

# Bør eutanasi legaliseres i Norge?

Should Euthanasia be Legalized in Norway?

Amanda Schei



Masteroppgave i FIL0350

Institutt for filosofi og førstesemesterstudier

UNIVERSITETET I BERGEN

Vår 2018

Veileder: Espen Gamlund

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>KAPITTEL 1: INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 BEGREPSAVKLARING .....	9
<b>KAPITTEL 2: SELVMORD</b> .....	<b>13</b>
2.1 HISTORISK OM SYNET PÅ SELVMORD .....	13
2.2 RASJONELLE OG IRRASJONELLE SELVMORD .....	16
2.3 SELVMORD OG MORAL .....	25
2.4 AVSLUTNING .....	27
<b>KAPITTEL 3: VERDIGHET</b> .....	<b>28</b>
3.1 ULIKE FORESTILLINGER OM VERDIGHET .....	28
3.2 TO ULIKE FORSTÅELSER AV VERDIGHET OG TO ARGUMENTER .....	34
3.3 RESPEKT FOR VERDIGHET KREVER AT VI ALDRI AKTIVT TAR ELLER AVSLUTTER ET LIV (LIVETS HELLIGHET-ARGUMENTET): .....	34
3.4 RESPEKT FOR VERDIGHET KREVER AT VI LAR PASIENTEN SELV BESTEMME UTGANGEN PÅ LIVET (AUTONOMI-ARGUMENTET) .....	42
3.5 TYKKE OG TYNNE BEGREPER .....	44
3.6 ER VERDIGHET ET FRUKTBART ARGUMENT I DEBATTEN OM EUTANASI? .....	47
3.7 AVSLUTNING .....	48
<b>KAPITTEL 4: ER DET ALLTID GALT Å DREPE?</b> .....	<b>49</b>
4.1 PALLIATIV BEHANDLING ER ET GODT NOK ALTERNATIV TIL EUTANASI .....	49
<i>Palliativ behandling i Belgia</i> .....	50
4.2 DET ER VERRE Å DREPE ENN Å LA DØ - DOKTRINEN OM DOBBEL VIRKNING .....	53
4.3 EUTANASI STRIDER MOT LEGENS ETISKE MANDAT .....	57
<i>Medisinens mål</i> .....	58
<i>Å gjøre det medisinsk rette er uforenlig med eutanasi</i> .....	60
<i>Argumentet om at leger ikke er spesielt kvalifiserte for eutanasi</i> .....	64
4.4 SKRÅPLANSEFFEKTEN .....	66
4.5 LEGALISERING AV EUTANASI KAN GJØRE AT NOEN FØLER SEG SOM EN BYRDE.....	70
4.6 EUTANASI BØR IKKE INNFØRES FORDI DET UANSETT VIL INNEBÆRE DISKRIMINERING .....	70
4.7 AVSLUTNING .....	71
<b>KAPITTEL 5: LEGALISERING AV EUTANASI I NORGE?</b> .....	<b>72</b>
5.1 NEDERLAND .....	73
<i>Om loven</i> .....	75
5.2 BELGIA .....	77
<i>Om loven</i> .....	78
5.3 HVORDAN LOVEN HAR FUNGERT I NEDERLAND OG BELGIA .....	79
<i>Forvirring rundt forskjellen mellom eutanasi og lindrende sedering</i> .....	81
<i>Ikke-frivillig eutanasi</i> .....	82
<i>Mangelfull rapportering</i> .....	82
5.4 LAND HVOR ASSISTERT SELVMORD ER LEGALISERT .....	83
<i>Sveits</i> .....	83
<i>USA, Canada og Australia</i> .....	84
5.5 NORGE .....	85
<i>Om loven</i> .....	86
<i>Holdninger til eutanasi og legeassistert selvmord i Norge</i> .....	89

<i>Husebø-saken</i> .....	89
<i>Sandsdalen-saken</i> .....	90
5.6 VEIEN VIDERE FOR NORGE .....	90
<i>Analyse av situasjonen i Nederland og Belgia og retur til skråplanargumentet</i> .....	90
<i>Utopien</i> .....	93
<i>Realiteten</i> .....	93
<i>Legalisering</i> .....	95
<b>KAPITTEL 6: KONKLUSJON</b> .....	<b>98</b>
<b>BIBLIOGRAFI</b> .....	<b>100</b>

## **Forord**

Jeg vil rette en stor takk til Espen Gamlund, som har vært en fantastisk veileder og mentor for meg! Takk til Lars Kolbeinstveit, Runar Bjørkvik Mæland og pappa Edvin Schei som den siste måneden har tatt seg tid til å lese gjennom oppgaven og komme med gode, konstruktive kommentarer. Jeg vil også takke Sebastian von Hofhacker som tok meg inn i sin stue og fortalte meg om palliativ medisin i Norge. Til slutt vil jeg takke Amund Bjørnevik for moralsk støtte gjennom hele året.

## **Sammendrag**

Enkelte svært syke mennesker ønsker hjelp til å dø. I land det er naturlig for Norge å sammenligne seg med, som Nederland, Belgia og Canada, er ulike former for dødshjelp legalisert. I denne oppgaven diskuterer jeg om frivillig, aktiv eutanasi er moralsk tillatelig og om Norge burde legalisere det. I Norge har det aldri vært en stor offentlig debatt om dette, og forsøk på å vekke en slik debatt har blitt møtt av stor enighet om at eutanasi fortsatt skal være forbudt. Utviklingen av medisinske behandlingsmuligheter og teknologi innebærer imidlertid at betingelsene for liv og død er endret, og det synes derfor rimelig å ta tidligere tiders moralske intuisjoner opp til ny vurdering. I oppgaven presenterer og drøfter jeg en rekke filosofiske og politiske argumenter som ofte fremføres mot eutanasi: verdighetsargumenter, at palliativ behandling er et godt nok alternativ til eutanasi, at det er verre å drepe enn å la dø, at eutanasi strider mot legens etiske mandat, skråplanseffekten, at eutanasi som legalt alternativ kan gjøre at pasienten føler seg som en byrde og diskrimineringsargumentet. Mot dette vurderer jeg argumenter knyttet til retten til selvbestemmelse og individets frihet til selv å avgjøre om livet er verdt å leve, og går gjennom erfaringer fra land som har legalisert eutanasi, først og fremst Nederland og Belgia. Jeg konkluderer med at eutanasi er moralsk tillatelig og bør legaliseres i Norge.

## **Abstract**

Some very ill people sometimes seek assistance to die. Different types of assisted dying is legalized in countries it is natural for Norway to compare itself to, like The Netherlands, Belgium and Canada. In this thesis I discuss whether voluntary, active euthanasia is morally acceptable and whether Norway should legalize it. There has not been a comprehensive debate about this in Norway, and attempts at creating such a debate have failed because there seems to be an agreement that euthanasia should continue to be illegal. The development of medical treatment possibilities and technology, however, entails that the conditions concerning life and death have changed, and it seems reasonable therefore to take the moral intuitions of earlier times up to consideration. In this thesis I present and discuss a range of philosophical and political arguments that are often presented against the case for euthanasia: dignity based arguments, the argument that palliative care is an adequate alternative to euthanasia, the argument that killing is worse than letting die, the argument that euthanasia is not in line with the mandate of a doctor, the slippery slope argument, the argument that euthanasia as an alternative can make some patients feel like a burden to society, and the discrimination argument. Against this I consider arguments connected to autonomy, and the freedom of the individual to decide for himself whether his life is worth living or not, and I present the experiences with legalization in the Netherlands and Belgium. I conclude that euthanasia is morally acceptable and should be legalized in Norway.

