

Bør dødshjelp legaliseres i Norge? En kritisk lesning av Moen og Sterris «Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt»

Morten Magelssen

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo,
morten.magelssen@medisin.uio.no

First publication date: 13 April 2025

DOI: <http://dx.doi.org/10.5324/eip.v19i1.5990>



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Ole Martin Moen og Aksel Braanen Sterris bok «Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt» er den til nå beste og grundigste argumentasjonen på norsk for legalisering av dødshjelp. Denne artikkelen er basert på en kritisk lesning av boken. Kritikken struktureres av fem tematiske «spor» som dødshjelpsdebatten gjerne følger. Jeg argumenterer for at Moen og Sterri ikke har lagt tilstrekkelig vekt på den moralske betydningen av selve dødshjelpshandlingen. Argumentet om at legalisering av dødshjelp kan legge «press på de svake» er et enda sterkere argument enn hva forfatterne får frem. Adgang til dødshjelp kan true profesjonsetiske holdninger nødvendige for lege-pasientrelasjonen. Ved god palliasjon samt klok praktisering av behandlingsbegrensning kan det opplevde behovet for dødshjelp reduseres sterkt. Til sist er det svakheter ved den konkrete modellen for legalisering som Moen og Sterri foreslår; modellen ligger tett opp mot det nederlandske systemet, og er dermed sårbar for innvendinger som kan reises mot dette.

Nøkkelord: assistert selvmord, dødshjelp, eutanasi, medisinsk etikk

English title: Should assisted dying be legalized in Norway? A critical reading of Moen and Sterri's "Assisted dying. Ethics at the end of life"

Ole Martin Moen and Aksel Braanen Sterri's book "Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt" [«Assisted dying. Ethics at the end of life»] is the best and most thorough argument in Norwegian for the legalization of assisted dying to date. This article is based on a critical reading of the book. The criticism is structured by five thematic "tracks" that the assisted dying debate tends to follow. I argue that Moen and Sterri have not placed sufficient emphasis on the moral significance of the act of euthanasia itself. The argument that legalizing assisted dying can put "pressure on the weak" is an even stronger argument than what the authors present. Access to assisted dying can threaten professional ethical attitudes necessary for the doctor-patient relationship. With good palliation and a wise practice of timely limiting of treatment, the perceived need for assisted dying can be greatly reduced. Finally, there are weaknesses in the concrete model for legalization that Moen and Sterri propose; the model is close to the Dutch system, and is thus vulnerable to objections to this model.

Keywords: assisted suicide, assisted death, euthanasia, medical ethics

Innledning

Dødshjelp er en samlebetegnelse på eutanasi og assistert selvmord, to praksiser som begge er forbudt i Norge (ramme 1). Bør dødshjelp legaliseres? Temaet diskuteres i de fleste vestlige land, og i Norge med fornyet kraft høsten 2024 (Thune 2024; Horn & Lee 2024). Norske holdningsundersøkelser indikerer økende støtte til legalisering i befolkningen (Aarseth mfl. 2023a; Magelssen 2024), mens de fleste leger er imot (Gaasø mfl. 2019).

Flere politiske partier signaliserte høsten 2024 at de vil ta spørsmålet om legalisering opp til vurdering (Rønning & Nyhus 2024). Dette er en god anledning til å ta frem den til nå beste og grundigste argumentasjonen på norsk for legalisering av dødshjelp, nemlig Ole Martin Moen og Aksel Braanen Sterris bok «Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt» (Moen & Sterri 2019). Boken fortjener å bli tatt på alvor av meningsmotstandere, som meg selv. Denne artikkelen er basert på en kritisk lesning av boken til Moen og Sterri (heretter: M&S).¹ Mitt mål er å komme med både «intern kritikk», forstått som kritikk av M&S' argumentasjon på dens egne premisser, og «ekstern kritikk», forstått som relevante motargumenter som involverer andre premisser enn dem forfatterne legger til grunn.

Ramme 1. Definisjoner på dødshjelpsfeltet (Magelssen 2020).

- *Dødshjelp*: En samlebetegnelse på eutanasi og assistert selvmord.
- *Eutanasi*: at helsepersonell forårsaker personens død med hensikt, ved å injisere dødbringende medikamenter, på personens forespørsel.
- *Assistert selvmord*: Å bidra til å forårsake personens død med hensikt, ved å bringe til veie dødbringende medikamenter som personen kan innta selv, på personens forespørsel.
- *Behandlingsbegrensning*: Å avslutte, eller ikke starte, potensielt livsforlengende behandling hos en alvorlig syk pasient.

Fem spor i dødshjelpsdebatten

Sammen med Morten Horn har jeg foreslått et rammeverk for å diskutere dødshjelp (Horn & Magelssen 2020). Rammeverket består av fem tematiske «spor» som dødshjelpsdebatter ofte følger, men som det kan være nyttig å holde fra hverandre for oversiktens og håndterlighetens del (ramme 2). Mens hovedformålet med artikkelen er å fremføre motargumenter mot M&S, er et sekundært formål å demonstrere at rammeverket kan tilby en tjenlig struktur for debatt om dødshjelp.

Ramme 2. Fem spor i dødshjelpsdebatten (Horn & Magelssen 2020)

1. Grunnleggende spørsmål om liv og død
2. Retten til å bestemme over egen død, og selvbestemmelsens grenser
3. Hjelperens rolle i dødshjelp
4. Helsefaglige premisser i dødshjelpsdebatten
5. Debatten om legalisering, og andre lands erfaringer

Moen og Sterri om dødshjelp

I «Aktiv dødshjelp: Etikk ved livets slutt» argumenterer M&S for at begge former for dødshjelp (dvs. både eutanasi og assistert selvmord) bør tillates. Strukturen i argumentasjonen er som følger. Deres grunnleggende argument har tre ledd: For

det første kan livet «være en ekstrem belastning», gjennom kroppslig lidelse, tap av funksjon og behov for hjelp (kap. 1.1). For det andre kan uutholdelig lidelse gjøre døden til et bedre alternativ enn livet (kap. 1.2). For det tredje bør selvbestemmelse tillegges stor vekt i vanskelige og personlige spørsmål (kap. 1.3). Størstedelen av boken brukes til å diskutere styrker og svakheter ved 13 argumenter mot legalisering av dødshjelp. Forfatterne fremsetter også en skisse til hvordan dødshjelp kan legaliseres i Norge. Der står tre kriterier, som alle må være oppfylt, sentralt:

- (1) at pasienten lider uutholdelig
- (2) at pasienten ikke har realistiske utsikter til bedring
- (3) at pasienten har tatt et kompetent, konsistent og ikke presset valg om å avslutte livet (s. 71)

En lege samt en psykiater eller psykolog skal vurdere om kriteriene er oppfylt. Lege eller sykepleier kan så utføre dødshjelpen. Men helsepersonell skal ha rett til å reservere seg mot befatning med dødshjelp.

Spor 1: Grunnleggende spørsmål om liv og død

Temaet dødshjelp er blant «de evige spørsmål» i medisinsk etikk. Det henger sammen med at dødshjelp aktualiserer noen grunnleggende metafysiske og etiske spørsmål – om hva døden er, om livets verdi, og om å ta liv. Slike spørsmål samles i det første av rammeverkets fem spor.

I kapittel 1.2 diskuterer M&S hva døden er og hvordan døden kan vurderes moralsk. De konkluderer med at det noen ganger kan være bedre å dø enn å fortsette å leve (s. 25). De gir følgende stikk til dødshjelpsmotstandere (s. 21): «Dersom aktiv dødshjelp aldri skal tillates, uansett hvor ille livet er, må det formodentlig være noe ved døden som er *forferdelig* ille – så ille at det er verdt å gjennomgå store lidelser for å klare å utsette døden en liten stund til». Men det er selvsagt selve *dødshjelpshandlingen* som her er av særlig betydning for dødshjelpsmotstandere flest. Forfatterne tar for seg innvendinger som at dødshjelp er en form for drap, medvirkning til selvmord, mot legeetikken eller i strid med menneskeverdet, og argumenterer mot at disse innvendingene skal være avgjørende (kap. 2.1–2.4). Forfatterne medgir at de «har et konsekvensetisk grunnsyn» (s. 15). Det er relevant fordi konsekvensetikere gjerne avviser generelle moralske forbud fordi det kan tenkes unntakstilfeller der det å bryte forbudet fører til bedre konsekvenser. Det er således ikke overraskende at M&S konkluderer nettopp med at dødshjelp kan være moralsk akseptabelt i visse tilfeller. Men gjennom denne diskusjonen tones den moralske betydningen av selve dødshjelpshandlingen ned, og samtidig det den bringer med seg av intensjoner og verdivurderinger.

