til dødshjelp. Dette har vært et tema som flere legeforeninger har jobbet mye med i senere år. Det gjelder blant annet oppfølging av at domstoler har fastslått at dødshjelp ikke kan forbys (Tyskland, Canada), og som initiativ fra legeforeninger i land der loven ikke åpner for dødshjelp (Storbritannia, California). I tillegg til dette har tematikken blitt diskutert i ulike møter mellom de nordiske legeforeningene, både mellom tillitsvalgte, i det nordiske juridiske nettverket og i nordisk etikkmøte.

Tabellen under gir en kortfattet oversikt over grunntrekkene i hvordan dødshjelp er regulert i enkelte land.[74] [75]

[70] WMA Declaration of Geneva – WMA – The World Medical Association
[71] WMA International Code of Medical Ethics – WMA – The World Medical Association
[72] WMA Declaration of Venice on End of Life Medical Care – WMA – The World Medical Association
[73] WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide – WMA – The World Medical Association
[74] https://journal.nzma.org.nz/journal-articles/new-zealand-doctors-and-euthanasia-legal-and-practical-considerations-of-the-end-of-life-choice-act
[75] Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of current practice and challenges - PubMed (nih.gov)

Land	Assistert selvmord	Eutanasi	Aldersgrense	Medisinsk forutsetning	Kan utføres etter forhånds-direktiv	Referanse
New Zealand	Ja	Ja	18	Terminal (Mindre enn 6 mnd. forventet levetid)	Nei	https://english.euthanasiecommissie.nl/
Neder-land	Ja	Ja	16 12 – 15 med foreldres samtykke < 1 år (Groeningen-protokollen)	Utålelig lidelse uten utsikt til bedring	Ja	
Belgia	Ja	Ja	18, opptil 17 med foreldres samtykke og «capasity discernment)	Terminal lidelse for barn, ellers medisinsk håpløs situasjon	Ja	http://www.ethicalperspectives.be/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=59 http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2014/03/12_1.pdf#Page67
Canada	Ja	Ja	18	Alvorlig og irreversibel tilstand	Nei	https://www.canada.ca/en/healthcanada/services/medicalassistancedying.html
USA: **Oregon, Washing-ton, Montana, Vermont, California, District of Columbia, Colorado, New Jersey, Maine, Hawaii**	Ja	Nei	18	Terminal (Mindre enn 6 mnd. forventet levetid)	Nei	www.deathwithdignity.org
Luxem-burg	Ja	Ja	18, 16 med foreldres samtykke	Alvorlig og uhelbredelig sykdom	Ja	https://guichet.public.lu/de/citoyens/famille/euthanasiesoins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasieassistancesuicide.html (Tysk) http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo (Fransk)
Columbia	Nei	Ja	14, 6-13 med foreldres samtykke	Terminal sykdoms-fase	Ja hvis lyd- eller video-opptak	https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%201216%20de%202015.pdf (Spansk)

Land	Assistert selvmord	Eutanasi	Aldersgrense	Medisinsk forutsetning	Kan utføres etter forhånds-direktiv	Referanse
Western Australia	Ja	Ja	18	Terminal (Mindre enn 6 mnd. forventet levetid) 12 mnd. ved nevro-degenerativ sykdom	Nei	
Victoria Australia	Ja	Ja, dersom ikke mulig å administrere selv	18	Terminal (Mindre enn 6 mnd. forventet levetid)	Nei	https://end-oflife.gut.edu.au/euthanasia https://www2.health.vic.gov.au/hospitalsand-healthservices/patient-care/end-of-lifecare/voluntaryassisted-dying
Sveits	Ja	Nei	Ingen grense	Ingen	Nei	https://www.admin.ch/opc/en/classifiedcompilation/19370083/index.html https://www.bj.admin.ch/bj/en/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html

7.2.1 Norden

I Danmark er dødshjelpforbudt Det er også i strid med Lægeforeningens etiske principper punkt 5: "Lægen må aldrig handle med hensigt om at forårsage patientens død eller medvirke til patientens selvmord"[76].

Det pågår for tiden en debatt om dødshjelp i Danmark. Dette ble satt i gang av et borgerinitiativ til Folketinget, og av statsministerens tale til folkemøtet på Bornholm sommeren 2023. Den danske regjeringen har nedsatt et utvalg for å vurdere dette spørsmålet. Et stort flertall i Det Etiske Råd (16 av 17 personer) er imot å innføre dødshjelp i Danmark. Lægeforeningen støtter rådets anbefalinger[77]. Formand Camilla Rathcke karakteriserer dødshjelp som å være grunnleggende i strid med legers og helsevesenets rolle[78].

I Sverige er eutanasi forbudt. Legeassistert selvmord er ikke straffbart, men en lege som bistår til selvmord kan risikere å miste autorisasjon ettersom handlingen sannsynligvis ville stride mot vitenskap og dokumentert erfaring.

Dødshjelp er i strid med Läkarförbundets etiska regler der følgende fremgår:

[76] laegeforeningens_etiske_principper.pdf (laeger.dk)
[77] Aktiv dødshjælp – regeringen bør lytte til Det Etiske Råd | Ugeskriftet.dk
[78] Det Etiske Råds udtalelse om dødshjælp 2023.pdf (nationaltcenterforetik.dk)

> Läkaren ska besinna vikten av att skydda människoliv och får aldrig vidta åtgärder som syftar till att påskynda döden. Läkaren får inte heller på något sätt medverka vid dödsstraff, tortyr eller andra grymma och omänskliga handlingar.[79]

I Finland er dødshjelp forbudt. Dødshjelp er ikke eksplisitt omtalt i Läkarens etiska regler, men punkt I sier følgende:

> Läkarens plikt är att upprätthålla och befrämja hälsa, att förebygga och sköta sina patienters sjukdomar och att lindra patienternas lidanden. Läkaren ska i all sin verksamhet hysa respekt för det mänskliga och för livet. Läkaren får aldrig medverka vid tortyr, delta i verkställande av dödsstraff eller i annan omänsklig verksamhet eller förberedelse till sådan[80].

Den finske legeforeningen er i mot legalisering av eutanasi, og at leger skal måtte bidra til assistert selvmord[81].

På Island er dødshjelp forbudt. Det er ikke direkte omtalt i etiske regler for leger, men den første bestemmelsen har følgende ordlyd på engelsk:

> A physician should respect human life and dignity. He should assist healthy people to preserve their health, ill people to regain health, and palliate people's suffering.[82]

7.2.2 Storbritannia

Dødshjelp er forbudt.

British Medical Association endret 14. september 2021 sitt standpunkt fra å være mot dødshjelp til en nøytral posisjon. Denne prosessen er nærmere beskrevet på deres nettsider, og gir god innsikt i problemstillinger knyttet til dødshjelp[83].

7.2.3 Nederland

Dødshjelp, både eutanasi og legeassistert selvmord, er lovlig.

Den nederlandske legeforeningen tok selv initiativ til å få endret loven slik at mangeårig praksis skulle bli lovlig. I 2001 endret Nederland loven slik at eutanasi og assistert selvmord ble tillatt på visse vilkår.

7.2.4 Tyskland

Eutanasi er forbudt, mens legeassistert selvmord er ikke straffbart etter en domsavgjørelse i den tyske forfatningsdomstolen i 2020.

Den tyske legeforeningen (BundesÄrztekammer) har fjernet artikkelen om assistert selvmord fra sine regler for profesjonen.