## Kapittel 1: Innledning

Det er galt å drepe noen mot deres vilje, men kan det også være galt å holde noen i live mot deres vilje? Vi er vant til å se torturscener fra filmer og tv-serier. Hvis vi ser for oss at vi fikk valget mellom å enten leve i evig smerte eller tortur, eller å dø, ville nok de fleste valgt å dø. Et liv med evig tortur virker håpløst og grusomt, strippet for livskvalitet, glede og framtidsutsikter. Et slikt liv ville de fleste av oss ønsket å unnslippe. Om vi befant oss i en slik situasjon og fant en måte å avslutte vårt eget liv på, ville ikke de fleste gjort det? Og ville vi ikke sett på det som helt forståelig? Kanskje til og med moralsk rettferdiggjort? Vi vet ikke hva som skjer når vi dør, men hvis vi ser bort fra religiøse forestillinger om et sjelelig liv etter døden, gir det mest mening å se for seg døden som ikke-eksistens – som slutten på alt – og en del mennesker vil antagelig mene at ikke-eksistens er bedre enn det verst tenkelige livet. Personer med langt fremskreden sykdom som snart skal dø, har ofte store smerter og lite kontroll over egen kropp. Noen vil kanskje sammenligne tilstanden med tortur. De eksisterer, men de lever ikke. De lengter etter å dø.

Disse menneskene ønsker av og til hjelp til å dø, heller enn å vente til sykdommen dreper dem. De som ønsker denne hjelpen ønsker den som regel fordi de ikke selv er i stand til å ta sitt liv. Muligheten til å begå selvmord ligger åpen for alle oss andre, men for dem som kanskje trenger denne muligheten mest, og som kanskje har de beste grunnene til det, er den ikke alltid der. I hvert fall ikke i Norge. Noen av de terminalt syke er teknisk sett i stand til å ta sitt eget liv, men ønsker heller muligheten til å få hjelp gjennom et offentlig tilbud. Dette fordi de føler det er en mer verdig måte å gå bort på. I land hvor eutanasi er legalisert er denne måten å dø på mer sosialt akseptert, og det er mulig å ta et ordentlig farvel med sine nærmeste, heller enn å snike seg vekk og legge igjen en avskjedslapp. Ulike former for dødshjelp er institusjonalisert og legalisert i flere land det er naturlig for Norge å sammenligne seg med, som Nederland, Belgia og Canada. Spørsmålet om vi bør legalisere eutanasi har av og til dukket opp i samfunnsdebatten her i Norge også, men aldri for fullt, og aldri med samme kraft som for eksempel abortspørsmålet. Det betyr ikke at vi ikke har like syke og sterkt lidende personer i Norge som i for eksempel Nederland. Folk dør i store smerter og fortvilelse her også. Er det på tide å vurdere legalisering av eutanasi i Norge? Det spørsmålet vil jeg diskutere i denne oppgaven.

Å drepe noen, eller å ta et liv blir vanligvis betraktet som galt. Det finnes ikke noe verre å ta fra noen enn livet selv, derfor ser vi på drap som den verste synden et menneske kan gjøre. Det å miste livet gjør at en blir berøvet alle fremtidige opplevelser, aktiviteter, prosjekter og gleder. Kort sagt så fratar døden oss alt det livet potensielt kan by på. De fleste mennesker vil likevel mene at det finnes noen unntak fra det strenge forbudet mot å ta liv. Det er vanlig å drepe og spise dyr for eksempel, selv om mange mener at dette ikke kan rettferdiggjøres som et unntak fra regelen om å ikke drepe. I mange land er dødsstraff vanlig for særlig alvorlige forbrytelser. Vi tillater drap i krigssituasjoner og i selvforsvar. I de fleste land er det heller ikke ulovlig å ta sitt eget liv, selv om en selvfølgelig kan argumentere for at selvmord er irrasjonelt eller moralsk galt.

Når folk tar sitt eget liv virker det oftest meningsløst, sjokkerende og tragisk. På verdensbasis begår årlig rundt 800 000 personer selvmord, og langt flere gjennomfører selvmordsforsøk. I Norge ble det i 2016 registrert 614 selvmord<sup>1</sup>. Antall selvmordsforsøk som årlig behandles av helsetjenesten beregnes til mellom 4000 og 6000<sup>2</sup>. I mange av tilfellene dreier det seg om yngre mennesker som har psykiske plager eller sykdom, og som med hjelp og omsorg kunne fått et bedre liv. En slik død regnes med rette som tragisk. Men finnes det situasjoner hvor det kan være rasjonelt å ta sitt eget liv, dersom bestemte forutsetninger er oppfylte og det er gode grunner til å mene at livet ikke lenger er verdt å leve?

En naturlig innvending mot eutanasi er at vi har gode tilbud om hjelp og omsorg for dem som er døende, og at et strengt forbud mot å ta liv er nødvendig for å vise hvor høyt vi som fellesskap verdsetter livet. Skal vi uthule denne universelle verdien fordi noen uheldige enkeltindivider synes det er vanskelig å leve? De som er positive til legalisering av eutanasi vil svare at vi ved å åpne for å velge døden nettopp respekterer livets verdi – livet til den som med gode grunner ikke ønsker en fremtid. De vil hevde at vi som fellesskap bør beskytte enkeltmenneskets selvbestemmelsesrett, og avvise en paternalistisk regulering av folks liv til siste sukk.

Selvmord og varianter av dødshjelp har funnet sted til alle tider, men medisinsk, institusjonalisert eutanasi – frivillig medisinsk drap – slik vi snakker om det i dag, har bare blitt diskutert ordentlig i noen tiår. De vestlige samfunnene har forandret seg dramatisk, med

---

<sup>1</sup> Folkehelseinstituttet. ”Dødsårsaksregisterets statistikkbank”

<sup>2</sup> Vatne og Nåden, “Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever - En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk,” s. 28



økt levestandard og levealder, delvis forårsaket av fremskritt i den medisinske teknologien. Vi dør ikke lenger av de samme sykdommene som før, svært mange lever med kronisk sykdom, og alvorlig syke mennesker kan holdes i live lenger på tross av organsvikt, sykdom og lidelse. Dette er jo først og fremst positivt, men perioden som forlenges, ved hjelp av symptomdempende medisiner og kunstig opprettholdelse av organer, kan ofte preges av dårlig livskvalitet og en degenererende kropp. I noen tilfeller oppleves en slik livsforlengelse som en eksistens uten mening, en fortvilende forlengelse av dødsprosessen, ikke en utvidelse av livet. I en endret virkelighet, hvor medisinsk teknologi og offentlige og private velferdsordninger skaper nye rammer for liv og død, synes det rimelig å stille spørsmålet om vi må ta tradisjonelle etiske normer opp til revisjon.

### 1.1 Begrepsavklaring

Noen viktige begreper som vil bli sentrale i den videre diskusjonen:

*Drap:* Å utføre en handling som fører til noens død.

*Barmhjertighetsdrap/medlidenhetsdrap:* drap av en annen person av hensyn til den avdøde, men ikke nødvendigvis med et samtykke fra den som blir drept<sup>3</sup>.

*Selvmord:* at en person bevisst foretar en aktiv dødbringende handling mot seg selv, og med et ”vellykket” resultat. Uteblir det tilsiktede resultatet, foreligger et forsøk på selvmord.<sup>4</sup>

*Aktiv dødshjelp:* er det begrepet som brukes mest i Norge, men det er noe upresist. Det kan dekke flere fenomener: både legeassistert selvmord og eutanasi<sup>5</sup>.