Men vil ikke dødshjelp utfordre selve menneskeverdet? Forfatterne er kritiske til en slik påstand, og i kapittel 2.4 etterspør de en tydelig forklaring av hva menneskeverd er. De diskuterer flere mulige fortolkninger, blant annet «at livet har en verdi som gjør at det er verdt å opprettholde, uavhengig av livskvaliteten». Men de overser en alternativ, viktigere fortolkning, nemlig at menneskeverdstanden i sin kjerne innebærer at det er galt – eller i det minste moralsk svært problematisk – å drepe et individ med menneskeverd (Magelssen 2023: s. 199–200). Idéhistorisk har menneskeverdstanden sitt opphav i kristendommen, men i dag er den i stor grad blitt felles, allment tankegods. De fleste borgere, religiøse eller ei, har nok en «ærefrykt for livet» og vil derfor gi moralsk vekt til selve handlingen som frembringer en persons

død. Det å ta menneskeliv er et tabu i vår vestlige kultursfære. Tabuet representerer en moralsk terskel det skal mye til å stige over – også for de fleste som i sum likevel lander på at dødshjelp i visse tilfeller kan være akseptabelt. Selv i spesielle tilfeller der det å ta liv er moralsk rettferdiggjort, er det en «moralisk rest» som blir igjen. I M&S' bok blir dette poenget nevnt,² men ikke tillagt noen særlig vekt.

Til nordmenns allmennmoral hører, i tillegg til «ærefrykt for livet», også tanken om at døden noen ganger kan komme som en befrielse. «Det var godt at hun fikk slippe nå» er noe både religiøse og ikke-religiøse nordmenn kan finne på å si. For meg er det viktig å presisere at et slikt utsagn ikke gjør at den som ytrer det, er logisk forpliktet til å akseptere dødshjelp. Det å *ønske naturlig død velkommen* og ikke iverksette tiltak for å forhindre den, er noe annet enn det å *ønske å (få hjelp til å) ta sitt eget liv* (Balaguer mfl. 2016). Dette innebærer to ulike holdninger til liv og død.³

Her ligger også mitt tilsvaret til «paradokset» M&S mener mitt eget syn innebærer når jeg slutter meg til den oppfatning at døden noen ganger kan være en befrielse, samtidig som jeg avviser dødshjelp: «Paradokset i Magelssens syn ligger i at han må mene at vi med rette kan ønske at noe skal skje [dvs. at pasienten får dø], ha midlene til å få det til å skje og ha alle partenes samtykke, men likevel ikke bør handle for å få det til å skje [dvs. dødshjelp]» (s. 38). Dette er, som vist, greit å forklare i et ikke-konsekvensialistisk rammeverk der det å ta liv er grenseoverskridende, en handling i en særegen moralsk kategori.

Spor 2: Retten til å bestemme over egen død, og selvbestemmelsens grenser

I det andre sporet diskuteres individuell selvbestemmelse, dens begrunnelse, utstrekning og grenser. Selvbestemmelse har blitt en stadig viktigere verdi i samfunnet generelt og helsetjenesten spesielt. Hensynet til borgeres selvbestemmelse er et av de sterkeste og mest grunnleggende argumentene for legalisering av dødshjelp.

Så også i M&S' fremstilling: Hvorvidt det er bedre å dø enn å leve videre, vil være en vanskelig vurdering, påpeker de. Hvem er da bedre plassert til å vurdere dette enn personen selv? Det er personen selv som skal leve sitt liv, og som har det beste informasjonsgrunnlaget å ta valget ut fra. Også prinsippet om respekt for personen tilsier at selvbestemmelse må veie tungt (s. 27).

Samtidig står M&S i fare for å underminere egen argumentasjon på dette punktet når de medgir at «I noen tilfeller vil vi være rettferdiggjort å nekte noen dødshjelp fordi det er gode muligheter for at det ikke er i deres interesse» (s. 29). Hvis personens selvbestemmelse kan overstyres på denne måten, ser det ut til at det likevel ikke er selvbestemmelse som begrunner dødshjelp (Materstvedt 2022).

Ut over denne tilsynelatende selvmotsigelsen legger M&S imidlertid frem en nyansert diskusjon av selvbestemmelsesargumentets styrker (kap. 1.3) og svakheter. De diskuterer bekymringen for at legalisering av dødshjelp kan legge press på personer for at de skal velge døden, og de anerkjenner at dette er et potensielt vektig argument (kap. 2.10). Blant annet beskriver de godt hvordan en pasients opplevde lidelse kan påvirkes av sosiale og relasjonelle forhold, slik som når helsetjenestens eller pårørendes støtte er utilstrekkelig (s. 92–93). Da er det fare for at dødshjelp blir en *individuell* løsning på problemet med manglende støtte fra velferdsstaten – noe som egentlig er en sosial urettferdighet, et *strukturelt* problem (s. 93–94).

Jeg vil forsøke å vise at argumentet om press er enda sterkere enn det M&S får frem. Buchbinder og Berens presenterer fire former for press eller relasjonell påvirkning (Buchbinder & Berens 2024: 2). M&S diskuterer de tre første: direkte

tvang; press eller manipulasjon til å velge dødshjelp; og opplevelsen av å ligge andre til byrde. De påpeker også at helsepersonell som vurderer en søknad om dødshjelp, aktivt bør lete etter tegn på press, og at begrunnet mistanke om slikt press bør føre til at søknaden avvises.

M&S tar imidlertid ikke for seg den fjerde formen for press/påvirkning som Buchbinder og Berens beskriver, nemlig det mer subtile presset mennesker kan utsette hverandre for. Buchbinder og Berens siterer Kass på at «Well-meaning and discreet suggestions, or even unconscious changes in expression, gesture and tone of voice, can move a dependent and suggestible patient towards a choice for death» (Buchbinder & Berens 2024: 2). Anerkjennelse og konformitet er grunnleggende menneskelige behov (Trueman 2020: 56-64), og det gjelder trolig i samme grad for syke og funksjonshemmede. Et spørsmål det er vanskelig – eller kanskje umulig – å besvare definitivt, er derfor i hvilken grad et ønske om å dø er et uttrykk for personens «innerste», «egentlige» preferanser og verdier. Ifølge Alasdair MacIntyre er det også tvilsomt om det er ved å «granske vårt indre» at vi finner våre egentlige, dypeste verdier. Han argumenterer i stedet for at etisk refleksjon og utvikling av verdier nødvendigvis må skje i fellesskap (MacIntyre 2016: 138–165). Et spørsmål er om M&S – og andre dødshjelpstilhengere – har tatt tilstrekkelig inn over seg hvor radikalt avhengig våre normer og preferanser er av menneskene rundt oss.

Den franske bioetikeren Emmanuel Hirsch har satt ord på dette poenget i konteksten av dødshjelp:

In the field of the choice between life and death, therefore, resort to the notion of individual autonomy is in part an illusion. [En pasient hvis fysiske og mentale evner er svekket] may truly want to die, but this desire is not the fruit of his freedom alone. It may be – and most often is – the translation of the attitude of those around him, if not of society as a whole which no longer believes in the value of his life and signals this to him in all sorts of ways. Here we have a supreme paradox: someone is cast out of the land of the living and then thinks that he, personally, wants to die (Hirsch oversatt og sitert i Biggar 2004: 148).