---

[79] Läkarförbundets etiska regler - Sveriges läkarförbund (slf.se)
[80] (Microsoft Word - L\304KARENS ETISKA REGLER) (laakariliitto.fi)
[81] press_release_101220.pdf (laakariliitto.fi)
[82] codex-ethicus-icelandic-medical-association-2021-9th-ed-english.pdf
[83] Physician assisted dying (bma.org.uk)

7.2.5 Sveits

I Sveits er eutanasi forbudt, mens assistert selvmord er lovlig. I prinsippet kan hvem som helst bistå til selvmord, så lenge vedkommende ikke har egeninteresse i dødsfallet. Assistert selvmord utføres i hovedsak ved klinikker som evaluerer pasientene, skriver resepter og bistår i andre deler av prosessen. Vanligvis krever klinikkene medlemskap, og personen som ønsker dødshjelp må selv bære kostnadene. Dødshjelp er ikke en rettighet.

Av medisinsketiske retningslinjene til Swiss Academy of medical asciences fremgår følgende[84]:

> The true role of physicians in the management of dying and death, however, involves relieving symptoms and supporting the patient. Their responsibilities do not include offering assisted suicide, nor are they obliged to perform it. Assisted suicide is not a medical action to which patients could claim to be entitled, even if it is a legally permissible activity

7.2.6 USA

Eutanasi er ulovlig, mens legeassistert selvmord er tillatt i 11 stater.

American Medical Association (AMA) har i sin Code of Medical Ethics fastsatt at de er imot både eutanasi og assistert selvmord, og uttaler at begge deler er "fundamentally incompatible with the physician's role as healer, would be difficult or impossible to control, and would pose serious societal risks".[85]

Vi beskriver kort den såkalte Oregonmodellen. Årsaken er at den nevnes av flere som et eksempel på hvordan dødshjelp i form av assistert selvmord kan reguleres. Den er beskrevet av delstaten Oregon som følger: [86]

Vilkår:

- Minst 18 år gammel
- Samtykkekompetent
- Diagnostisert med en dødelig sykdom som vil medføre død innen seks måneder

Legen vurderer om disse vilkårene er oppfylt. Dersom vilkårene er oppfylt vil legen forskrive medikamenter som pasienten kan innta, enten alene eller med legen til stede.

Prosess:

- To muntlige forespørsler til lege med minst femten dager intervall.
- Skriftlig forespørsel signert av to vitner. Minst ett vitne skal ikke være i slekt med pasienten.
- Legen og en konsulterende lege skal bekrefte pasientens diagnose og prognose, og vurdere pasientens samtykkekompetanse.
- Hvis legene vurderer at pasienten kan ha en psykisk lidelse skal pasienten henvises til psykologisk undersøkelse.
- Legen skal informere om alternativer til assistert selvmord.

---

[84] Dying and death (samw.ch)

[85] Physician-Assisted Suicide | AMA-Code (ama-assn.org) og Euthanasia | AMA-Code (ama-assn.org)

[86] Oversatt sammendrag fra: Oregon Health Authority : Oregon Revised Statute: Oregon's Death with Dignity Act : Death with Dignity Act : State of Oregon

- Legen må be om, men kan ikke kreve, at pårørende informeres.

7.2.7 Canada

I Canada er både eutanasi og legeassistert selvmord tillatt. I januar 2015 kom det en avgjørelse fra canadisk høyesterett som sa at voksne personer med alvorlig og uhelbredelig sykdom eller funksjonsnedsettelse kan få dødshjelp. Dette førte til at det canadiske parlamentet 2016 vedtok loven "Medical aid in dying". Fra mars 2024 kan psykiske lidelser gi grunnlag for dødshjelp [87].

Vi har ikke funnet de etiske reglene til den canadiske legeforeningen. Den canadiske legeforeningen er ikke medlem i World Medical Association.

7.2.8 New Zealand

New Zealand vedtok sin «End of life Choice act" [88] i 2019. Både eutanasi og assistert selvmord er tillatt. På New Zealand har de en nasjonal ankeenhet som alle kan henvende seg til hvis de ikke får hjelp fra den legen de henvender seg til. Legen har videre plikt til å henvise personen til ankeenheten.

I 2022 vedtok medlemmene å legge ned New Zealand Medical Association. Vi har derfor ikke funnet noen Code of Medical Ethics fra New Zealand.

[87] Medical assistance in dying: Overview - Canada.ca
[88] End of Life Choice Act 2019 No 67 (as at 28 October 2021), Public Act Contents – New Zealand Legislation

8 Temaer av juridisk karakter

8.1 Innledning

Mange har en oppfatning av hva dødshjelp er. Erfaringer fra land der dødshjelp er tillatt viser imidlertid at dødshjelp kan innrettes på svært ulike måter. Når man snakker om dødshjelp snakker man ikke nødvendigvis om det samme. For at landsstyret skal ha et forsvarlig beslutningsgrunnlag mener Rådet for legeetikk at det er nødvendig å belyse enkelte temaer knyttet til hva dødshjelp i Norge kan være. Disse er dels av juridisk karakter, men overgangen mellom juss og etikk i diskusjonen om dødshjelp er glidende. Formålet med dette kapittelet er å bidra til et felles rammeverk for videre diskusjon, uansett hvilket standpunkt man har. Gjennomgangen er på ingen måte uttømmende.

8.2 Den rettslige status i Norge

Dødshjelp er ulovlig og straffbart i Norge. Dette fremgår av flere bestemmelser i straffeloven.

Medvirkning til selvmord straffes etter straffeloven § 277. Det følger videre av straffeloven § 276 at dersom noen med eget samtykke blir drept, kan straffen for gjerningspersonen settes under minstestraffen eller til en mildere straffart enn som normalt er straffen for drap. Det innebærer altså at det kan være straffenedsettelse i slike tilfeller, men ikke straffrihet.

Det har fra tid til annen kommet representantforslag om å endre én eller begge paragrafene for å åpne for dødshjelp. I behandlingen av et slikt forslag i 1997-98 uttaler komitéen i innstillingen:[89]

> Flertallet viser til at norsk strafferett bygger på et prinsipp om at den enkelte ikke disponerer fritt over sitt eget liv. Livet er et uavhendelig rettsgode som staten og andre plikter å respektere og verne om. Hensynet til den enkeltes selvbestemmelsesrett må derfor vike for hensynet til livet. Flertallet viser til at dette prinsippet er solid forankret i vår kultur og mener det er svært viktig at det ikke rokkes ved dette prinsipp.

Straffelovkommisjonen kom med en delutredning: NOU 2002:4 [90]. Der diskuteres mulighet for straffrihet ved dødshjelp. Flertallet foreslår å opprettholde status quo, mens et mindretall foreslo straffrihet på visse vilkår. I NOU-en beskrives utviklingen i Nederland:

> Drap av en samtykkende er også straffbart etter lovgivningen i de andre vest-europeiske land. I Nederland har imidlertid påtalemyndighet og domstoler gått langt i å akseptere aktiv dødshjelp ut fra et nødrettsprinsipp. Etter denne praksisen veier hensynet til å spare pasienten for lidelse på visse vilkår så tungt at det regnes som akseptabelt å ta liv. Denne praksisen er i Nederland blitt fulgt opp med positiv regulering av når aktiv dødshjelp kan ytes, senest ved en lov om avbryting av liv etter anmodning og om assistert selvmord, som ble vedtatt 10. april 2001. Aktiv dødshjelp foretatt i samsvar med kriteriene i denne loven ble samtidig avkriminalisert.