*Legeassistert selvmord:* ”frivillig medisinsk selvdrap<sup>6</sup>”. Her er pasienten den endelige aktøren og administrerer selv den dødelige dosen.

---

<sup>3</sup> Syse, “Uutholdelig liv – et rettslig perspektiv”, s. 87

<sup>4</sup> Ibid., s. 87

<sup>5</sup> Materstvedt, “Bør man ikke selv få lov til å bestemme hvordan man skal dø?.”, s. 110

<sup>6</sup> Ibid., s. 110

*Lindrende/terminal sedering:* Medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået, der pasienten legges i kunstig koma, fra ”slumresøvn” til dyp bevisstløshet<sup>7</sup>.

*Eutanasi:* Det finnes ulike definisjoner av dette – men enkelt forklart er det frivillig medisinsk drap<sup>8</sup>. En person ( gjerne en lege) er den endelige aktøren, som vanligvis setter en eller flere dødelige injeksjoner.

I oppgaven kommer jeg til å legge til grunn en forståelse av eutanasi utviklet av Jeff McMahan. Her defineres eutanasi som en handling eller unnlattelse som fører til noens død, og som tilfredsstillende to krav: for det første, at døden gagnar eller er bra for individet som dør, og for det andre at aktøren som setter de dødelige injeksjonene er motivert av gode hensikter og et ønske om at dette skal komme den som dør til nytte. Handlingen må altså skje i overbevisning om at det er bedre for denne personen å dø enn å fortsette å leve<sup>9</sup>.

Ordet eutanasi oppsto i denne betydningen på 1600-tallet fra det greske *eu* og *thanatos* og betyr ”god død”. Det har blitt brukt i ulike betydninger, men i økende grad har eutanasi i det tyvende århundret blitt brukt om alle handlinger som tillater døden å skje, eller aktivt fremkaller den.

Det er vanlig å skille mellom:

*Passiv eutanasi*, hvor en tillater at døden skjer ved å holde tilbake behandling, og  
*Aktiv eutanasi*, hvor døden er et resultat av handlinger ment å føre til død.

En skiller også mellom ulike typer av eutanasi basert på graden av frivillighet:

*Frivillig eutanasi:* hvis en syk person ber en annen person om å drepe ham eller henne eller å la ham eller henne dø.

---

<sup>7</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 31

<sup>8</sup> Materstvedt, ”Bør man ikke selv få lov til å bestemme hvordan man skal dø?.”, s. 110

<sup>9</sup> McMahan, *The Ethics of Killing*, s. 456

*Ikke-frivillig eutanasi:* hvis noen dreper en person som for eksempel er i permanent koma, og denne personen på forhånd ikke har sagt om han eller hun vil eller ikke vil gjennomgå eutanasi.

*Ufrivillig eutanasi:* hvis en person har uttrykt et sterkt ønske om å ikke bli drept uansett hvor dårlig han eller hun blir, og noen dreper denne personen likevel.

I denne oppgaven vil jeg særlig diskutere argumenter for og imot aktiv, frivillig eutanasi – som betyr at noen aktivt dreper et annet menneske som har ytret ønske om å få dø.

For at eutanasi skal være moralsk rettferdiggjort og eventuelt legaliseres er det visse kriterier som bør oppfylles. I de landene som har legalisert eutanasi varierer dette noe, men følgende krav synes rimelige å legge til grunn dersom eutanasi skal legaliseres i Norge:

- Personen som ber om eutanasi må ha en uhelbredelig sykdom uten muligheter for forbedring, og bør lide uutholdelig og håpløst.
- Personen som ber om eutanasi må være samtykkekompetent og vise et vedvarende ønske om å dø.

Oppgaven er delt i fem kapitler inkludert innledningskapittelet. I det andre kapittelet diskuterer jeg selvmord. Finnes det situasjoner hvor det kan være rasjonelt å ta sitt eget liv? Hvis nei bortfaller hele diskusjonen av eutanasi. Hvis ja, hvorfor skal det da ikke være mulig å hjelpe noen som ikke selv er i stand til å ta sitt eget liv? I det tredje kapittelet diskuterer jeg moralske og teologiske argumenter knyttet til verdighet, og spørsmålet om hvorvidt eutanasi og å hjelpe noen å dø bryter med et prinsipp om ”livets hellighet”. I kapittel fire ”Er det alltid galt å drepe?” diskuterer jeg andre argumenter mot eutanasi, som at det er verre å drepe enn å la dø, skråplaneffekten, og at eutanasi strider mot legers etiske mandat. I det femte og siste kapittelet ”Legalisering av eutanasi i Norge?” ser jeg på erfaringene fra land som har åpnet for eutanasi og legeassistert selvmord, og drøfter om Norge også bør endre lovgivning.

Oppgaven tar for seg spørsmålet om eutanasi fra et normativt perspektiv og ser først og fremst på dette som et moralsk spørsmål, men diskuterer det også som et politisk spørsmål mot slutten. Jeg spør: kan eutanasi være moralsk akseptabelt og bør Norge legalisere eutanasi? Jeg vil ikke gå detaljert inn i de juridiske sidene ved eutanasi, og jeg vil heller ikke gå dyptgående inn i metafysiske diskusjoner omkring døden, menneskelig identitetsproblematikk og om vi

har en sjel, men vil bruke litteraturen og normativ metode til en filosofisk og etisk drøfting. Jeg har etter beste evne satt meg inn i den brede litteraturen som angår denne debatten, jeg har tatt med de viktigste betraktningene, men jeg har naturligvis ikke fått dekket alt. Jeg konkluderer med at eutanasi er moralsk akseptabelt og at Norge også bør legalisere eutanasi når tiden er inne for dette, fordi det etter min oppfatning er det moralsk riktige å gjøre.

## Kapittel 2: Selvmord

Selvmord og eutanasi henger tett sammen. En forespørsel om eutanasi kommer ofte når den syke ønsker å dø men ikke lenger er fysisk i stand til å ta sitt eget liv eller ikke ønsker å avslutte livet på egenhånd. Eutanasi, drap på forespørsel, ligner mer på selvmord enn på drap nettopp fordi døden er ønsket. Jeg vil analysere hvorvidt selvmord i visse tilfeller kan være rasjonelt, før jeg diskuterer om eutanasi er moralsk tillatelig. At noe er rasjonelt definerer jeg her som at noe er i en persons velforståtte egeninteresse. Det at det kan være rasjonelt å ta sitt eget liv betyr imidlertid ikke at det er moralsk tillatelig. Videre følger en kort historisk gjennomgang om selvmord, en diskusjon om rasjonelle selvmord og en diskusjon av sammenhengen mellom selvmord og moral.

Selvmord er selvpåført død – å med viten og vilje ta livet av seg selv. Fenomenet har en sterk negativ konnotasjon i samfunnet vårt. Måten vi i dag forholder oss til selvmord på er et resultat av vår historie og kulturarv, og kan påvirke hvordan vi forholder oss til eutanasi.