Vurderingen du gjør av din egen situasjon og din egen livskvalitet, opplevelsen av håp og håpløshet, av livslyst og dragning mot døden – alt dette formes i kompliserte kognitive prosesser som verken personen selv eller utenforstående vil forstå fullt ut. Vurderingene er basert på langt mer enn objektive beskrivelser av diagnose, prognose og symptomer; personen er selv en aktiv med-fortolker. Jan Grue beskriver en slik dynamikk i et skjønnlitterært format i romanen «Det blir ikke bedre» (Grue 2016). For vår diskusjon er det også interessant at romanens hovedperson er konsekvensetiker og lever ut denne etikken. Når kronisk sykdom rammer, kommer Grues hovedperson til at positive sider ved livet ikke kan veie opp for lidelsen som ligger fremfor ham. På bakgrunn av dette verdisettet blir dødshjelp valget som logisk tvinger seg frem. En mulig fortolkning av romanen er imidlertid at et valg om dødshjelp langt fra er en logisk uunngåelig konklusjon på grunnlag av en objektiv situasjon, men formes av personens verdensbilde og situasjonsfortolkning i videste forstand.

Vilkårene for selvbestemmelse kan også se ulike ut for dem som velger dødshjelp når dødshjelpsloven er ny, og dem som gjør det når loven er veletablert og har ført til en samfunnsmessig normalisering av dødshjelp. Kanskje vil den «første bølgen» dødshjelpspasienter ha et spesielt gjennomtenkt og sterkt standpunkt til dødshjelp,

mens «den andre bølgen», en generasjon eller to senere, tar sitt valg om dødshjelp i en annen kulturell situasjon, noe jeg har beskrevet slik:

De vil ha internalisert en kultur som nettopp definerer visse liv som ikke verdt å leve, og som tilbyr en smertefri slutt til de som lever en slik tilværelse. Min påstand er at «selvbestemmelse» kan være mer tvetydig for disse menneskene. Når de som tilhører «den andre bølgen» utvikler nettopp de tilstandene som skal kvalifisere til dødshjelp, vil de ikke da tolke sin tilværelse og forstå sine valgmuligheter i lys av samfunnets signal? (Magelssen 2023: 58)

I sum er argumentet om at legalisering av dødshjelp kan legge «press på de svake» et potensielt sterkt argument mot legalisering, og et argument som har enda flere aspekter enn dem M&S fremhever.

Spor 3: Hjelperens rolle i dødshjelp

Dødshjelp forutsetter en *hjelper*, og i land der dødshjelp er tillatt, er dette vanligvis en lege. Sykepleiere og annet helsepersonell kan også ha roller i dødshjelp. Dermed blir dødshjelperens rolle og helsepersonells profesjonsetikk også relevante for dødshjelpsdebatten.

Helbrede, lindre og trøste

Legers tradisjonelle profesjonsetikk tilsier at de skal helbrede, lindre og trøste. Dette er legegjerningens tre tradisjonelle formål. M&S viser imidlertid til den nederlandske legen og dødshjelpstilhengeren Pieter Admiraal, som har argumentert for at to andre formål «er overordnet målet om å helbrede: å sikre pasientenes velferd og å respektere pasientenes selvbestemmelse» (s. 55). Dette er prinsipper som tilsynelatende vil kunne bidra til å underbygge dødshjelp som en profesjonsetisk akseptabel praksis.

Det er imidlertid sterke grunner til ikke å utvide legeetikken grunnprinsipper på denne måten. Et prinsipp om å sikre pasientenes velferd er altfor vidt (Hofmann 2024). Et slikt mål er relevant for velferdsstaten som helhet, og også for pasientens nære og kjære som er i posisjon til å gjøre vel på ulike måter. I motsetning til de tre klassiske prinsippene peker prinsippet ikke ut det som er *helsetjenestens* oppgave. Formålet er ikke spesifikt for legegjerningen.

Som presisert over, er det å respektere pasientens selvbestemmelse svært viktig i helsetjenesten. Men det er ikke noe *formål* med helsetjenestene og legeprofesjonen som sådan. Det er heller en betingelse som bør være oppfylt når helsetjenester ytes. Dermed er respekt for pasientens selvbestemmelse heller et *vilkår* for at legen skal kunne helbrede, lindre og trøste, mer enn at det er et selvstendig, grunnleggende formål på linje med disse tre.

Legers profesjonsetikk

Leger skal helbrede, lindre og trøste. Men bør dette utelukke at leger iblant også kan ta liv? M&S er ikke helsepersonell. Det er forståelig at det ikke er på temaet legers profesjonsetikk de legger hovedtyngden. Men diskusjonen er såpass kjapp at det er noen potensielt viktige grunner til at leger bør holde seg fra å ta liv, som M&S ikke får øye på. En profesjonsetisk diskusjon i rette forstand, det

vil si en som tar utgangspunkt i hva legers arbeid og deres relasjoner til pasientene består i, mangler.

En slik profesjonsetisk diskusjon stod derimot nevrolog Morten Horn for i et bokkapittel utgitt året etter M&S' bok (Horn 2020a). Horn anfører flere viktige argumenter mot legalisering av dødshjelp, basert på inngående beskrivelser av hva lege-pasient-forholdet innebærer og forutsetter. Horn skriver:

I mange av mine pasientkontakter handler jobben min om å hjelpe pasientene med å takle, holde ut og leve med lidelse som ikke lar seg eliminere, kanskje ikke en gang redusere. Det å jobbe som lege innebærer å måtte akseptere lidelse som en naturlig og ofte uunngåelig (men selvsagt også uønsket) del av pasientens liv (Horn 2020a: 180).

Legen møter pasienter med lidelse og funksjonsnedsettelse, som igjen kan gi alvorlige psykososiale konsekvenser som fortvilelse, håpløshet, skam og tap av selvbylde og opplevd verdighet. I møte med pasienter i en slik situasjon må legen kunne være en motvekt. Legen må legge til rette for og formidle muligheten til mestring. Hun eller han må signalisere anerkjennelse, at pasienten har sin verdi uavhengig av plagene og funksjonstapet, og at pasienten har en rett til å «belaste» helsetjenesten og velferdssamfunnet uten skam. Dette undergraves av at pasientens egen død er en mulig «løsning» som ligger uttalt eller uuttalt i konsultasjonsrommet (Horn 2020a).

På samme måte er det noen ganger viktig at legen er en «bærer av håp» (Blikshavn mfl. 2017). Det gjelder spesielt ved psykiske lidelser, men også ofte ved somatiske lidelser. Håp og mestringstro er faktorer som bidrar til bedring og opplevd effekt av behandling. Dersom dødshjelp legaliseres, vil pasienten ha en statssanksjonert «utvei» – en måte å gi opp håpet på – som legen ikke kan forhindre, men tvert om plikter å tilrettelegge for. Horn skriver:

Dersom det blir en akseptert og normal del av legerollen at legen også er den som hjelper pasienten med å gi opp, kan dette komme til å påvirke kontrakten mellom pasient og lege. Pasienter som vakler mellom suicidalitet og livsgnist, kan risikere å miste legen som en utvetydig alliert med livet og håpet (Horn 2020a).

Til sist er også hensynet til legens egen velferd viktig. En reservasjonsrett som fritar dødshjelpsmotstandere fra befatning med dødshjelp, kan beskytte legen. Men vil det være tilstrekkelig? Også leger som er villige til å utføre dødshjelp, kan oppleve det som en psykologisk og moralsk belastning, noe blant annet en nederlandsk studie viser (van Marwijk mfl. 2007).

Helsepersonellens rolle i vurderinger for dødshjelp

M&S presiserer at etter deres modell skal lege eller psykolog ikke «bestemme hvorvidt en pasient bør dø», men bare «vurdere om de tre kriteriene er oppfylt» (s. 77). Når kriteriene – uutholdelig lidelse, ingen utsikter til bedring, og et konsistent ønske om å dø – er oppfylt, er det *pasienten* som bestemmer om han eller hun skal dø.