Mindretallet har blant annet følgende begrunnelse for straffenedsettelse/straffefrihet:

> Etter hvert som utviklingen innen medisinen gir stadig større muligheter for livsforlengende behandling, kan en slik regel etter mindretallets oppfatning demme opp for en utvikling hvor aktiv dødshjelp gis i det stille, uten at helsepersonellet foretar de grundige vurderingene av anmodningen og pasientens tilstand som de foreslåtte vilkårene legger opp til.

---

[89] Innst. S. nr. 173 (1997-1998) - stortinget.no

[90] NOU 2002: 4 (regjeringen.no)

Straffelovkommisjonens arbeid ble blant annet diskutert i Tidsskriftet[91].

8.3 Dødshjelp som helsehjelp

Et spørsmål er om dødshjelp er en form for helsehjelp. Det vil trolig ha betydning for hva som vil være legens rolle.

Argumenter *mot* at dødshjelp (utført av helsepersonell) vil være helsehjelp:

- Det finnes medisinske roller som ikke er helsehjelp, slik som rettsmedisin.
- Det finnes prosedyrer som etter loven krever at en lege gjennomfører det (eller med lege tilstede som er ansvarlig for operasjonen) som ikke er helsehjelp, slik av rituell omskjæring av gutter.
- Det er krevende å strekke definisjonen av lindring så langt at fremskyndelse av død inkluderes.
- Det vil bygge inn en motsetning i helsetjenesten som kan være vanskelig å logisk opprettholde, for eksempel forebygging av selvmord opp mot dødshjelp.

Argumenter *for* at dødshjelp (utført av helsepersonell) vil være helsehjelp:

- Legeassistert selvmord vil antakelig involvere forskrivning av farmasøytiske virkestoffer, og dermed knyttet til autorisasjon.
- Eutanasi vil involvere injeksjon av farmasøytiske virkestoffer og knyttes dermed til autorisasjon.
- Dersom man opprettholder målet om sosial utjevning, vil det kreve en offentlig involvering i hvordan dødshjelp organiseres. Da kan det være naturlig å regulere det som en del av helsetjenesten.

Leger er normalt involvert i prosessen i alle land der dødshjelp er tillatt, men grad av involvering varierer. Nederland og Belgia er eksempler på land der leger skal være involvert hele veien fra å vurdere om pasienten oppfyller vilkårene for dødshjelp til å utføre selve dødshjelpen. I Sveits er det derimot ingen juridiske krav om legeinvolvering. Ettersom det er leger som kan rekvirere dødelige legemidler er de likevel involvert i nesten alle tilfeller av dødshjelp i Sveits.

8.4 Dødshjelp som rettighet

Videre vil et hypotetisk spørsmål være om dødshjelp bør være en rettighet for personer som ønsker det, eller om adgangen til dødshjelp avhenger av at man finner en person (lege) som er villig til å utføre det.

Med utgangspunkt i den helserettslige reguleringen, er hovedregelen at pasienten ikke har krav på en spesifikk type behandling. Pasienten har krav på nødvendig helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b. Det gir et rettskrav på nødvendig hjelp basert på en individuell helse- og omsorgsfaglig vurdering av behov. Det er altså helsepersonellet som vurderer hva den konkrete helsehjelpen skal bestå av.

Det er likevel noen unntak fra dette utgangspunktet, for eksempel provosert abort. Dette er en type helsehjelp pasienten har rett på dersom vilkårene er oppfylt, jf. abortloven § 2:

> Finner kvinnen, etter at hun har fått tilbud om informasjon m.v. som nevnt og veiledning etter § 5 annet ledd første punktum, at hun likevel ikke kan gjennomføre svangerskapet, tar hun selv den

[91] Straffelovkommisjonen om aktiv dødshjelp | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)

> endelige avgjørelse om svangerskapsavbrudd såfremt inngrepet kan skje før utgangen av tolvte svangerskapsuke og tungtveiende medisinske grunner ikke taler mot det.

Et spørsmål blir om dødshjelp også bør være en form for hjelp man har ubetinget rett til dersom man oppfyller visse vilkår.

I NOU 2016:13 Samvittighetsfrihet i arbeidslivet legges det til grunn at dette er en viktig distinksjon. Sammenhengen her var konsekvenser for reservasjonsrett, se nærmere punkt 8.5. De viser til at i Nederland er dødshjelp ikke en absolutt pasientrettighet, og skriver følgende:

> I Benelux-landene er aktiv dødshjelp altså tillatt, men det er ingen rettighet pasientene har krav på, slik tilfellet er for eksempel med provosert abort i Norge. Leger i Benelux-landene kan derfor uten videre avslå anmodninger om aktiv dødshjelp hvis de ikke ønsker å bidra til dette.
>
> […]
>
> Hvis aktiv dødshjelp skulle bli tillatt i Norge, vil dette kunne bli en oppgave for fastleger, sykehjemsleger samt leger i noen sykehusspesialiteter. Annet helsepersonell, som sykepleiere og farmasøyter, vil kunne være indirekte involvert. Som situasjonen i Nederland viser, vil det ha stor betydning om dødshjelp da blir en pasientrettighet eller ikke.

8.5 Reservasjonsrett

Gitt at dødshjelp blir en oppgave tillagt helsetjenesten, blir neste spørsmål om helsepersonell bør kunne reservere seg mot å bli involvert i denne oppgaven.

Sterri og Moen tar opp spørsmålet om reservasjonsrett i sin bok:

> Burde leger også ha reservasjonsrett i tilfelle aktiv dødshjelp? Det er et viktig liberalt prinsipp at vi, så langt vi kan, søker å komme alle parter i møte: Pasienter som ønsker dødshjelp, og leger som ønsker å unngå det. Aktiv dødshjelp er for mange et viktig og vanskelig verdispørsmål. Det taler for at leger bør kunne fritas.[92]

Etter dagens regelverk kan leger som hovedregel ikke reservere seg mot å uføre enkelte legeoppgaver. Dette ble blant annet diskutert i forbindelse med at de regionale helseforetakene fikk ansvaret for å organisere spesialisthelsetjenesten slik at de som ønsker det innen helseregionen, kan få utført rituell omskjæring av gutter på en forsvarlig måte. I Prop. 70 L (2013–2014)[93] uttaler helse- og omsorgsdepartementet følgende:

> Departementet ser at enkelte helsepersonell vil kunne finne det faglig og etisk problematisk å utføre eller bistå ved rituell omskjæring. Det vises imidlertid til at det ikke er vanlig å fastsette regler om reservasjonsrett for helsepersonell med hensyn til ulike typer helsehjelp. Departementet antar også at man ved de fleste sykehus vil kunne finne praktiske løsninger på dette slik at man klarer å skjerme helsepersonell som ut fra en faglig eller etisk overbevisning ikke ønsker å utføre eller bistå ved rituell omskjæring.
>
> Departementet vil også vise til at norsk helse- og omsorgstjeneste i hovedsak skal være nøytral og upåvirket av det enkelte helsepersonells religiøse og politiske overbevisning. Dette er et argument i seg selv mot å innvilge reservasjonsrett.

For et fåtall typer legeoppgaver er det likevel reservasjonsrett. Det følger av abortloven § 14 at de regionale helseforetakene skal organisere sykehustjenesten slik at kvinnen innen helseregionen til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd, og at det ved organiseringen«skal "tas hensyn til

[92] Dødshjelp - etikk ved livets slutt, s 110
[93] Prop. 70 L (regjeringen.no)

helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre eller assistere ved slike "inngrep". Reservasjonsretten gjelder ikke for andre deler av prosessen, slik som å motta pasienten, for- og etterbehandling og vanlig pleie og omsorg. Det er ikke adgang for fastleger til å reservere seg mot å henvise til abort.