### 2.1 Historisk om synet på selvmord

Selvmord har historisk vært kontroversielt, og omfattet av moralske og juridiske regler, i de fleste samfunn. Det absolutte forbudet mot selvmord som var vanlig i europeiske land i middelalderen, og fortsatt gjelder i noen samfunn, var i stor grad basert på religiøse og naturlige lover om hva som går mot guds vilje eller naturens lover<sup>10</sup>. Selvmord har i kristne samfunn blitt sterkt fordømt fra et teologisk perspektiv, og holdninger som ble formet gjennom teologien står fortsatt sterkt i dag. Begrunnelsene har variert, men det vanligste synet har vært at fordi Gud skapte oss og er uendelig god og klok, er vi Guds eiendom og underlagt Guds myndighet. Vi ble gitt våre liv i tillit og må ikke kaste dem vekk, men vente på det øyeblikket som Gud har ønsket at vi skal dø på. Dette ble den offisielle doktrinen til den Romersk-katolske kirken og har blitt akseptert av mange ikke-katolikker også. Den praktiske følgen av dette synet er at det å frivillig og forsettlig drepe seg selv alltid er galt uansett hvor vanskelige omstendigheter en er i, og selv om det er ment som et middel for å oppnå et ytterligere gode<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> MacDonald, "The medicalization of suicide in England: laymen, physicians, and cultural change, 1500-1870"

<sup>11</sup> Hill jr., "Killing ourselves", s. 267

De første kristne var imidlertid relativt tolerante i sitt syn på selvmord. Selvmord kunne bli sett på som en slags martyrhending, og noen kristne kunne til og med bli rost av trosfeller for selvdestruktivitet, som å piske seg selv. Dette endret seg rundt år 500, da selvmord i økende grad ble fordømt av kirken<sup>12</sup>. Lactanius (240-320 e. Kr) argumenterte for at å drepe seg selv var mord på samme måte som å drepe en annen, men enda mer forkastelig fordi det også gikk i mot den gudgitte plikten om selvbeskyttelse. For Augustin (354-430 e. Kr) var selvmord den verste synden av alle siden det aldri kunne bli straffet i synderens liv<sup>13</sup>. Også i jødedommen og Islam ser en på selvmord og eutanasi som et brudd med våre moralske plikter.

Augustin skrev mye om selvmord. Han baserte det meste av tekstene sine på Moseloven og formulerte tydelige dogmer, som at selvmord er i strid med budet ”du skal ikke drepe<sup>14</sup>”. I likhet med Augustin virker det også som om Thomas Aquinas (1225-74) så på selvmord som et rent moralsk fenomen. Han hevdet at mennesket har fri vilje, også når det er selvmordstruet. Selvmord er galt både fordi det er ”unaturlig,” ved å være en motsats til den kjærligheten mennesket bør ha til seg selv, og fordi livet er å anse som en gave som Gud har gitt mennesket. Bare Gud råder over liv og død<sup>15</sup>.

Helt frem til vår tid har kirken vist en fiendtlig og fordømmende holdning overfor dem som begår selvmord. I flere europeiske land var det strenge reaksjoner overfor selvmord og selvmordsforsøk. Kroppen til den som hadde tatt selvmord ble gjerne ikke begravd i henhold til vanlig skikk, og eiendommen til de etterlatte kunne bli konfiskert. På 1700-tallet skrev Montesquieu at lovene i Europa er strenge mot dem som tar sitt eget liv. De tvinges til å dø, så og si, enda en gang; de blir dradd uten verdighet gjennom gatene, de blir anklaget for skjensel, deres eiendom blir konfiskert<sup>16</sup>. I Norge var det ulovlig å begå selvmord frem til 1843 og de siste restriksjonene når det gjaldt selvmorderes gravferd ble opphevet i 1902<sup>17</sup>.

Til og med John Locke (1632-1704), som holdt rettighetene til menneskers liv, frihet og eiendom svært høyt, gjorde et unntak for selvmord. Hans syn var preget av religiøse forestillinger om at mennesker er fullstendig underlagt en allmektig og uendelig klok skaper,

---

<sup>12</sup> Thorvik, ”Suicidets etikk.”, s. 212

<sup>13</sup> Dworkin, Frey og Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, s. 97

<sup>14</sup> Thorvik, ”Suicidets etikk.”, s. 213

<sup>15</sup> Ibid., s. 213

<sup>16</sup> Dworkin, Frey og Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, s. 98

<sup>17</sup> Thorvik, ”Suicidets etikk.”, s. 214

”they are his property whose workmanship they are, made to last during his, not one another’s pleasure<sup>18</sup>”.

Innenfor antikkens religiøse rammer ble all død assosiert med urenhet både i fysisk forstand, men også i mer overført moralsk betydning. Særlig ble selvmord sett på som urent. En mente det ble brakt en forbannelse over stedet og gjenstandene som ble brukt i et selvmord. Også i det gamle Hellas mistet de etterlatte etter all sin eiendom etter selvmord. Dette endret seg under det romerske imperiet, da selvmord ble avkriminalisert.<sup>19</sup>

Stoikerne trekkes gjerne frem som noen som æret selvmord – i hvert fall i noen tolkninger av verdensbildet, som tilsa at mennesket bare er en liten partikkel i kosmos, og prisgitt de kreftene som finnes her. For stoikerne kunne selvmord godtas, og til og med anbefales, dersom det var tydelig at naturen allerede hadde startet dødsprosessen. Det var viktig at en slik avgjørelse ble tatt av den enkelte i en sinnstilstand preget av ro og rasjonalitet, og ikke i affekt<sup>20</sup>.

David Hume (1711-1776) var en av dem som tok et oppgjør med sin samtids syn på selvmord. I hans ”On Suicide” argumenterte han radikalt for at når vi først har blitt gitt makten til å endre naturen slik at vi kan bygge boliger, vaksinere barn mot kopper, og påvirke mange andre ting, blir det inkonsistent å klandre oss for også å endre naturen ved å begå selvmord. Hvis det å endre naturens forløp med tanke på selvmord skulle utgjøre et unntak, måtte det også være unaturlig og i mot Guds vilje å risikere våre liv gjennom heltemodige dåder. Siden det ikke er tilfelle, burde ikke selvmord bli fordømt på dette grunnlaget, mente han<sup>21</sup>. Han skriver også at ”I believe that no man ever threw away life while it was worth keeping<sup>22</sup>”.

Sammenhengen mellom selvmord og psykiske lidelser er i dag en veletablert forståelsesmodell<sup>23</sup>. I de senere årene har en derfor gått mer og mer vekk fra å se på selvmord

---

<sup>18</sup> Dworkin, Frey og Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, s. 99

<sup>19</sup> Løkke, ”Stoikerne om selvmord.”, s. 197

<sup>20</sup> Thorvik, ”Suicidets etikk.”, s. 212

<sup>21</sup> Hume, *On Suicide*, s. 4

<sup>22</sup> *Ibid.*, s. 10

<sup>23</sup> Vatne og Nåden, ”Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever - En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk”, s. 28

som først og fremst et moralsk anliggende. Selvmord reiser imidlertid dype eksistensielle og filosofiske spørsmål, og hører derfor også hjemme innenfor moralfilosofien.

De siste 20 årene har selvmordsratene falt i de fleste sentral- og nordeuropeiske land. Trenden begynte i Danmark på 1980-tallet og spredde seg til andre land som Sverige, Storbritannia og Norge<sup>24</sup>. Hva som er grunnen til dette fallet strides ekspertene om, men det har skjedd noen sosiale endringer i disse vestlige landene i perioden som ledet opp til dette – særlig når det gjelder synet på psykiske lidelser og hva som blir sett på som skambelagt, for eksempel homofili. Fordi flere våger å søke hjelp for psykiske lidelser og i akutte kriser, og det finnes behandling og støtte, får vi nok mindre av den typen selvmord som utløses av psykiske lidelser enn før<sup>25</sup>.