Men i diskusjonen av dødshjelp for barn (kap. 2.8) fremgår det at helsepersonellens vurdering skal strekke seg lenger enn til kun å vurdere om de tre kriteriene for dødshjelp er oppfylt. Tre steder i underkapitlet vises det til at helsepersonellet vurderer om dødshjelp er «i barnets interesse» og at en slik

vurdering i spesielle tilfeller kan gi grunnlag for å gi dødshjelp mot foreldrenes ønske. Tilsynelatende motsier M&S dermed seg selv når det gjelder hvor langt helsepersonellets vurdering og involvering strekker seg. Dette bør forfatterne oppklare.

Denne tvetydigheten reiser et mer generelt spørsmål om hvorvidt det virkelig er mulig for helsepersonell *kun* å være en «ekstern ekspert» som skal attestere om kriteriene er oppfylt, også i lys av diskusjonen om betydningen av lege-pasientforholdet over.

Spor 4: Helsefaglige premisser i dødshjelpsdebatten

Det fjerde sporet dreier seg om det helsefaglige faktagrunnlaget som er relevant for dødshjelp. Her står forskningsbasert kunnskap om sykdom og helse, diagnostikk og behandling, og om helsetjenesten, sentralt. Også klinisk erfaring er relevant. Et underliggende spørsmål er på hvilke måter dødshjelp er i tråd med, eller skiller seg fra, etablert praksis i helsetjenesten.

Boken åpner med erkjennelsen av at forfatterne ikke har helsepersonells «erfaringsbakgrunn og perspektiv» (s. 6). Men når vi er fremme ved bokens konklusjon, vektlegges ikke lenger dette forbeholdet like tydelig. Da er forfatterne mest opptatt av at dødshjelp «ikke i første rekke er et helsefaglig spørsmål» (s. 113). Det har de rett i, men samtidig gir de ikke eksempler på hva som mangler i deres egen fremstilling, og som helsepersonells kunnskap og perspektiver kunne tilført. Dette er perspektiver jeg vil belyse i dette sporet.

Palliasjon er potent

M&S legger stor vekt på at pasienter kan oppleve uutholdelig lidelse som ledd i sitt sykdomsforløp. Det er for dem et hovedargument for legalisering av dødshjelp (kap. 1.1). I fremstillingen underspiller de hvor mye en palliativ (lindrende) tilnærming faktisk kan utrette for disse pasientene. På s. 9 heter det at «De siste stadiene av kreft, MS og ALS kan være knusende, og gjøre tilværelsen fysisk og psykisk uutholdelig». Dette er ikke usant – slik *kan* det oppleves. Men som Olav Magnus S. Fredheim, professor og avdelingsleder ved Palliativ avdeling, Ahus, kommenterer:

Uten tilgang til lindrende behandling er det ingen tvil om at mange dødsleier kan være strevsomme med betydelige plager for pasienten. Imidlertid er situasjonen slik at med god tverrfaglig palliativ behandling, kan de aller fleste pasienter oppnå god symptomlindring gjennom siste del av sykdomsforløpet, inkludert på dødsleiet. En veldig liten andel av pasienter som dør, kan imidlertid ikke lindres tilstrekkelig med vanlige symptomlindrende tiltak. Disse pasientene får tilbud om å bli lagt i kunstig søvn gjennom den aller siste levetiden, såkalt lindrende sedering. Denne behandlingen gir effektiv lindring til de som ikke kan lindres på annen måte (Fredheim, personlig kommunikasjon).

Tilsvarende er M&S' beskrivelse av hva en pasient med kronisk lungesykdom har i vente («Hun visste at om få måneder ville pusten bli så svak at hun kom til å bli kvalt, og dø av kvelningen» (s. 18)) unødvendig dyster. Pasienter i sluttstadiet av lungesykdom kan få lindrende behandling og sovne stille inn (Materstvedt & Fredheim 2023).

Jeg har tatt til orde for at en trio med tiltak vil kunne redusere overbehandling og dermed forebygge lidelse i livets siste fase: mer bruk av *forhåndssamtaler*, der

pasienten får sette ord på sine verdier og preferanser for behandlingsinnsatsen; klok praktisering av *begrensning av livsforlengende behandling*; og utbygging av tilbudet om *lindrende behandling* slik at det når frem til alle pasienter som trenger det (Magelssen 2023: 37-70).

Folk flest har naturlig nok ikke inngående kunnskap om palliasjon. De kan også ha et for dystert syn på hva livets siste fase kan innebære: I en befolkningsundersøkelse fra 2022 sa 42 % seg enig i at «det i livets siste fase er vanlig med sterke smerter som ikke lar seg lindre» (Aarseth mfl. 2023b). M&S' fremstilling gjør ikke noe for å korrigere slike fordommer. Klinikere med mye erfaring fra dødsomsorg vil gi en mer positiv fremstilling av medisinenes muligheter (Brelvi 2020; Gustad mfl. 2021), noe som indikerer at det reelt vil være færre som opplever uutholdelig lidelse og derfor har et behov for dødshjelp, enn det M&S gir inntrykk av.

M&S viser til en studie som dokumenterer at mange pasienter som dør i sykehjem, har moderate eller sterke smerter eller andre ulindrede symptomer det siste levedøgnet.⁴ De kommenterer at «Vi kan derfor ikke konkludere med at den lindrende behandlingen er god nok til å gjøre aktiv dødshjelp overflødig» (s. 63). Men pasientene i denne studien ville ikke nødvendigvis kvalifisert for eller vært tjent med dødshjelp: En stor andel opplever ulindrede symptomer, men ikke nødvendigvis «uutholdelig lidelse», som er M&S' første kriterium for dødshjelp. Det er ikke det samme. Vel så viktig er det at eksperter i palliasjon mener at når pasientene først får tilgang til behandlingen palliasjonen har å tilby, så kommer man nesten alltid til målet, forstått som at lindringen gjør at gjenværende symptomer er til å bære (Gustad mfl. 2021). Den største utfordringen er *organiseringen* av palliasjonen, der det nå er for mange pasienter som ikke blir tilsett av helsepersonell med særlig kompetanse i palliasjon.

M&S har følgelig ikke lyktes i å sannsynliggjøre at det er *mange* pasienter som opplever uutholdelig lidelse som ikke kan lindres, og som derfor har behov og kvalifiserer for dødshjelp. Tvert om, fra et palliasjonsperspektiv er det altså gode muligheter til å lindre i de aller fleste tilfeller.

Om det er 10 eller 10.000 pasienter årlig som har «behov» for dødshjelp, hvilken forskjell gjør det? Om det enn ikke er *moralsk* relevant – dødshjelp kan være moralsk velbegrunnet i det enkelte tilfellet, helt uavhengig av hvor hyppig andre pasienter er i tilsvarende situasjon – er det klart *politisk* relevant. Når det er bekymring for om legalisering av dødshjelp kan ha samfunnsmessige bivirkninger, er det klart relevant hvorvidt dødshjelp er et tiltak som kan hjelpe mange eller få. Ikke minst i et konsekvensetisk perspektiv er begrunnelsen for å legalisere svakere jo færre det kunne være aktuelt for.

Gjennomgående er uutholdelig somatisk lidelse M&S' primære scenario for når dødshjelp skal være en mulighet (f.eks. s. 9–10, 28–29, 69). M&S spør retorisk: «Men har vi rett til å overprøve andre menneskers valg om å dø også i tilfeller der de lider voldsomt, har ingen utsikter til bedring, er beslutningskompetente og har tatt et informert valg om at de vil dø?» (s. 28). I lys av diskusjonen over er mitt spørsmål tilbake hvor mange som årlig vil stå i en slik situasjon, gitt et tilbud om palliasjon.

Dødshjelp og behandlingsbegrensning

Mye lidelse i livets siste fase skyldes overbehandling, at pasienter holdes i live ved livsforlengende behandling som forlenger døden mer enn den forlenger livet. Det å

avslutte eller ikke starte slik livsforlengende behandling, vil ikke være dødshjelp, men *behandlingsbegrensning*. Det er juridisk, klinisk og etisk akseptert i dag, og blir hyppig praktisert (Helsedirektoratet 2024).