For en nærmere gjennomgang av rettstilstanden viser vi til NOU 2013:1 "Det livssynsåpne samfunn – En helhetlig tros- og livssynspolitikk" kapittel 20.3 om reservasjonsrett i arbeidsforhold[94].

Det at det ikke er tradisjon for å lovfeste en reservasjonsrett for enkelte legeoppgaver, utelukker ikke at leger bør ha reservasjonsrett dersom dødshjelp blir tillatt. Det vil bli en viktig vurdering for lovgiver.

I NOU 2016:13 "Samvittighetsfrihet i arbeidslivet" [95] diskuterer utvalget denne problemstillingen. Utvalget lander på at dersom dødshjelp skal tillates i Norge bør det være adgang til å reservere seg mot å utføre og delta i dødshjelp, men de peker også på noen utfordringer knyttet til gjennomføringen av reservasjonsrett. De peker blant annet på at det er mer krevende med en generell reservasjonsrett dersom dødshjelp er en *pasientrettighet* på lik linje med provosert abort, se punkt 8.4. Utvalget skriver:

> Et viktig spørsmål er om det kan legges til rette for reservasjon i praksis. Gitt den utbredte motstanden mot aktiv dødshjelp blant norske leger, er det ikke sikkert at en kollega som er villig til å utføre slike handlinger er tilgjengelig. Pasienter som ber om dødshjelp vil typisk være syke og svake og ha vanskelig for å forflytte seg til en lege som er villig til å utføre aktiv dødshjelp. Her er det en kontrast til spørsmålet om reservasjon mot aborthenvisning hvor pasientene typisk er friske og mobile.
>
> Lege-pasientforholdet kan være minst like nært og viktig for pasienter som ønsker aktiv dødshjelp som for abortsøkende kvinner. Aktiv dødshjelp blir typisk aktuelt mot slutten av et lengre forløp med kronisk sykdom og/eller lindrende behandling. Det å søke ny lege innebærer således et kontinuitetsbrudd og vil kunne oppleves som en betydelig belastning for den syke.
>
> Dersom aktiv dødshjelp skulle bli tillatt som en rettighet i Norge, er det vanskelig å se for seg hvordan leger skal få en generell reservasjonsrett mot å utføre og henvise til dødshjelp uten byrde og belastning for pasientene og uten at den reelle tilgangen til dødshjelp innskrenkes for noen pasienter. I en avveining må man ta stilling til om slike konsekvenser for pasienter er akseptable, og om hensynet til at helsepersonell skal få slippe befatning med aktiv dødshjelp skal veie tyngre.

Dersom det innføres en reservasjonsrett blir neste spørsmål hvilke legeoppgaver reservasjonsretten skal gjelde for. Det er flere stadier av dødshjelpsprosessen, blant annet å vurdere om vilkårene for dødshjelp er oppfylt, å kommunisere med pasienten om dødshjelp, å henvise til dødshjelp og å utføre dødshjelp. Som eksempel viser vi til situasjonen i New Zealand der leger har rett til å reservere seg mot å utføre dødshjelp, men er forpliktet til å henvise videre [96]. Det blir videre et spørsmål om reservasjonsretten skal være den samme ved eutanasi og legeassistert selvmord.

---

[94] NOU 2013: 1 (regjeringen.no)

[95] NOU 2016: 13 (regjeringen.no)

[96] Snelling J et al: Health care providers' early experiences of assisted dying in Aotearoa New Zealand: an evolving clinical service. BMC Palliat Care. 2023; 22: 101, doi: 10.1186/s12904-023-01222-4:

8.6 Innvilgelseskriterier for dødshjelp

8.6.1 Innledning

Så vidt vi er kjent med oppstiller alle land som tillater dødshjelp tre grunnleggende vilkår som må være oppfylt for at dødshjelp skal kunne innvilges:

- Personen som ønsker dødshjelp må ha samtykkekompetanse, altså at vedkommende forstår konsekvensene av egne beslutninger
- Personens forespørsel må være frivillig, det vil si at personen ikke har vært utsatt for press eller påvirkning
- Personen må ha en fysisk og/eller psykisk tilstand som gjør at de kvalifiserer til dødshjelp, slik det er definert i det enkelte land

Det er særlig innholdet i det siste vilkåret som varierer fra land til land.

8.6.2 Samtykke

Samtykke som begrep står sentralt i mange ulike lover, herunder straffeloven, personopplysningsloven og innenfor helselovgivningen. Innholdet i begrepet er ikke nødvendigvis det samme.

Vi tar for ordens skyld utgangspunkt i eksisterende helserettslig lovgivning når vi nå diskuterer krav til samtykke. Som i kapittel 4 vil vi bruke begrepet "pasient" fordi det er dette som brukes i lovgivningen.

I helselovgivningen er samtykke knyttet til det å få behandling. Spørsmålet er altså hvem som kan samtykke til å motta helsehjelp.

Vilkårene for samtykkekompetanse fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Her fremgår det at den helserettslige myndighetsalderen er 16 år. For enkelte behandlinger må personen være fylt 18 for å kunne samtykke selv. Videre har barn over 12 år samtykkekompetanse for noen former for helsehjelp. Helsepersonell må vurdere konkret om barnet kan samtykke i det enkelte tilfellet. Der barnet ikke kan samtykke, er det foreldrene eller andre med foreldreansvar som har rett til å samtykke på deres vegne.

Vi ser altså at personer under 18 år kan samtykke til ulike former for helsehjelp. Et spørsmål er om dette kan gjelde også for dødshjelp. Burde i så fall aldersgrensen settes likt som den helserettslige myndighetsalderen på 16 år, eller lavere?

Dersom det legges til grunn at barn ikke kan samtykke til dødshjelp før en viss alder, blir spørsmålet om foreldre kan samtykke på deres vegne. En forutsetning for dødshjelp er frivillighet. Vi legger derfor til grunn at foreldre ikke kan samtykke til dødshjelp på sine barns vegne i en situasjon der barnet motsetter seg dødshjelp. Derimot kan man se for seg en situasjon der barnet ikke er i stand til å tilkjennegi et slikt ønske, for eksempel på grunn av sterk funksjonsnedsettelse [97].

Årsaken til at Rådet for legeetikk tar opp dette, er at dødshjelp er tillatt for barn i flere land. Det er altså ikke åpenbart at dødshjelp bare skal være aktuelt for voksne. Belgisk lovgivning stiller ikke krav om at personen er over en viss alder for å kunne motta dødshjelp. Dersom personen er under 18 år

[97] Man kan stille spørsmål ved om dette egentlig skal regnes som dødshjelp, eller om det er riktigere å omtale det som medisinsk drap uten samtykke.

er det et krav om at foreldrene samtykker [98]. I Nederland var det inntil nylig tillatt med dødshjelp for barn under ett år, samt fra 12 år og oppover. De utvider nå retten til dødshjelp til å gjelde alle aldersgrupper [99]. Barn under 16 år må ha samtykke fra foreldrene. Når barnet er mellom 16 og 18 må foreldrene være involvert, men barnet kan få dødshjelp selv om foreldrene er uenige [100].

Samtykkekompetanse avhenger ikke bare av pasientens alder. Den kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Der pasienten ikke oppfyller kravene til samtykkekompetanse, er det helsepersonell som fatter beslutning om helsehjelp. Dersom helsehjelpen innebærer et alvorlig inngrep for pasienten, kan den gis "dersom det anses å være i pasientens interesse, og det er sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp", jf. bestemmelsens annet ledd. Om mulig skal det innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ønsket.