## 2.2 Rasjonelle og irrasjonelle selvmord

Selvmord er uten tvil et stort folkehelseproblem. Spørsmålet om det kan finnes gode grunner til å ta sitt eget liv er kontroversielt fordi det er et tabubelagt tema, men også et tema som mange har meninger – og til dels sterke meninger – om. Vi hører gjerne folk omtale en som har begått selvmord som ”feig” eller ”egoistisk”. Mange mener trolig at selvmord er moralsk galt – særlig dersom den som tar sitt liv etterlater seg familie og barn. Mange betrakter også livet som hellig og mener sterkt at en ikke har rett til å ta liv, heller ikke sitt eget. I tillegg kjenner de fleste trolig noen som har tatt sitt eget liv eller prøvd å gjøre det, som ikke hadde en rasjonell grunn til dette. Mange som begår selvmord er i alvorlig psykisk ubalanse – og vi tenker at dette burde vært unngått. Studier har gitt tall som antyder at mellom 30 % og 80 % av dem som begår selvmord lider av depresjon<sup>26</sup>. Mange av disse menneskene kunne antagelig fortsatt å leve et godt liv om de hadde fått hjelp. Den største risikofaktoren for å begå selvmord er tidligere selvmordsforsøk<sup>27</sup>. I den kvalitative undersøkelsen ”Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever” intervjuer Vatne og Nåden psykiatriske pasienter som har overlevd selvmordsforsøk. I denne studien kommer det frem at mange har et ambivalent forhold til selvmordsforsøket, med mye skam. For noen hadde det vært vondt å våkne opp etter et mislykket forsøk, men i etterkant hadde de kjent en lettelse, fordi noe i livet hadde forandret

---

<sup>24</sup> Barbagli, *Farewell to the World – a history of suicide*, s. 171

<sup>25</sup> Ibid., s. 176

<sup>26</sup> Thorvik, ”Suicidets etikk.”, s. 222

<sup>27</sup> Wichstrøm, ”Selvmordsforsøk hos norske ungdommer: resultater fra undersøkelsen Ung i Norge”



seg til det bedre<sup>28</sup>. Noen hadde angret underveis og ønsket bare hjelp. Mange var redde for å få nye psykiske kriser og selvmordstanker, men erfaringen kunne også redusere frykten for døden<sup>29</sup>.

Mange av selvmordene som finner sted er altså ikke det jeg vil klassifisere som ”rasjonelle”, men tragiske og meningsløse. Han som henger seg fordi kjæresten har gått fra han, eller hun som hopper fra broen fordi hun har gjort en stor tabbe på jobben, kan være eksempler på slike irrasjonelle selvmord. Det finnes også dem som har et gjennomgående godt og rikt liv, men som begår selvmord i en tilstand av alvorlig, men forbigående depresjon. Noen tar sitt eget liv fordi de ikke vil være en byrde for andre, eller som en protest mot politisk eller sosial ondskap. Vi kjenner også til selvmordsrelaterte handlinger som martyrdød, sakte selvmord ved sultestreik, eller offentlige og dramatisk selvmord, som selvmordsbombing<sup>30</sup>.

Av og til ligger det skjult dødslengsel hos dem som gambler med livene sine, selv om det som oftest blir feil å kalle disse menneskene suicidale. Folk som i krig melder seg frivillig til høyrisikooppdrag gjør det noen ganger av altruistiske grunner eller av plikt, men det kan også skyldes at de ikke verdsetter sitt eget liv, eller til og med ønsker å dø. Det samme kan være tilfelle for dem som har farlige jobber, slik som soldater eller krigskorrespondenter, eller dem som liker farlige idretter eller naturopplevelser. Tilsvarende kan gjelde personer som drikker eller røyker tungt, eller som spiser for mye og dårlig og trener for lite, selv om de vet at dette vil føre til en tidligere død<sup>31</sup>. De fleste som liker å ta seg en fest gjør imidlertid ikke dette for å forkorte livet, men formodentlig for å øke livskvaliteten i øyeblikket. Ingen av disse eksemplene faller inn under min definisjon av selvmord.

Noen mennesker bestemmer seg imidlertid etter langvarig vurdering for å begå selvmord heller enn å måtte leve med sin uheldelige sykdom. Det er disse selvmordstilfellene som er relevante for denne oppgaven, og som jeg i bestemte tilfeller vil klassifisere som rasjonelle selvmord. Med det mener jeg at livene til de menneskene det gjelder er preget av smerte og lidelse, det er lite som gir glede og mening, og at de ikke har utsikter til et bedre liv. Stilt overfor en slik situasjon kan det være rasjonelt å ønske å dø.

---

<sup>28</sup> Vatne og Nåden, “Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever - En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk”, s. 33

<sup>29</sup> Ibid., s. 38

<sup>30</sup> Glover, *Causing Death and Saving Lives*, s. 172

<sup>31</sup> Ibid., s. 173

Et eksempel på et menneske i en slik situasjon er ”Nils”. Han er en 50 år gammel mann rammet av Amyotrofisk lateralsklerose (ALS), som er en jevnt økende sykdom som ødelegger de motoriske nervecellene i ryggmarg, hjernestamme og motoriske del av hjernebarken, slik at stadig flere muskelgrupper lammes. I løpet av tre måneder har han mistet flere og flere funksjoner. Nils blir etterhvert sengeliggende og klarer verken å svelge, bevege seg eller snakke. Han er avhengig av konstant pleie. Snart skal han dø. Helst vil han bare bli ferdig med det så fort som mulig, men han er ikke fysisk i stand til å ta sitt eget liv. Har Nils et liv som er *verdt å leve* de siste månedene av sitt liv? Spørsmålet er også aktuelt for personer som ut i fra objektive medisinske kriterier lever et liv fylt av smerter og/eller med lite kontroll over sin egen kropp, slik mange kreftsyke gjør. Selvmord forekommer oftere blant kreftpasienter og de med kroniske lidelser enn i resten av befolkningen. Risikoen øker ettersom sykdommen blir mer alvorlig, og empiriske studier av pasienter med avansert kreft og AIDS har identifisert at rundt 8-15 % av pasientene uttrykker et ønske om en forhastet død<sup>32</sup>.

Men hva det vil si å ha et meningsfylt liv avhenger av hvem en spør. Er det i det hele tatt et spørsmål vi kan stille på vegne av Nils og andre mennesker i hans situasjon? Er det ikke bare Nils selv som kan vurdere om hans liv er verdt å leve eller ei? Kanskje burde en kalle denne typen vurderinger noe annet, så det ikke misforstås som et forsøk på å nedvurdere andres moralske status eller verdi som menneske. Det er likevel nødvendig i en slik filosofisk diskusjon å vurdere graden av tilfredshet med livet til disse pasientene på en eller annen måte, om en skal skille rasjonelle selvmord fra irrasjonelle selvmord.

Sosiologen Edwin Shneidman har laget en forklaringsmodell på hvorfor folk begår selvmord. Han ser på selvmord som en krisetilstand preget av udekkede psykologiske behov, med fire hovedvarianter. To av typene er særlig relevante for den typen selvmord jeg har presentert i det foregående.

- Tap av kontroll, sterk hjelpeløshet og frustrasjon – knyttet til behov for prestasjon, autonomi, ukrenkelighet, orden og forståelse.
- Truet selvbilde, skam, nederlag, ydmykelse og vanære – knyttet til behov for sosial aksept, for å unngå skam og oppnå støtte.