M&S holder på at det eldre begrepet som beskriver det samme, «passiv dødshjelp», fortsatt er et akseptabelt uttrykk (men bruker det ikke videre i boken). Mer problematisk er det at de mener «passiv dødshjelp»-begrepets nærhet til «aktiv dødshjelp» «understreker en helt reell likhet mellom to måter å avslutte et liv på» (s. 41). Det jeg kaller behandlingsbegrensning innebærer ifølge dem «handlinger som i praksis ligner svært mye på aktiv dødshjelp» (s. 34).

Dette er en fortegnet fremstilling. Selv om både behandlingsbegrensning og dødshjelp (eutanasi) kan forårsake døden, er dette praksiser som skiller seg fra hverandre i intensjon, utførelse og medikamentbruk. En beslutningskompetent pasient har en ganske ubetinget rett til å si nei takk til helsehjelp. Når en pasient med hjemmerespirator kommer til at hun ikke lenger ønsker behandling, har hun en rett til at helsepersonell trekker den tilbake – behandlingsbegrensning – selv om hennes død er en forutsigbar konsekvens. Pasienten dør da ikke bare av at behandling trekkes tilbake, men først og fremst av sin grunnsykdom. Dette står i motsetning til eutanasi, der pasienten kun dør av legens intervensjon (giftsprøyten).

Helsepersonellens intensjon er også viktig for å skille behandlingsbegrensning og eutanasi. Ved behandlingsbegrensning er legens intensjon å avstå fra behandling som ikke er til hjelp for pasienten. Legen avslutter, eller unnlater å starte, behandling fordi pasienten avviser den, fordi det er umulig eller usannsynlig at den vil virke, fordi bivirkninger og andre ulemper ved behandling veier tyngre enn hva man kan oppnå ved behandling, eller fordi den mest av alt forlenger en plagsom dødsprosess. Eutanasi, derimot, gjøres *for å ta pasientens liv*. Selv om andre intensjoner vil være til stede – slik som å etterkomme pasienten ønske og å la pasientens lidelse opphøre – er det å ta liv også intendert, som *middelet* til å oppnå slike formål. Derfor er det misvisende av M&S å si at disse to praksisene fremviser «en helt reell likhet mellom to måter å avslutte et liv på»; siden behandlingsbegrensning ikke gjøres for å ta pasientens liv, er det ikke en måte «å avslutte et liv på».

Det vil også være misvisende å hevde at behandlingsbegrensning primært er en måte for en pasient å effektivere sitt dødsønske på; behandlingsbegrensning handler primært om å avstå fra behandling som ikke lenger er til nytte for pasienten, og å unngå overbehandling. Samtidig *kan* det brukes med en suicidal intensjon fra pasientens side. I så fall er det problematisk ut fra en tradisjonell medisinsk etikk (samtidig som det neppe er mulig å forby det). Det er ingen holdepunkter for at det er hyppig forekommende at pasienter benytter behandlingsbegrensning som en måte å ta sitt eget liv på.

Her er det instruktivt med en visitt til Espen Gamlunds nylige artikkel som nettopp analyserer hvorvidt det er etisk relevante forskjeller mellom behandlingsbegrensning og eutanasi (Gamlund 2023). Gamlund konkluderer med at det ikke er slike forskjeller. Men det er tre alvorlige problemer med Gamlunds argumentasjonsrekke. For det første har han valgt ut en helt spesiell form for behandlingsbegrensning, og kun den, som han diskuterer gjennomgående. Det er avslutning av respiratorbehandling ved amyotrofisk lateralsklerose (ALS). Han gjør ikke noe forsøk på å vise at tesen holder for behandlingsbegrensning generelt. For det andre har han valgt ut en helt spesiell eksempelpasient, nemlig en som entydig ønsker å dø. I praksis er det vanligere at pasienter er ambivalente (Johansen mfl.,

2005), eller at de egentlig ønsker å leve, men ikke lenger tolererer byrden av behandling og uthaling av dødsprosessen. For det tredje er Gamlunds diskusjon av hva legens intensjon *kan* være i dette tilfellet, en nokså fri spekulasjon, uten forankring i empiri (Gamlund 2023: p. 41-42; for en grundigere diskusjon, se Magelssen mfl. 2016; Magelssen & Shaw 2019). Som vist over, er det å forårsake pasientens død i utgangspunktet ikke blant legens intensjoner ved behandlingsbegrensning. Gamlund har i beste fall klart å sannsynliggjøre *at det kan forekomme* at leger begår behandlingsbegrensning med en intensjon av en slik art at forskjellene fra eutanasi delvis utviskes. Det er en lite kontroversiell påstand som jeg også vil være enig i.

I sin kritikk av min egen analyse av behandlingsbegrensning (s. 37-38) peker M&S også på at hvis lege og/eller pasient har fremskynding av døden som intensjon, så vil jeg måtte regne det som moralsk problematisk. Dette medgir jeg altså, men jeg hevder at det ikke er grunnlag for å si at det er hyppig forekommende. Vanligere enn at pasienter vil *fremskynde døden* vil det trolig være at de ikke lenger ønsker å *utsette naturlig død*. Videre hevder M&S at det å forårsake døden ikke er moralsk uproblematisk bare fordi det ikke var intendert. De viser som eksempel til at drap er straffbart også når det er uaktsomt (og altså ikke-intendert). Eksemplet bekrefter imidlertid mitt poeng om at den handlendes intensjon er av stor betydning i allmennmorale: Ulik intensjon gir grunnlag for ulik moralsk bedømmelse av handlinger som «på overflaten» er like, slik uaktsomt drap straffes mildere enn forsettlig drap. I tradisjonell medisinsk etikk er dette altså grunnlaget for å si at behandlingsbegrensning moralsk er noe annet enn eutanasi.⁵

Spor 5: Debatten om legalisering, og andre lands erfaringer

Det siste sporet samler spørsmålene om hvordan dødshjelp har blitt – og kan bli – satt i system gjennom lovgivning. Om man, for argumentets skyld, skulle anta at dødshjelp er et gode i visse situasjoner, gjenstår fortsatt spørsmålet om hvorvidt dødshjelp kan settes i system på en god måte. Morten Horn formulerer det som et spørsmål om hvorvidt dødshjelp kan legaliseres på en måte som er både entydig, rettferdig og forsvarlig (Horn 2020b). I den forbindelse er det særlig relevant å lære av andre land, og da ikke minst Nederland, som har mest erfaring med dødshjelp ettersom det har vært akseptert helt siden 1973.

M&S hevder å ha plukket det beste fra den nederlandske modellen og Oregon-modellen for legalisering av dødshjelp (s. 112). I og med de tre foreslåtte kriteriene (se over) ligger forslaget tettest opp mot det nederlandske. Det er prisverdig at M&S så tydelig flagger støtte til en konkret modell for lovgivning. De kunne ha nøyd seg med å forsvare den mindre omfattende Oregon-modellen (som kun åpner for legeassistert selvmord, ikke eutanasi, og kun for pasienter med mindre enn seks måneders forventet levetid), eller med å fremme et mer uforpliktende ønske om utredning, slik flere ungdomspartier har gjort. Når de i stedet fremsetter kriterier som ligger tett opp til de nederlandske, blir erfaringene fra Nederland relevante å trekke inn. Utglidning eller andre erfaringer fra Nederland som kan tolkes som negative, blir da potensielt relevante også i den norske debatten.