Et spørsmål er om man, før man eventuelt mister samtykkekompetansen, skal kunne forhåndsamtykke til å motta dødshjelp. Et slikt forhåndssamtykke kan komme til uttrykk i et såkalt livstestament. Forhåndssamtykke til dødshjelp er ikke mulig i de fleste land der dødshjelp er tillatt. Nederland er et unntak. Her uttalte Høyesterett i 2020 at en pasient med fremskreden demens som på forhånd hadde skrevet en forespørsel om eutanasi skulle få dette. Livstestamente ved demens er omtalt av nederlandske myndigheter på denne måten:

> For some people, the prospect of ever suffering from dementia may be sufficient reason to make an advance directive (living will). This can either be drawn up independently or discussed first with the family doctor. A physician can perform euthanasia on a patient with dementia only if such a directive exists, if statutory care is taken and if, in his opinion, the patient is experiencing unbearable suffering with no prospect of improvement[101].

Per i dag er livstestament ikke en juridisk bindende disposisjon i Norge, men kan brukes for å gi uttrykk for hva man ønsker seg i livets siste dager. Det er flere utfordringer ved bruken av livstestamenter. I denne sammenheng begrenser Rådet for legeetikk seg til å påpeke at pasienten vurderer hva han ønsker for en situasjon han enda ikke har erfart. Personen er ikke helt den samme på det tidspunktet han skriver testamentet og det tidspunktet det skal gjelde for.

8.6.3 Frivillig forespørsel

Det er et grunnleggende krav i de landene der dødshjelp er tillatt at forespørselen om dødshjelp er frivillig. Dette er en naturlig konsekvens av at et av hovedargumentene for dødshjelp er å ivareta en persons selvbestemmelsesrett. Frivillighet innebærer at ønsket om dødshjelp kommer fra personen selv, og at det ikke er presset fram av omgivelsene. Press kan komme både fra enkeltpersoner, slik som pårørende, og fra samfunnet som helhet. I dette punktet behandler vi kort problemstillingen om press fra enkeltpersoner. Spørsmålet om press på samfunnsnivå behandles i punkt 5.6.

Moen og Sterri tar opp temaet i sin bok Aktiv dødshjelp – etikk ved livets slutt[102]:

---

[98] Requesting euthanasia | European Union Agency for Fundamental Rights (europa.eu)
[99] Netherlands to broaden euthanasia rules to cover children of all ages | Assisted dying | The Guardian
[100] Requesting euthanasia | European Union Agency for Fundamental Rights (europa.eu)
[101] Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request in the Netherlands | Euthanasia | Government.nl
[102] S. 75-76

> Til sist må valget ikke være presset frem av andre. Alvorlig sykdom kan være en stor påkjenning for pårørende og den syke kan føle at han eller hun er en byrde for omgivelsene. Samtidig kan pårørende ønske å fremskynde arv.

Moen og Sterri påpeker at risikoen for press også kan aktualiseres når en person skal ta stilling til om han eller hun ønsker livsforlengende behandling.

Forholdet mellom selvbestemmelse og ytre press behandles av det danske Etiske råd i deres utredning om dødshjelp, utgitt i oktober 2023[103]:

> **[E]r der personer, som begrunder et ønske om dødshjælp med at være en byrde for omgivelserne?**
>
> Modstandere af dødshjælp fremhæver, i forbindelse med spørgsmålet om frivillighed, nogle gange muligheden for, at beslutningen om at anmode om dødshjælp stammer fra ønsket om ikke at være en byrde for omgivelserne. SMER påpeger, at der er meget, der taler for, at dette er en motivation for mange patienter, både i Oregon og i Nederlandene. Et centralt spørgsmål i denne sammenhæng er naturligvis, i hvilket omfang en sådan motivation gør beslutningen mindre frivillig. Det er værd at fremhæve det billede af patienterne, der fremkommer i forskningen fra Oregon. For mange af dem synes uafhængighed, selvstændighed og kontrol at være en dybt forankret del af deres identitet og følelse af værdighed. Det forekommer sandsynligt, at modviljen mod at være en byrde for omgivelserne i mange tilfælde handler om en vilje til at beskytte dette selvbillede snarere end at være udtryk for påvirkning fra pårørende, som ofte synes at opleve patientens pleje som mindre belastende, end patienten selv forestiller sig.

Hvordan man skal sikre frivillighet er et av temaene som tas opp i dødshjelpsdebatten. Som eksempel viser vil til British Medical Association som har samlet hovedargumenter for og mot dødshjelp. Som et argument for dødshjelp skriver de[104]:

> Physician-assisted dying is a legal option for over 150 million people around the world. In jurisdictions where it is lawful, there are eligibility criteria, safeguards and regulation in place to protect patients.
>
> Guidance in the UK for end-of-life practices, such as the withdrawal of life-sustaining treatment, already contains safeguards to ensure decisions are made voluntarily, coercion is detected and potentially vulnerable people are protected. There is no reason why these safeguards could not be used effectively in assisted dying legislation.

Som argument mot dødshjelp skriver de:

> So-called 'safeguards' are simply statements of what should happen in an ideal world. They do not reflect the real-world stresses of clinical practice, terminal illness and family dynamics. It is impossible to ensure that decisions are truly voluntary, and that any coercion or family pressure is detected.

8.6.4 Fysisk og/eller psykisk tilstand

I boka "Aktiv dødshjelp" omtaler forfatterne Aksel Braanen Sterri og Ole Martin Moen hvilke fysiske og/eller psykiske tilstander som skal kunne gi grunnlag for dødshjelp:

> Grovt sett kan man si at det finnes tre ulike standpunkter til lovgivningen rundt aktiv dødshjelp. Et standpunkt, som er det som ligger til grunn for dagens norske lovgivning, er at ingen av dem som ber om aktiv dødshjelp bør få det innvilget. I følge dette synet har det ikke noe å si hvor vondt en pasient har det, eller hvor dårlige utsikter til bedring vedkommende har, for enhver forespørsel skal uansett avslås. Vi kan kalle dette ingen-standpunktet. I direkte motsetning til ingen-standpunktet står alle-standpunktet. Ifølge alle-standpunktet bør alle som ønsker aktiv dødshjelp, og som er myndige og i

[103] Det Etiske Råds udtalelse om dødshjælp 2023.pdf (nationaltcenterforetik.dk)
[104] bma-arguments-for-and-against-pad-aug-2021.pdf

> stand til å ta medisinske avgjørelser om eget liv, kunne få hjelp til å dø. Liberalister som sverger til absolutt selvråderett vil kunne ta til orde for et slikt syn. Heller ikke her vil en enkelt pasients lidelsesbyrde og utsikter til bedring være relevant for å avgjøre om forespørselen skal innvilges eller avvises, for alle forespørsler skal uansett innvilges. Til sist kan man innta en mellomposisjon, nemlig at forespørsler om aktiv dødshjelp bør innvilges i noen tilfeller, men avvises i andre. Vi kan kalle dette noen-standpunktet. Gitt dette standpunktet vil en pasients lidelsesbyrde og utsikter til bedring kunne være relevant for hvorvidt aktiv dødshjelp bør innvilges eller avvises i hvert enkelt tilfelle. Mens tilhengerne av ingen-standpunktet og alle-standpunktet slipper å trekke en grense, må tilhengerne av noen-standpunktet avgjøre hvem som skal få, og hvem som ikke skal få, hjelp til å avslutte livet.

Sterri og Moen påpeker videre at *alle*-standpunktet ikke praktiseres noe sted i verden. Dersom man skal diskutere om dødshjelp skal tillates i Norge, vil det antagelig være med utgangspunkt i at *noen* skal kunne få dødshjelp, men ikke alle. Hvem det skal være, er et spørsmål med både etiske og rettslige implikasjoner.