---

<sup>32</sup> Hudson et al., ”Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review”, s. 694

Det skal sies at slike følelser også er noe en deprimert person kan føle på, men det er ikke en slik tolkning jeg drøfter. Når en er veldig syk, mister en ofte evnen til å kontrollere kroppen i tillegg til at en har store fysiske smerter. Noen mister evnen til å snakke, til å gå på do selv, til å spise selv, til å svelge selv – og blir avhengige av andre mennesker eller maskiner. De mister kontroll og evnen til å styre sitt eget liv, til å planlegge og gjennomføre prosjekter, til å være den personen de tenker på seg selv som. Studier har vist at mange oppgir ”tap av verdighet” som en av hovedgrunnene til at de ønsker eutanasi. De vanligste faktorene knyttet til ønsket om en fremskyndet død ser ut til å være: tanker om å være en byrde for andre, tap av autonomi (og et assosiert ønske om å kontrollere hvordan en dør), fysiske symptomer (som smerte), depresjon og håpløshet, eksistensielle bekymringer, og frykt for fremtiden<sup>33</sup>. Mange opplever dette som å miste verdighet. ”Verdighet” er i det hele tatt et sentralt begrep i debatten om eutanasi, og i kapittel 3 skal jeg diskutere begrepet nærmere, og se på hvordan det brukes i debatten.

Filosofen Thomas E. Hill har utarbeidet en annen klassifisering av selvmord. Han deler dem opp i impulsive, apatiske, selvdestruktive og hedonistisk kalkulerende. Han mener at noen selvmord er *impulsive* fordi de er handlinger personen ville angret på om han eller hun hadde overlevd. *Apatiske* selvmord er et resultat av at den som tar sitt eget liv ikke bryr seg om hva han eller hun kan gjøre ved å fortsette å leve, eller ens egen evne til å utvikle seg i et videre liv. *Selvdestruktive* selvmord skjer når den som begår selvmord har mye selvforakt og har et konstant ønske om å trykke seg selv ned. Den som begår selvmord på denne måten ser ikke et fremtidig liv med glede, bare forakt. Den ser seg selv som en grunnleggende verdiløs person, uten verdighet. De som tar *hedonistisk kalkulerende* selvmord ser valget om liv eller død som et spørsmål om det å fortsette å leve vil føre til mer glede enn smerte. Selvmordet handler ikke om hva han eller hun er og kan gjøre, men hva han eller hun kan forvente i fremtiden<sup>34</sup>. En alvorlig syk person slik jeg har definert det, havner kanskje i den siste kategorien – han eller hun vet at livet bare vil bli verre, til det kun er smerte og lidelse igjen. Et slikt selvmord kan tenkes å være rasjonelt, hvis vurderingene samsvarer med virkeligheten.

Viktige vurderinger for å avgjøre om selvmordet er rasjonelt, er hvordan det fremtidige livet vil se ut, og om det vil være verdt å leve. Det er selvsagt vanskelig å vite med sikkerhet hvordan livet vil være i fremtiden. Om noen vurderer å ta selvmord er de åpenbart ikke

---

<sup>33</sup> Ibid., s. 694

<sup>34</sup> Hill, Thomas E. “Self-regarding Suicide: a Modified Kantian View”, s. 257

fornøyd med livet og det er ikke lett å vite om denne tilstanden vil gi seg etterhvert. Det er heller ikke lett å fastslå når et liv ikke lenger er ”verdt å leve”. Og igjen er det ikke alltid lett å vite hva dette betyr. Hvem skal avgjøre om et liv ikke lenger er verdt å leve? Er det samfunnet, eller personen selv? Min oppfatning er at den som kan vurdere dette best er personen selv, selv om andre personer jo kan ha synspunkter og vurderinger som er godt begrunnet. Jonathan Glover foreslår en slags test for å undersøke dette. En kan tenke seg hvor mye av eget liv en heller ville ha vært bevisstløs fra. De fleste av oss ønsker for eksempel å være i narkose under smertefulle operasjoner. Hvis resten av livet skulle innebære den samme typen smerte, kan det være en hadde ønsket å være permanent bevisstløs, eller død, snarere enn å måtte oppleve smerten. Variasjoner i humør vil påvirke hvordan vi vurderer vår egen livskvalitet, så en slik vurdering bør tas over lang tid.

Men trenger vi ikke noe å sammenligne med for å vite om det hadde vært bedre å være død? I så fall blir det umulig å sammenligne livet med døden, siden døden ikke er en tilstand, men heller en ikke-tilstand. Det filosofer gjerne omtaler som kravet om to sammenlignbare tilstander – *the two-state requirement* – krever at det må være noe å faktisk sammenligne med. En må kunne beskrive begge tilstander. Dette gjør det vanskelig å hevde at noen vil ha det bedre hvis de får dø. Filosofen Shelly Kagan avviser imidlertid kravet om to sammenlignbare tilstander<sup>35</sup>. Han mener at det ikke gir mening å sammenligne et liv med hvordan det vil være å være død. Vi bør heller sammenligne de ulike livene en person *kunne* hatt. Hvis utgangspunktet er et forferdelig liv, fullt av smerte og lidelse, vil det ikke være et gode for denne personen å fortsette å leve. Jo lenger det dårlige livet fortsetter, jo verre er det. Å leve et slikt liv i 100 år, hvor hvert minutt er tortur og smerte, er verre enn å leve et liv i 30 år hvor hvert minutt er tortur og smerte. I dette tilfellet ville det altså faktisk være verre å ha et langt liv enn et kort, stikk i strid med hva våre moralske intuisjoner vanligvis forteller oss. Det er *det* som menes når vi sier at det hadde vært bedre for dem å være døde. Hvis en hadde et fantastisk liv, ville det selvsagt vært best å leve så lenge som mulig. Døden er et onde i kraft av hva den fratar oss. I tilfellet eutanasi og rasjonelle selvmord er ikke døden et iboende onde, slik smerte er det. Døden er heller et komparativt gode, fordi her sammenligner en ikke det nåværende livet med et godt fremtidig liv, men snarere med et dårlig fremtidig liv. Kagans argumenter er sterke. Vi kan ikke vite hva som skjer etter at vi dør, så det blir umulig å

---

<sup>35</sup> Kagan, *Death*, s. 321

sammenligne livet vårt med det. Det eneste vi kan vurdere er om det livet vi lever nå er verdt å fortsette å leve – om det vil berike oss eller bli verre.

Kagan går langt i å sannsynliggjøre at det finnes tilfeller hvor det kan være bedre for noen å dø. Hvis en ser på livet som et regnestykke kan summen av godt og vondt indikere om et liv er verdt å leve eller ikke. For noen er det å evaluere *innholdet* i livet nok, for andre ikke. En kan snakke om to måter å se på livet på; ”nøytral beholderteori”, hvor livet i seg selv ikke har noen verdi, kun innholdet, og ”verdifull beholderteori”, hvor det faktumet at en lever er en bra ting i seg selv. Hvis en aksepterer en ”nøytral beholderteori,” og det eneste som betyr noe er innholdet i livet – et liv med mye velvære – er beregningene ferdige når en har vurdert om livet inneholder mer godt enn vondt. Hvis en heller foretrekker ”verdifull beholderteorien,” kan det være bra å fortsette å leve selv om beregningene viser at livet hovedsakelig er dårlig. Hvis en har dette synet kan en implikasjon være at selvmord aldri er rasjonelt.