«Uutholdelig lidelse» som vagt kriterium

M&S' kriterium 2 er at pasienten ikke har realistiske utsikter til bedring, mens kriterium 3 er at pasienten har tatt et kompetent, konsistent og ikke presset valg om

å be om dødshjelp. Jeg støtter M&S i at det ofte er mulig å vurdere disse kriteriene tilstrekkelig objektivt. Legger vi samme standard for beslutningskompetanse til grunn som for andre beslutninger i helsetjenesten, kan pasienter være beslutningskompetente til å velge dødshjelp. Hvorvidt pasienten er utsatt for press, kan riktignok være krevende for helsepersonell å vurdere, også om vi avgrenser oss til de mest direkte formene for press diskutert under spor 2. Angående konsistens er det, som nevnt over, et viktig klinisk poeng at pasienters ønsker om å dø og å fremskynde døden i praksis ofte vil være tentative og fluktuerende – og altså nettopp ikke konsistente (Johansen mfl. 2005). M&S nevner dette (s. 74), men stoler på legens/psykologens evne til å «vurdere om pasientens ønske er konsistent». Ønsker om å dø kan også være uttrykk for noe annet enn et genuint ønske om dødshjelp; det kan blant annet være «et rop om hjelp» eller uttrykk for fortvilelse (Rehmann-Sutter mfl. 2015).

Med kriterium 1 stiller det seg derimot annerledes: Med kravet om at pasienten «lider uutholdelig» har M&S lagt det nederlandske kriteriet til grunn. Dermed «arver» de også problemene som det nederlandske kriteriet har vist seg å ha i praksis: Det er subjektivt, vagt, tøybart og åpent for ulike fortolkninger.

En forskjell fra den nederlandske modellen er at M&S avgrenser seg mot dødshjelp motivert av psykiske lidelser. Hovedargumentet deres er at det ved psykiske lidelser oftest er større usikkerhet om prognose, spesielt hvorvidt det er realistiske utsikter til bedring (jf. kriterium 2).

Men M&S' sontring mellom somatiske og psykiske lidelser åpner samtidig for et litt subtilt poeng. For er sontringen mellom somatikk og psykiatri egentlig mulig å foreta? Også ved en somatisk lidelse som kreft er det jo ikke selve den somatiske lidelsen, men de psykiske, sosiale og eksistensielle konsekvensene av sykdom og omstendighetene rundt, som «produserer» opplevelsen av uutholdelig lidelse. Som også M&S påpeker (s. 87), er det både ved somatisk og psykisk lidelse altså kognitive prosesser som leder frem til opplevelsen av lidelse og ønsket om å dø. Gjennom boken er M&S opptatt ikke bare av kroppslig lidelse, men også tap av autonomi, funksjonstap og reduserte muligheter til livsglede og livsutfoldelse. I Oregon er det særlig dette, mer enn kroppslig lidelse og frykt for det, som motiverer forespørsler om dødshjelp (Oregon Health Authority 2023). Tilsvarende har studier vist at ved somatisk sykdom er depresjon og opplevelse av å være til byrde mye sterkere korrelert med ønske om å dø enn det fysiske symptomer er (Kelly mfl. 2003). I en viss forstand er det dermed alltid *psykisk lidelse* som begrunner et ønske om dødshjelp.

Videre er M&S' argumentasjon for at lidelse er objektivt, litt for lettvinnt. Påstanden er mest plausibel for «klassisk» kroppslig lidelse. «Dersom du har klemmt fingeren din i en bildør og du kjenner smerten hugge til, er det et faktum at du lider», påpeker de (s. 72). Men andre steder i boken opererer M&S med et utvidet lidelsesbegrep som også inkluderer slikt som tap av autonomi og mening. Slik «lidelse» er slett ikke like objektiv. Her er personen selv i høyeste grad en medfortolker, og den totale lidelsesopplevelsen påvirkes av egen tenkning og en mengde andre faktorer («total pain»: Brelin 2020). Dette er et av flere eksempler på at M&S gjør oppgaven lettere for seg ved å bruke «paradigmatisk» kroppslig lidelse som eksempel når det tjener argumentasjonen.

Gjennom boken skifter M&S mellom hvilken av to hovedsituasjoner de ser for seg at kvalifiserer for dødshjelp. Ofte viser de til personer som har kroppslig lidelse forårsaket av somatisk sykdom. Men andre steder viser de til personer som på ulike

måter har fått innskrenket sin evne til livsutfoldelse uten nødvendigvis å oppleve kroppslig lidelse som smerter, tungpust og kvalme. Når disse to «typesituasjonene» ses i sammenheng med M&S' tre kriterier, oppstår det for forfatterne et dilemma med to horn. Hvis det særlig er den første gruppen, de med kroppslig lidelse, som skal kvalifisere for dødshjelp, vil det nesten ikke være noen som kan få dødshjelp: De fleste vil ikke kunne oppfylle kriterium 2, for som vi har sett over, er det nesten alltid mulig å lindre. Følgelig er det «realistiske utsikter til bedring» i den forstand at pasienten ikke trenger å oppleve uutholdelig lidelse når palliativ behandling er igangsatt.

Hvis det særlig er den andre gruppen, de med innskrenket evne til livsutfoldelse, som skal kvalifisere for dødshjelp, er dette problematisk på følgende måter. For det første: Innebærer situasjonen deres virkelig «uutholdelig lidelse»? For det andre er det veldig mye som kan gjøres for mennesker i en slik situasjon. Profesjonelle kan utøve helhetlig psykososial og relasjonell omsorg, og ikke minst kan familie og venner gjøre en stor forskjell ved å være til stede, være et medmenneske og bidra til å skape mening og verdighet. Dermed er det høyst tvilsomt om kriterium 1 og 2 er oppfylt. Så med det foreslåtte kriteriesettet, hvem er det egentlig som kvalifiserer for dødshjelp?

I lys av denne argumentasjonsrekken er det oppsiktsvekkende at Nederland, som altså tilbyr dødshjelp basert på et kriteriesett som ligger tett opp mot det M&S foreslår, gir dødshjelp i hele 5,1 % av alle dødsfall. Forfatterne har ingen innsigelser til at dødshjelp gis i så stort omfang i Nederland (s. 102–103). Samtidig legger deres egen argumentasjon mange steder opp til at dødshjelp skal være forbeholdt eksepsjonelle tilfeller – «lider voldsomt, har ingen utsikter til bedring» (s. 28) er «typetilfellet» de stadig vender tilbake til. Her er det en spenning i M&S' fremstilling. Det å sannsynliggjøre at det finnes situasjoner der dødshjelp er et gode, er ikke tilstrekkelig til å begrunne en samfunnsmessig praksis som innebærer en stor omveltning og potensielt vil ha store samfunnsmessige konsekvenser. Når det er sannsynliggjort at det finnes individer som lider i en slik grad at døden er å foretrekke, er det fortsatt et langt stykke igjen til å rettferdiggjøre en samfunnsmessig praksis som det er grunn til å tro kan utvikle seg til dødshjelp i 4–5 % av alle dødsfall og at dødshjelp blir en normal måte å dø på.

Til innvendingen om at særlig kriterium 1 er vagt og skjønnsmessig, svarer forfatterne at man i helsetjenesten hele tiden gjør skjønnsmessige og ikke fullt ut objektive vurderinger og handler ut fra disse (s. 72–73). Et tilsvarende til dette kan være at spesielt mye står på spill i denne vurderingen – det handler om liv og død, og konsekvensene ved å innvilge dødshjelp der det ikke burde vært innvilget, er svært alvorlige. Nettopp i en slik situasjon er det utilfredsstillende at hovedkriteriet som skal vurderes, er så subjektivt, vagt, tøybart og åpent for ulike fortolkninger. Forfatterne erkjenner at vagheten også åpner for urettferdig forskjellsbehandling, ved at ulike leger og psykologer vil kunne vurdere de samme pasientene ulikt (kap. 2.11).

Den glidende hollender

M&S diskuterer «skråplansargumentet» og risikoen for gradvis, uheldig utvidelse av en dødshjelpspraksis, med særlig oppmerksomhet om Nederland (kap. 2.12). M&S diskuterer to former for utglidning, nemlig tallmessig økning i omfanget av dødshjelp, og utvidelsen til nye pasientgrupper. De er ikke spesielt bekymret for noen av dem. Men når man først skal diskutere utglidning av dødshjelpspraksisen

i Benelux-landene, er det tre andre former for utglidning som også er viktig å ta med. Den nederlandske etikkprofessoren Theo Boer er en nyttig kilde her; han er prinsipielt positiv til dødshjelp, men har etter hvert blitt kritisk til hvordan det har blitt institusjonalisert i hans hjemland (Boer 2020). Siden M&S' foretrukne kriterier ligger tett opp mot de nederlandske, er Boers erfaringer spesielt relevante.