I den norske befolkningsundersøkelsen fra 2021 ble det skissert opp fire kategorier av personer som kan ønske seg hjelp til å dø:

- Personer med dødelig sykdom med kort forventet levetid
- Personer med uhelbredelig kronisk sykdom, men som ikke er døende
- Personer med psykisk sykdom
- Personers som er livstrøtte og ønsker å dø, men som ikke har en alvorlig sykdom

Det er ikke gitt at disse fire kategoriene er mest dekkende for ulike typetilfeller, men de tjener som utgangspunkt for en videre diskusjon.

Dersom man skal tillate dødshjelp for en eller flere av disse gruppene, må man nærmere definere hvem som befinner seg i disse kategoriene. Hva er for eksempel "kort forventet levetid"? Er det uker, dager eller måneder? I Oregon opereres det med en grense på et halvt år, men det er utfordrende å fastslå akkurat når denne grensen er krysset, ettersom det er vanskelig å forutsi dødstidspunktet såpass langt fram i tid[105].

Et annet spørsmål er hva som er en "uhelbredelig kronisk sykdom". Mange sykdommer som vi i dag har medisiner mot, var en gang i tiden uhelbredelige. Den medisinske utviklingen går raskt, og prognosene kan derfor endre seg med tiden. Det er også et spørsmål om man må ha uttømt alle potensielle behandlingsformer før man kan si at sykdommen er uhelbredelig. Uhelbredelige sykdommer kommer dessuten i mange varianter. Noen sykdommer kan medføre en stor reduksjon i livskvalitet, mens andre sykdommer kan man leve godt med.

Videre er det uklart hva som liger i "psykisk sykdom". Det finnes et vidt spekter av ulike psykiske diagnoser, og den samme sykdommen kan arte seg svært ulikt hos ulike personer.

Et av vanligste argumentene for dødshjelp er å hindre uutholdelig lidelse. I British Medical Association sin sammenfatning av hovedargumenter for dødshjelp beskrives dette slik[106]:

> Even with universal access to specialist palliative care, some dying people will still experience severe, unbearable physical or emotional distress that cannot be relieved. Forcing dying people to suffer against their wishes is incompatible with the values of 21st century medicine.

[105] Sterri og Moen, s. 69
[106] bma-arguments-for-and-against-pad-aug-2021.pdf

I flere av landene der dødshjelp er tillatt opererer man med et "lidelseskriterium". I Canada stilles det følgende krav til personen:

- Have a serious and incurable illness, disease or disability (excluding a mental illness until March 17, 2024)
- be in an advanced state of irreversible decline in capability
- have enduring and intolerable physical or psychological suffering that cannot be alleviated under conditions the person considers acceptable

I Canada stilles det altså krav til både sykdom, funksjonsnivå og lidelse.

I Nederland er kriteriet for dødshjelp at personen lever i "unbearable suffering with no prospect of improvement"[107]. Her er det altså ikke avgjørende hvilken diagnose man har, eller hvilket funksjonsnivå denne medfører, men hvilke fysiske og/eller psykiske lidelser personen har.

Hvordan måler man uutholdelig lidelse? Siri Brelin skriver om dette i Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk[108] (Referansene i sitatet nedenfor er tilgjengelige i boka):

> Lidelse har vært definert som en subjektiv, ikke målbar og vanskelig diagnostiserbar «tilstand av nød som oppstår når personens intakthet eller integritet er truet eller forstyrret» (Cassell, 1999). Det eksisterer ingen internasjonal konsensus om begrepet uutholdelig lidelse. Det har en individuell betydning, og kan ikke generaliseres. Uutholdelig lidelse kan for eksempel innebære sterke smerter, ensomhet, angst, tap av kroppsfunksjoner, det å holdes kunstig i live, at byrden overstiger håndteringsevnen eller tap av verdighet (Gootjes, Zuurmond & Perez, 2010). Her vil begrepet forstås som lidelse som pasienten i sum opplever som ikke til å holde ut eller leve med.
>
> På samme måte som lidelse er en subjektiv opplevelse som varierer fra individ til individ, fra situasjon til situasjon, og med stadig nytt innhold, vil også opplevelsen av livskvalitet og verdighet variere. En studie har vist at pasienter med kort forventet levetid assosierte økende avhengighet av andres hjelp med en følelse av tapt anseelse og mindre respekt fra omgivelsene. Videre assosierte pasientene verdighet med opplevd respekt fra andre (Chochinov et al., 2002).
>
> Tapte funksjoner og økt hjelpebehov vil altså kunne medføre en opplevelse av verdighetstap som truer integritet og forsterker eksistensiell lidelse. I en annen studie fremgikk det at fysisk smerte var en viktig medvirkende årsak til at pasienter søkte om dødshjelp, men det var først når denne ble kombinert med psykososial og eksistensiell lidelse, at smerten ble til uutholdelig lidelse (Dees, Vernooij-Dassen, Dekkers, Vissers & van Weel, 2011).
>
> Noen sykdomsrelaterte faktorer kan fremholdes som oftere knyttet til uutholdelig lidelse. Symptomer der det ikke finnes noen behandling som vil kunne gi tilfredsstillende lindring innenfor en rimelig tidsramme, uten å gi uakseptable bivirkninger og/eller sykelighet, kalles ofte refraktær lidelse (de Graeff & Dean, 2007). Refraktære tilfeller av smerte knyttet til skade på nerver eller skjelett, tungpustethet med kvelningsopplevelse og utmattende pustearbeid, overmannende angsttilstander, og særlig mutilerende (hode-hals-området) og illeluktende tumorvekst (ondartede sår, anale/genitale fistler) er tilstander jeg i mitt arbeid av og til ser ligge til grunn for lidelse som pasienter beskriver som uutholdelig. Det som kjennetegner disse situasjonene, er altså kombinasjoner av smerter, angst, hjelpebehov og opplevd verdighetstap.

[107] Euthanasia, assisted suicide and non-resuscitation on request in the Netherlands | Euthanasia | Government.nl
[108] Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk | Nordic Open Access Scholarly Publishing

8.6.5 Utvidelse av grupper som kan motta dødshjelp

Et argument som brukes i dødshjelpdebatten er at dersom dødshjelp blir lovlig for visse grupper, er det en risiko for en utvikling der stadig nye grupper kan få dødshjelp. Det er dette som ofte omtales som for eksempel glidning eller skråplan. Lovregulering av saksfelt der det ikke er konsensus i samfunnet vil vanligvis alltid stå i et press mellom innstramming og utvidelse. Eksempler på dette er ruslovgivningen og abortlovgivningen.

British Medical Association omtaler glidning/skråplan slik[109]:

> Once the principle of assisted dying has been accepted, the process becomes normalised and it becomes easier to accept wider eligibility criteria or to widen eligibility through the use of anti-discrimination legislation.