De fleste vil sikkert plassere seg et sted i midten, mellom ”nøytral beholderteori” og ”verdifull beholderteori”. En slik måte å klassifisere folks syn på illustrerer at det vil være uenigheter når det kommer til eutanasi. Hvorvidt en har en typisk konsekvensetisk eller pliktetisk innfallsvinkel er av betydning. Uansett hvor gode argumenter noen legger frem for at et selvmord er rasjonelt vil andre være uenige. Mye avhenger av hvilket etisk ståsted en tar som utgangspunkt.

I kantiansk etikk betyr motivene og holdningene bak handlingene noe for den moralske kvaliteten på disse handlingene. Kant mente for eksempel at det er galt å begå selvmord kun basert på en slik lykkevurdering. Fra et kantiansk perspektiv vil det være å bryte med respekten for ens verdighet som rasjonell aktør. Ifølge Kant har vi en fullkommen plikt til å ikke ta vårt eget liv. Alle rasjonelle aktører bør følge Kants kategoriske imperativ aldri behandle andre rasjonelle aktører, seg selv inkludert, kun som et middel, men alltid som et mål<sup>36</sup>. Om vi begår selvmord basert på en nyttekalkyle ser vi, ifølge Kant, kun på livet vårt som noe instrumentelt – og livet har en absolutt og betingelsesløs verdi, slik han beskriver i *Groundwork of the Metaphysic of Morals*:

”The man who contemplates suicide will ask ‘Can my action be compatible with the Idea of humanity as an end in itself?’ If he does away with himself in order to escape from a painful situation, he is making use of a person merely as a means to maintain a

---

<sup>36</sup> Kant, *The Moral Law*, s. 27

tolerable state of affairs till the end of his life. But man is not a thing – not something to be used merely as a means: he must always in all his actions be regarded as an end in himself<sup>37</sup>.

Thomas E. Hill, jr. mener likevel han kan påvise unntak fra det strenge forbudet mot selvmord i kantiansk etikk. Det finnes i hvert fall tre unntak, mener han. For det første kan det komme til et punkt hvor livet som en rasjonell og autonom aktør ikke lenger er mulig fordi kropp og sinn har blitt degenerert av alder og sykdom. Å avslutte livet sitt rett før et slikt punkt for å unngå dette, mener han ikke ville blitt fordømt. For det andre vil det å ta livet sitt for å gjøre slutt på uutholdelig smerte – smerte som gjør rasjonell menneskelig funksjon umulig – være forståelig. For det tredje, mener Hill jr. kan en argumentere for at selvmord ikke er i strid med respekt for ens verdighet som menneske hvis det ikke finnes noen annen måte å unngå et liv en ser på som degraderende og i motsetning til ens dypeste verdier<sup>38</sup>. Det er mulig å tolke Kant på forskjellige måter, men mange vil antagelig være uenige med Hill jr. her. Kants mål om en universell lov som skal favne alt, innebærer imidlertid en fare for at nyanser forsvinner og det unike ved partikulære livsløp blir usynlig – som at det forekommer ulike typer selvmord med ulike begrunnelser.

Shelly Kagan har laget noen grafer for å illustrere når det faktisk kan gi mening å ta selvmord. Jeg synes disse på en god måte illustrerer forskjellen på rasjonelle selvmord og irrasjonelle selvmord. X-aksen representerer tid, Y-aksen representerer hvor godt eller dårlig det er å være i live på et gitt tidspunkt. Det som er under X-aksen representerer et liv uten livskvalitet – et liv med så mye smerte og lidelse at det ikke er verdt å leve, slik at det kan være rasjonelt å ønske å dø.

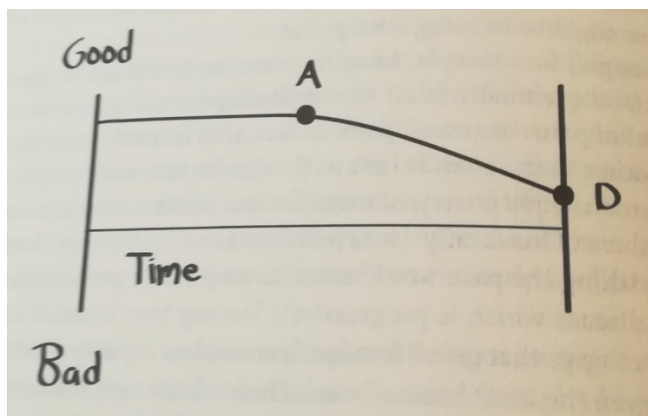
I figur 1<sup>39</sup> vises et typisk livsløp. I et normalt liv vil aksene være rett og høyt oppe på y-aksen fram til et punkt (A) – når en kanskje får en sykdom eller begynner å bli gammel. Da vil aksene dale svakt nedover frem til en dør. Dette er en illustrasjon av et ganske vanlig liv, som de fleste av oss antagelig vil leve. Her er det ingen grunn til å ønske å begå selvmord før en dør av naturlige årsaker.

---

<sup>37</sup> Ibid., s. 107

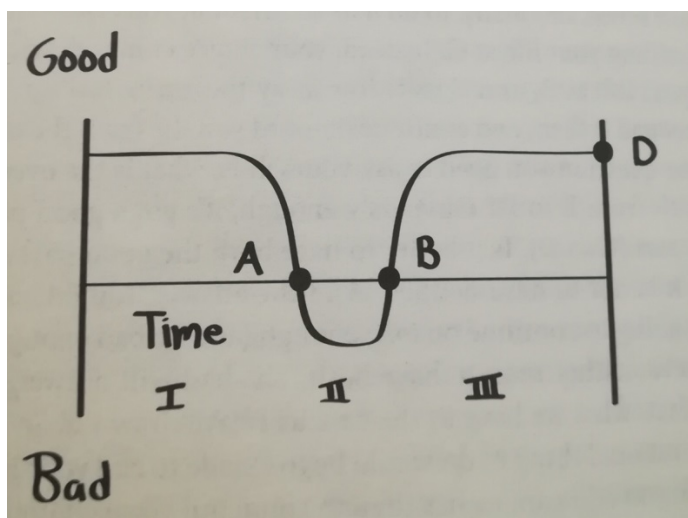
<sup>38</sup> Hill jr., “Killing ourselves”, s. 274

<sup>39</sup> Kagan, *Death*, s. 328



Figur 1.

Figur 2<sup>40</sup> viser et liv som går fint, og så tar det en drastisk vending til det verre. Kurven går under X-aksen, men så går den opp til det normale igjen. Hvis en kan leve en god porsjon normalt liv etterpå, er det ikke rasjonelt å ta sitt eget liv.



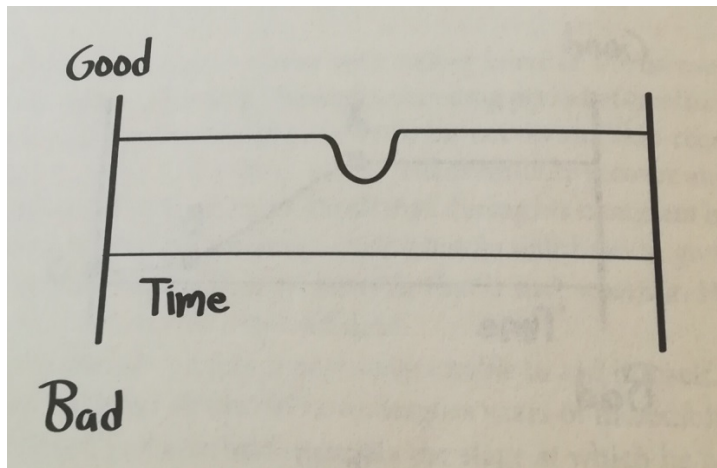
Figur 2.