For det første er det nå flere pasienter enn før som *ikke* er døende når de får dødshjelp, men har lengre forventet levetid (Boer 2020). Boer viser til at det i Nederland i starten – i praksis, om enn ikke formelt – var en forutsetning at dødshjelp skulle forbeholdes pasienter som ikke hadde lenge igjen å leve. Men andelen som har en forventet levetid på mer enn et halvt år, har gått fra 1 % i 1990 til 8 % i 2015. Dette henger sammen med at nye diagnoser og begrunnelser for dødshjelp har blitt akseptert.

Dernest har veien til dødshjelp blitt lettere ved etableringen av en egen «dødshjelpsklinikk» i 2012. Det vanlige i Nederland har vært at pasientens allmennlege har stått for vurderingen og utførelsen av dødshjelp. «Dødshjelpsklinikken» opererer også innenfor lovens rammer, men pasienter som får «nei» til dødshjelp hos sin lege, har mulighet til «doctor shopping» ved å henvende seg til klinikken. Det er nærliggende å tolke dette som at konsekvensen er en senket terskel for dødshjelp. For egen del vil jeg legge til at vagheten i kriteriene for dødshjelp kombinert med tilstedeværelsen av «konkurrerende» tilbydere, i seg selv vil kunne utvide dødshjelpspraksisen. Pasienter vil ha insentiv til å gå til leger som tolker kriteriene liberalt. Dette vil slik jeg leser M&S også være en fare ved deres forslag. Riktignok foreslår de at hvis pasienten får «nei» i første vurdering og så påklager avgjørelsen, skal en ny lege og psykiater/psykolog oppnevnes uten at pasienten har innflytelse på hvem det blir.

Den siste formen for utglidning er best beskrevet i Belgia. Palliasjonslegen Paul Vanden Berghe og kolleger beskriver hvordan de langt oftere enn før møter pårørende med et visst syn på døden (Vanden Berghe mfl. 2017): Noen pårørende formidler til helsepersonellet at de opplever at livets siste fase for deres kjære er nokså meningsløs. Videre opplever de funksjonstap, lidelse og pleiebehov som kan komme i livets siste fase, som noe uverdigg. Legene vurderer denne innstillingen til livets siste fase som noe nytt i deres kultur, og de setter den i sammenheng med normaliseringen av dødshjelp i det belgiske samfunnet.

Alle disse fem trendene – de to M&S nevner og de tre jeg har lagt til – bør diskuteres i en fyllestgjørende analyse av «skråplansargumentet». Det vil være ulike syn på hvor alvorlige de ulike trendene er, men det er uansett viktig å ta inn over seg at samfunn som kulturelt ligner Norge, har opplevd slike utviklingstrekk etter at de har satt i system en modell for dødshjelp som ligger tett opp til det som foreslås av M&S.

Betydningen av beslutningskompetanse

Beslutningskompetanse er evnen til å kunne ta gode beslutninger for en selv. I helsetjenesten har mange pasienter redusert beslutningskompetanse. Det gjelder ikke minst mange pasienter på sykehjem. M&S hevder at siden også pasienter *uten* beslutningskompetanse kan lide uutholdelig, bør de ikke være utelukket fra å motta dødshjelp.

M&S er klar over at dette åpner et særlig krevende landskap, men har etter mitt syn ikke tatt inn over seg *hvor* krevende. Når en ikke-beslutningskompetent pasient ber om dødshjelp, foreslår M&S at en verge skal oppnevnes. Dette kan gjerne være

nærmeste pårørende. Vergen skal «sette seg inn i pasientens situasjon og søke å fatte den beslutningen som det er sannsynlig at pasienten selv ville ha fattet, dersom vedkommende var beslutningskompetent» (s. 81).

Tar vi inn over oss hva bortfall av beslutningskompetanse innebærer, ser vi at denne ordningen vil åpne for manipulasjon av sårbare pasienter. Beslutningskompetanse operasjonaliseres gjerne som fire nært relaterte ferdigheter (Pedersen 2020). Pasienten skal være i stand til å *forstå* informasjonen, *anerkjenne* at den gjelder ham eller henne, *resonnere* noe med denne informasjonen ut fra aktuelle handlingsalternativer, og kunne uttrykke et *valg*. Alle fire ferdigheter må være til stede for å være beslutningskompetent. Det er viktig å se hvor betydelig funksjonssinnskrenkningen er når pasienter med demenssykdom eller svekkede kognitive ferdigheter av annen årsak vurderes som ikke beslutningskompetente, og hvor sårbare de er for manipulasjon. Selv om utgangspunktet for vurderingen skal være en forespørsel som kommer fra den ikke-beslutningskompetente pasienten selv, er det klart at pasienten er sårbar for å bli «dultet» til å ytre et slikt ønske av en verge som – kanskje ut fra et «belgisk» syn på livets siste fase diskutert over – selv mener det kan være best for pasienten å dø.

På sporet av en bedre dødshjelpsdebatt

Min kritiske gjennomgang er strukturert etter «de fem spor» i dødshjelpsdebatten. Dette er etter mitt syn en tjenlig «oppstykking» av et komplisert og omfattende felt, om enn selvsagt ikke den eneste mulige. Strukturen gjør det lettere å samle momenter som hører sammen og å diskutere én ting av gangen.

I prosessen fant jeg at noen momenter kunne passe under flere spor, og det var ikke gitt hvor de passet best. Samtidig har jeg, verken i arbeidet med denne artikkelen eller ellers i dødshjelpsdebatten, kommet over relevante argumenter og momenter som ikke naturlig kan få innpass på minst ett av de fem sporene. De fem sporene er altså et pragmatisk verktøy som kan gi struktur og oversikt til dødshjelpsdebatten. Jeg har erfaring med at det er særlig tjenlig til å strukturere muntlige debatter.

Det at dødshjelpsdebatt kan føres langs fem ulike spor, bekrefter hvor mangefasettert og rikt dette temaet er. I sum har M&S og jeg fremført et stort antall argumenter. Disse kan igjen kritiseres og vurderes; styrken i argumentene og motargumentene vil bli vurdert ulikt. Jeg har forsøkt å vise at enkelte motargumenter mot legalisering er sterkere enn det M&S har fått frem, og at M&S' konkrete forslag til legalisering har svakheter de ikke har anerkjent.

Moen og Sterris bok om dødshjelp har ansporet en mer moden debatt om dødshjelp; den fortjener å bli lest og diskutert. Med denne artikkelen har de fått et omfattende tilsvarende, som supplerer Lars Johan Materstvedts kritikk (Materstvedt 2022, 2024). Artikkelen er ment som et konstruktivt bidrag til en debatt som nå tilsynelatende rykker nærmere den politiske arenaen i Norge.

Takk

Takk til Bjørn Hofmann, Morten Horn, Lars Johan Materstvedt og en anonym fagfelle for nyttige kommentarer til en tidligere versjon av artikkelen.

Noter

¹ Da boken utkom, skrev jeg et kortere essay om den (Magelssen 2019). Noen av de samme momentene jeg tok opp den gang drøfter jeg også nå, men i større detalj.

² De bemerker at «det finnes tilfeller der det å drepe dessverre er det minste ondet» (s. 32) – og følgelig medgir de at det å drepe i en viss forstand *er* et onde.

³ Ønsker er heller ikke det samme som intensjoner. En intensjon er en mental tilstand som resulterer i spesifikke handlinger. Et ønske alene frembringer derimot ingen handling (Shaw 2006).