Det danske Etiske råd har i sin utredning fra oktober 2023 redegjort nærmere for dette:

> Et ofte fremført argument, som taler imod en lovliggørelse af dødshjælp, handler om, at man dermed åbner for en glidebane. Argumentet lyder, at hvis man åbner for dødshjælp for en bestemt gruppe af personer, så vil der med stor sandsynlighed opstå et pres for at udvide definitionen af, hvem der bør udgøre denne gruppe.
>
> Det fremføres ofte, at det dermed er det første skridt og den første forsøgte regulering af dødshjælp, der udgør det vigtigste skridt, for herefter vil det være meget vanskeligt at forestille sig, at man kan vende tilbage til et udgangspunkt, hvor der ikke fandtes nogen adgang til dødshjælp. Der er således tale om en beslutning med store og årelange perspektiver. Spørgsmålet er således, om regler, vejledninger, sikkerhedsforanstaltninger, psykiatriske bedømmelser, professionelle standarder og lignende risikodæmpende foranstaltninger vil kunne skabe den nødvendige sikkerhed for, at der ikke opstår uønskede udvidelser af evt. lovgivning eller i den kliniske praksis.
>
> Der beskrives som regel to typer af glidebaner. En, man kunne beskrive som 'kvantitativ', og som alene angår det numeriske omfang af en model, og en anden, som man kunne beskrive som 'kvalitativ', og som angår de typer eller grupper af personer, som har adgang til dødshjælp. Den første vanskelighed er 'objektiv', og består i vanskeligheden ved at forhindre en kvantitativ udvidelse. Hvis en given lidelsesfuld tilstand giver adgang for personer i en gruppe, så bør det vel give adgang for alle i gruppen, så længe de ønsker det? Det vanskelige ved denne udgave af en glidebane er, at der ikke er noget, der tilsiger, at en stigning, som finder sted, også vil være forkert. Kun hvis udgangspunktet er, at ingen burde få dødshjælp, kan det utvetydigt siges, at en stigning er forkert. Er man åben for, at en procentsats større end 0 kan være ønskeligt, bliver det til gengæld vanskeligt at sige, hvad den ideelle procentsats burde være. Det er også muligt, at en stigning i antallet er en udvikling til det bedre. Man kan forestille sig en sammenligning med lindrende behandling. Det er på sin vis forfærdeligt, at så mange personer er i en så lidelsesfuld situation, at lindrende behandling må til. I én forstand er det derfor uheldigt, hvis antallet af patienter, som modtager denne behandling, øges. Men det er til gengæld ikke sikkert, at det er en udvikling til det værre. For det er muligt, at der tidligere var for få, som fik den rette behandling. Så, så længe man er åben for, at antallet af modtagere af dødshjælp kan være højere end 0, må man også være åben for, at et øget antal modtagere ikke automatisk er en udvikling til det værre, men også kan være en udvikling til det bedre, fordi det er udtryk for en gradvis afdækning af det reelt eksisterende behov.
>
> Anderledes stiller det sig med den anden variant af glidebane-argumentet. Her præsenteres en 'subjektiv' vanskelighed i den forstand, at hvis medlemmer af en gruppe med sådanne og sådanne træk kan få adgang, så burde medlemmer af en gruppe, som ønsker adgang, og som deler træk med nærliggende grupper, vel også få adgang?

[109] bma-arguments-for-and-against-pad-aug-2021.pdf

9 Kort om enkelte andre problemstillinger

9.1 Hvorfor ønsker noen mennesker hjelp til å dø?

Rapporter fra land og delstater der dødshjelp er tillatt forteller noe om bakgrunnen for at mennesker ber om hjelp til å dø.

Fra Oregon har vi tall på hvilke underliggende sykdommer personene som fikk dødshjelp i form av legeassistert selvmord hadde [110]. I 2021 hadde 146 personer, eller om lag 61 prosent av de som døde av assistert selvmord, en form for kreft. 35 personer (14,7 prosent) hadde nevrologiske lidelser (ALS/annen lidelse). 29 personer (12,2 prosent) hadde hjerte-karlidelser mens 15 personer (6,3 prosent) hadde respiratoriske lidelser.

Personene ble også spurt om bekymringer knyttet til livets sluttfase. Svarene var fordelt som følger:

Tap av autonomi	222 (93.3 %)
Redusert evne til å delta i aktiviteter som gjør livet godt	219 (92 %)
Tap av verdighet	162 (68.1 %)
Byrde for familie, venner/omsorgspersonell	129 (54.2 %)
Tap av kontroll over kroppslige funksjoner	112 (47.1 %)
Ikke adekvat smertekontroll, eller bekymring for dette	64 (26.9 %)
Kostnader for pasienten ved å fortsette behandling	20 (8.4 %)

Canada produserer årlige rapporter om dødshjelp. I den nyeste årsrapporten, for 2021[111], nevnte de som skulle motta dødshjelp følgende "nature of suffering":

Manglende evne til å delta i meningsfylte aktiviteter	86,3 %
Manglende evne til å utføre dagligdagse aktiviteter	83,4 %
Manglende smertekontroll (eller frykt for dette)	57,6 %
Tap av verdighet	54,3 %
Manglende kontroll på andre symptomer enn smerte (eller bekymring for dette)	46 %
Opplevd byrde på familie, venner eller omsorgspersoner	35,7 %
Tap av kontroll over kroppslige funksjoner	33,8 %
Isolasjon eller ensomhet	17,3 %
Følelsesmessig lidelse, angst eller frykt	3,0 %
Tap av livskvalitet	2,8 %
Tap av kontroll, autonomi eller uavhengighet	1,7 %
Annet	0,7 %

9.2 Selvmord og dødshjelp

Solberg-regjeringen uttrykte en nullvisjon for selvmord [112]. Forskning tyder ikke på at selvmordsraten blir lavere ved innføring av dødshjelp[113].

[110] DWDA 2022 Data Summary Report (oregon.gov)
[111] Third annual report on Medical Assistance in Dying in Canada 2021 - Canada.ca
[112] regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025.pdf
[113] Doherty AM, Axe JC, Jones AD: Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review. DOI: 10.1192/bjo.2022.71

I noen situasjoner kan det være vanskelig å skille mellom hva som er selvmord som bør forebygges, og hva som er dødshjelp. Dette gjelder særlig dersom det skal være tillatt med dødshjelp i andre situasjoner enn der personen har en dødelig sykdom med kort forventet levetid. Dette er blant annet tilfellet i Canada, der dødshjelp er tillatt ved varige funksjonsnedsettelser. Fra 2024 blir det også tillatt med dødshjelp ved psykiske lidelser.

Canadian Association of suicide prevention har uttalt seg om dette [114]:

> 2. A life worth living: While our core mission will always focus on preventing suicide, we believe that it is not enough for a suicide prevention organization to merely stop people from dying— it is imperative that Canadians invest in finding other ways to alleviate suffering and support people in connecting to a life worth living. MAiD, as it currently exists in Canada, is in no conflict with this approach since it is used to remedy painful deaths. However, expansion of MAiD To include those not at the end of life carries the inherent assumption that some lives are not worth living and cannot be made so. This notion is controversial, in inherent conflict with suicide prevention and has several potentially negative implications outlined below.
>
> 3. Suicide messaging and contagion: There is a large literature demonstrating that both suicide and coping/help-seeking are contagious. Sending a message that sometimes death is the best remedy for a painful life is likely to subvert suicide prevention messaging, one of the few population-level interventions know to decrease suicide rates [4].
>
> 4. Shifting social norms: Dutch MAiD providers have expressed concerns that people in the Netherlands are now accessing MAiD as a solution to an increasing number of problems and that the public in that country are viewing the practice as normal and even easy when they consider it extraordinary and difficult. From a suicide prevention perspective, it is important that MAiD be understood as an unusual and extraordinary option to avoid a social norm in which death is considered a common coping strategy.
>
> 5. Duty to die: Shifting norms also have the potential to create social pressure or a so-called "duty-to-die" for people with chronic illnesses who may seek death as a way to alleviate the burden that they perceive they are causing others. Such a norm is again in conflict with suicide prevention efforts aimed at helping people challenge and reject thoughts that they are a burden in favour of efforts to see their positive role in the world.
>
> 6. Mental healthcare: Finding hope and reasons to live are a quintessential aspect of clinical care in mental disorders. Having MAiD as a treatment option is in fundamental conflict with this approach, is likely to have a negative impact on the effectiveness of some therapeutic interventions and may lead both patient and provider to prematurely abandon care.
>
> 7. Psychiatric policy: To some extent, the same issues that arise in the clinician's office apply at the macroscale. Ending the life of someone with complex health problems is simpler and likely much less expensive than offering outstanding ongoing care. This creates a perverse incentive for the health system to encourage the use of MAiD at the expense of providing adequate resources to patients and that outcome is unacceptable

9.3 Rask og smertefri død?

I diskusjonen om dødshjelp vises det ofte til hensynet til en rask og smertefri livsavslutning. Dette ønsket settes gjerne opp mot uutholdelige lidelser ved å leve videre [115].

---

[114] Statement on the Expansion of Medical Assistance in Dying to those without a Reasonably Foreseeable Death - Canadian Association For Suicide Prevention

[115] Se for eksempel Michael Stilson hjalp farfaren å dø og Pappa må få dø – Ytring

Forfattere som har sett på spørsmålet påpeker at metodene varierer, og at det i liten grad finnes metoder for assistert selvmord som med hundre prosent sikkerhet medfører rask og smertefri død [116].

9.4 Legers erfaringer med å utføre dødshjelp

Rådet for legeetikk mener at et viktig tema i diskusjonen om dødshjelp er hvordan det påvirker helsepersonellet som er involvert. En studie fra Nederland 2007 er omtalt i Tidsskriftet:[117]

> Nederlandske primærleger utsettes for et betydelig emosjonelt stress, føler seg ensomme, og har moralske kvaler når de utfører eutanasi.

Også i 2019 så forskere nærmere på nederlandske legers erfaringer med å utøve eutanasi:[118]

> **Conclusions:** Society should be aware of the impact of euthanasia and assisted suicide requests on physicians. The tension physicians experience may decrease their willingness to perform euthanasia and assisted suicide. On the other hand, physicians should not be forced to cross their own moral boundaries or be tempted to perform euthanasia and assisted suicide in cases that may not meet the due care criteria.

Nedenfor er noen flere artikler om temaet sitert. I artikkelen "Does performing euthanasia affect the mind of doctors?" [119] skriver forfatterne følgende:

> The Government of Catalonia has asked the psychologists of the Galatea Foundation, which specializes in mental health support for healthcare professionals, to support doctors who practice euthanasia. “Death is always present in this profession, but this is different. Fear, anxiety, guilt, and even doubts emerge” says Toni Calvo, president of the Foundation, who explains that it is necessary to “prepare them” before euthanasia, for “if we did not do it, many would end up doomed to terrible suicide, with a high chance of going wrong”.

Av artikkelen "Emotional and psychological effects of physician-assisted suicide and euthanasia on participating physicians"[120] fremgår følgende:

> The physician is centrally involved in PAS and euthanasia, and the emotional and psychological effects on the participating physician can be substantial. The shift away from the fundamental values of medicine to heal and promote human wholeness can have significant effects on many participating physicians. Doctors describe being profoundly adversely affected, being shocked by the suddenness of the death, being caught up in the patient's drive for assisted suicide, having a sense of powerlessness, and feeling isolated. There is evidence of pressure on and intimidation of doctors by some patients to assist in suicide. The effect of countertransference in the doctor-patient relationship may influence physician involvement in PAS and euthanasia.

Vi viser videre til en forskningsartikkel fra New Zealand som ser nærmere på spørsmålet:[121]

---

[116] Worthington A et al. Efficacy and safety of drugs used for ‘assisted dying’ DOI: 10.1093/bmb/ldac009
[117] Eutanasi kan være belastende for legen | Tidsskrift for Den norske legeforening (tidsskriftet.no)
[118] Physicians' experiences with euthanasia: a cross-sectional survey amongst a random sample of Dutch physicians to explore their concerns, feelings and pressure - PubMed (nih.gov)
[119] Does performing euthanasia affect the mind of doctors? (bioethicsobservatory.org)

[120] Emotional and psychological effects of physician-assisted suicide and euthanasia on participating physicians - PubMed (nih.gov)
[121] Health care providers’ early experiences of assisted dying in Aotearoa New Zealand: an evolving clinical service | BMC Palliative Care | Full Text (biomedcentral.com)

Conclusion

Overall, this study affirms that AD[122] represents a major shift in end-of-life care, requiring ongoing education of the health care work force and transparency regarding AD policies and processes. Like other studies, this research indicates that implementing a new law permitting AD is an ongoing and evolving process; currently there is a wide variation in organisational approaches to AD, with many organisations still establishing and refining AD policies. In particular, this study suggests that underlying attitudes to AD may impact the experience of, and engagement with, the implementation of AD. A significant finding was the reports of AD stigmatisation within the health system, which was associated with keeping the AD process "secret", with adverse effects on HCP[123]s involved in caring for that patient. Further research into the factors that influence HCPs responses to, and experience of, the integration of AD into clinical practice, as well as the extent to which HCP may move between categories over time, would be beneficial. In addition, further research into the impact of IO[124] as well as the integration of AD within Māori health organisations is required.

[122] Assisted dying
[123] Health Care Providers
[124] Institutional objection

10 Avslutning

Rådet for legeetikk har med dette kunnskapsgrunnlaget forsøkt å besvare sentralstyrets mandat.

Vi har prøvd å redegjøre for ulike fakta, problemstillinger og temaer som vurderes som relevante når man skal ta stilling til om etiske regler for leger bør endres i punktet om dødshjelp. Vi har etterstrebet en balansert fremstilling av argumenter for og imot, blant annet ved å hente inn bidrag fra eksterne skribenter. For transparensens skyld mener Rådet for legeetikk at det er viktig å understreke at vi fastholder synspunktet om at Legeforeningen ikke kan være nøytral i spørsmålet om dødshjelp. Rådet for legeetikk er imot dødshjelp i enhver form, og ønsker derfor å beholde Etiske regler for leger kapittel I § 5 uendret.

11 Foreslått videre lesning

11.1 Norske bøker

Morten A. Horn, Daniel Joachim H. Kleiven og Morten Magelssen (red.): Dødshjelp I Norden? Etikk, klinikk og politikk. Cappelen Damm Akademisk, Oslo (2020). Også som open access: Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk | Nordic Open Access Scholarly Publishing

Ole Martin Moen og Aksel Brånen Sterri: Dødshjelp ETIKK VED LIVETS SLUTT Cappelen Damm Akademisk, Oslo (2019)

Lars Johan Materstvedt Dødshjelp Begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk. Fagbokforlaget (2022)

Michael Nr 1/2023. Dødshjelp (Flere artikler) Innhold nummer 1/2023 | Tidsskriftet Michael (michaeljournal.no)

Norunn Kosberg Aktiv dødshjelp Pro & Contra, Oslo (2019)

11.2 Rapporter

Dödshjälp: En kunnskapssammanställning. Rapport från Statens medicinsk-etiska råd. SMER 2017:2 (2017): Smer-2017.2-Dödshjälp-En-kunskapssammanställning.pdf

Det Etiske Råds udtalelse om dødshjælp (2023): Det Etiske Råds udtalelse om dødshjælp 2023.pdf (nationaltcenterforetik.dk)

11.3 Nettsider

BMA sine nettsider: Physician assisted dying (bma.org.uk)

Etiske regler for leger: Etiske regler for leger (legeforeningen.no)

11.4 Andre kilder

"Hei døden", podcast av Thea Klingenberg: Hei døden | Lytt til alle episoder | Podme Podkast Player