⁴ M&S' referanse er til en artikkel av Bettina Husebø mfl. som handler spesifikt om smerte hos pasienter med demens – og ikke til det jeg tror må være rett referanse til en annen publikasjon fra samme forskningsgruppe, nemlig Sandvik mfl. 2016.

⁵ Argumentasjonsrekken gjør bruk av det såkalte prinsippet om dobbeleffekten (se for eksempel Magelssen 2023: 47-48).

Referanser

- Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, et al. (2016) An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PLoS ONE* 11(1): e0146184. doi:10.1371/journal.pone.0146184
- Biggar, N. (2004). *Aiming to Kill. The Ethics of Suicide and Euthanasia*. Darton, Longman and Todd.
- Blikshavn, T., Husum, T. L., & Magelssen, M. (2017). Four Reasons Why Assisted Dying Should Not Be Offered for Depression. *J Bioeth Inq*, 14(1), 151-157. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9759-4>
- Boer, T. (2020). Erfarenheter från femtio år med dödshjälp i Nederländerna. I M. Horn, D. Kleiven, & M. Magelssen (red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (s. 251-273). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch13>
- Brelín, S. (2020). Kan lindrende behandling fjerne behovet for dødshjelp? I M. Horn, D. Kleiven, & M. Magelssen (red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (s. 193-211). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch10>
- Buchbinder, M., & Berens, N. (2024). Beyond coercion: reframing the influencing other in medically assisted death. *J Med Ethics*. Publisert på nett 6.2.2024. <https://doi.org/10.1136/jme-2023-109554>
- Gamlund, E. (2023). Er forskjellene mellom behandlingsbegrensning og dødshjelp etisk relevante? *Omsorg* (3), 37-43.
- Grue, J. (2016). *Det blir ikke bedre*. Gyldendal.
- Gustad, K. E., Askjer, Å., Nortvedt, P., Fredheim, O. M. S., & Magelssen, M. (2021). Refractory suffering at the end of life and the assisted dying debate: An interview study with palliative care nurses and doctors. *Clinical Ethics*, 16(2), 98-104. <https://doi.org/10.1177/1477750920946613>
- Gaasø, O., Rø, K., Bringedal, B., & Magelssen, M. (2019). Legers holdninger til aktiv dødshjelp. *Tidsskr nor legeforen*, 139(1), 31-35. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0391>
- Helsedirektoratet. (2024). *Begrensning av livsforlengende behandling. Nasjonal veileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/begrensning-av-livsforlengende-behandling-horingsutkast> (lest 18.11.24).

- Hofmann, B. (2024). Moral obligations towards human persons' wellbeing versus their suffering: an analysis of perspectives of moral philosophy. *Health Policy*, publisert på nett 22.2.2024. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105031>
- Horn, M. (2020a). En leges nei til dødshjelp. I M. Horn, D. Kleiven, & M. Magelssen (red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (s. 175-192). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch9>
- Horn, M. (2020b). Er det mulig å lage en entydig, rettferdig og forsvarlig dødshjelpslov? I M. Horn, D. Kleiven, & M. Magelssen (red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (s. 291-309). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch15>
- Horn, M., & Lee, A. (2024). Dødshjelpdebatt på faglige premisser. *Aftenposten* 28.10.2024.
- Horn, M., & Magelssen, M. (2020). Fem spor i dødshjelpsdebatten. I M. Horn, D. Kleiven, & M. Magelssen (red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (s. 21-34). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch1>
- Johansen, S., Hølen, J. C., Kaasa, S., Loge, J. H., & Materstvedt, L. J. (2005). Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*, 19(6), 454-460. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm1048oa>
- Kelly, B., Burnett, P., Pelusi, D., Badger, S., Varghese, F., & Robertson, M. (2003). Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. *Psychological Medicine*, 33(1), 75-81. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006827>
- MacIntyre, A. (2016). *Ethics in the Conflicts of Modernity. An Essay on Desire, Practical Reasoning, and Narrative*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316816967>
- Magelssen, M. (2019). Å leve eller velge døden. *Morgenbladet* 31.5.2019.
- Magelssen, M. (2020). Språk og virkelighet i dødshjelpsdebatten. I M. Horn, D. Kleiven, & M. Magelssen (red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (s. 35-50). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch2>
- Magelssen, M. (2023). *Livet og døden. Kristne perspektiver på bioetikk*. Verbum Akademisk.
- Magelssen, M. (2024). Holdninger til legalisering av dødshjelp. *Suicidologi*, 29(3), 22-27.
- Magelssen, M., Kaushal, S., & Nyembwe, A. (2016). Intending, hastening and causing death in non-treatment decisions: a physician interview study. *Journal of Medical Ethics*, 42(9), 592-596. <https://doi.org/10.1136/medethics-2015-103022>
- Magelssen, M., & Shaw, J. (2019). Intentions of Physicians and End of Life Care Team. In N. Emmerich, P. Mallia, B. Gordijn, & F. Pistoia (Eds.), *Contemporary European Perspectives on the Ethics of End of Life Care*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-40033-0_21
- Materstvedt, L. J. (2022). *Dødshjelp – Begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk*. Fagbokforlaget.
- Materstvedt, L. J. (2024). «Min bok 'Dødshjelp': en sluttcommentar». www.materstvedt.net, 3.5.24.

- Materstvedt, L. J., & Fredheim, O. (2023). Lindrende sedering er avansert helsehjelp til døende. *Dagens Medisin* 16.3.2023.
- Moen, O., & Sterri, A. (2019). *Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt*. Cappelen Damm Akademisk.
- Oregon Health Authority. (2023). *Oregon Death with Dignity Act. 2022 Data Summary*. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year25.pdf> (lest 18.11.2024).
- Pedersen, R. (2020). Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen, & R. Pedersen (red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 61-71). Gyldendal Akademisk.
- Regionale toetsingscommissies euthanasie. (2023). *Annual report 2022*. <https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/uitspraken/jaarverslagen/2022/april/6/jaarverslag-2022> (lest 18.11.2024)
- Rehmann-Sutter, C., Gudat, H., & Ohnsorge, K. (2015). *The Patient's Wish to Die. Research, Ethics, and Palliative Care*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198713982.001.0001>
- Rønning, M., & Nyhus, H. (2024). Ny dødshjelp-debatt – flere partier kan snu. *NRK.no* 21.10.2024. https://www.nrk.no/norge/aktiv-dodshjelp-i-norge_-debatten-tar-ny-fart-etter-budskap-fra-sykesengen-1.17088265
- Sandvik, R. K., Selbaek, G., Bergh, S., Aarsland, D., & Husebo, B. S. (2016). 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*, 17(9), 821-827. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.006>
- Shaw, J. (2006). Intention in Ethics. *Canadian Journal of Philosophy*, 36(2), 187-224. <https://doi.org/10.1353/cjp.2006.0012>
- Thune, H. (2024). Dette er en alvorstung anmodning – fra sønnen vår, på vegne av mange andre. *Aftenposten* 14.10.2024.
- Trueman, C. R. (2020). *The rise and triumph of the modern self: Cultural amnesia, expressive individualism, and the road to sexual revolution*. Crossway.
- van Marwijk, H., Haverkate, I., & van Royen, P. (2007). Impact of Euthanasia on Primary Care Physicians in the Netherlands. *Palliative Medicine*, 21, 609-614. <https://doi.org/10.1177/0269216307082475>
- Vanden Berghe, P., Mullie, A., Desmet, M., & Huysmans, G. (2017). Assisted Dying: The Current Situation in Flanders: Euthanasia Embedded in Palliative Care. I D. Jones, C. Gastmans, & C. MacKellar (red.), *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium* (s. 67-85). Cambridge University Press.
- Aarseth, S., Horn, M., Magelssen, M., & Supphellen, M. (2023a). Nordmenns holdninger til legalisering av dødshjelp. *Michael*, 20(1), 23-32.
- Aarseth, S., Horn, M. A., Dahlberg, J., & Magelssen, M. (2023b). Befolkningens kunnskaper og holdninger om beslutninger ved livets slutt. *Michael*, 20(1), 11-22.