Kagan har flere slike eksempler. De illustrerer poengene hans om at det i de aller fleste tilfeller faktisk ikke er rasjonelt å begå selvmord, men at det i noen tilfeller er rimelig og forsvarlig å ønske å dø heller enn å være i live. Han tror mange selvmordstilfeller er eksempler på at folk feiltolker verdien på eget liv. Hvis noen som levde et liv som illustrert i figur 3<sup>41</sup> begikk selvmord, ville det ikke være rasjonelt. Livet kan være ganske bra selv om det ikke er slik en skulle ønske det var. Å bli dumpet av kjæresten, å miste jobben, å ikke

<sup>40</sup> Ibid., s. 332

<sup>41</sup> Ibid., s. 336

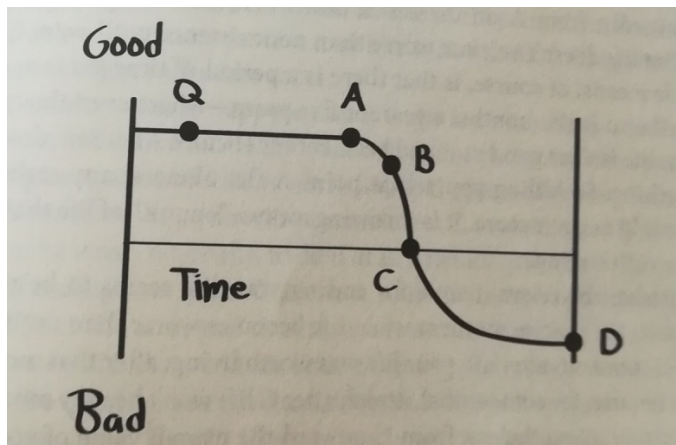
komme inn på medisinstudiet, en ulykke som gjør at en må tilbringe resten av livet i en rullestol, å gå gjennom en opprivende skilsmisse. I disse tilfellene sammenligner en livet sitt med slik det en gang var, eller slik en skulle ønske det var, og kan ende opp med å konkludere med at livet ikke er verdt å leve. Dette er en feilslutning. Livet er fortsatt verdt å leve.



Figur 3.

Figur 4 viser et liv som starter fint, men så oppstår det en degenerativ sykdom eller en blir utsatt for en ulykke som gjør at livet blir dårligere og dårligere og kurven går skarpt nedover. Dette scenarioet kan minne om det ALS-pasienten Nils går gjennom. Slike livsløp er typiske for dem som vurderer eutanasi. Vi kan se for oss at det ikke er noen mulighet for forbedring, kun forverring og at livet er preget av lidelse. Den eneste muligheten for å komme ut av denne tilstanden vil være å dø. I et slikt tilfelle vil det være rasjonelt å ønske å begå selvmord, mener Kagan. Jeg er enig med ham. Personer som har et så dårlig liv er ofte ikke i stand til å ta sitt eget liv fordi sykdommen har svekket dem. I samfunn der eutanasi ikke er lovlig, kan det dermed være rasjonelt å begå selvmord før en har kommet til dette punktet. Dersom en person har kommet så langt i sykdomsutviklingen at vedkommende ikke selv kan avslutte livet, dukker spørsmålet om eutanasi opp.





Figur 4.

Men hvordan skal vi vite om vi kan stole på vår egen dømmekraft i disse situasjonene? Det er jo sannsynlig at en i en tilstand av stor smerte har vanskelig for å tenke klart og rasjonelt. Hvis en ikke kan tenke klart, burde en ikke stole på sin egen dømmekraft. Dette er en relevant innvending. Det er viktig at slike avgjørelser ikke tas i affekt, og ikke alene. I en slik situasjon bør vi dele tankene våre med andre for å sjekke at våre egne refleksjoner gir mening. Kagan bemerker at vi også må ta avgjørelser i andre situasjoner hvor vurderingsevnen kan være svekket. Dette gjelder særlig når det er snakk om helsemessige spørsmål, som når vi skal avgjøre om vi trenger en operasjon eller ei. Vi har ikke alltid full informasjon om situasjonen eller forutsetningene for å ta disse valgene, men et valg må vi ta. Å ikke handle er også et valg.

### 2.3 Selvmord og moral

Det er altså vanskelig å komme utenom at det finnes tilfeller hvor selvmord kan være rasjonelt. Men betyr det dermed at det er moralsk riktig? Ikke nødvendigvis. Vi må skille mellom at noe er rasjonelt og at det er moralsk riktig. Det kan være rasjonelt, i betydningen i en persons egeninteresse, å snyte på skatten dersom vedkommende har god grunn til å tro at han ikke blir oppdaget. Men det betyr ikke at det er moralsk riktig å snyte på skatten. Kanskje det finnes selvmordstilfeller som er rasjonelle, men likevel umoralske. Den viktigste motforestillingen fra et slikt perspektiv er, slik jeg ser det, hvordan et selvmord kan påvirke andre mennesker. Et grunnleggende premiss innenfor konsekvensialistisk moralfilosofi er at konsekvensene av handlingene våre har overordnet betydningen for om handlingen er riktig eller ikke. Den som påvirkes mest av selvmordet er åpenbart personen selv. Å miste livet regner vi vanligvis som et betydelig onde. Men døden er ikke *alltid* et onde. Jeg har akkurat

gått gjennom argumenter for hvorfor det i noen tilfeller kan være et gode å få dø. Hvis vi aksepterer det premisset kan altså selvmordet i noen tilfeller ha flere gode konsekvenser enn dårlige for den døde selv. Når noen tar selvmord fører det imidlertid vanligvis til mye ubehag og lidelse for menneskene rundt, det kan for eksempel få store konsekvenser i form av psykisk sykdom og uheldige livsvalg. Noen ganger burde dette veie veldig tungt – om dem som står nær er barn for eksempel. Men selv om dette er sant, må vi fortsatt spørre oss om hvordan de ulike konsekvensene kan og bør måles opp mot hverandre. Vanligvis fører jo handlingene våre både til gode og dårlige konsekvenser, så selv om det kan være negative konsekvenser for de pårørende, må dette veies opp mot fordelene det er for den som tar selvmord, hvis det faktisk var tilfelle at det ville vært et gode for ham eller henne å dø. Kanskje kan de pårørende også forstå og akseptere det om de vet at den som dør virkelig ønsker det, ikke på grunn av impuls eller affekt, feilvurderinger om eget liv, eller psykiske problemer, men på grunn av en medisinsk irreversibel tilstand som uansett ville ende med død på et tidspunkt.

Uansett mener jeg at det moralske aspektet burde være mindre viktig når det er snakk om rasjonelle selvmord. I bunn og grunn handler dette om at den enkelte bør ha full rett til å bestemme over sitt eget liv. Hvis jeg tar mitt eget liv er det noe jeg ønsker selv, jeg har samtykket til det. Det er svært forskjellig fra det å ta noen andres liv, noen som ikke har samtykket til det. Samtykke spiller en stor rolle her. Det er for eksempel viktig at legen har mitt samtykke hvis hun skal operere på meg. Samtykke spiller også en rolle i spørsmålet om eutanasi, det er dette som skiller handlingen fra drap. Om jeg dreper meg selv dreper jeg riktignok et uskyldig menneske, men jeg har også fått et samtykke fra meg selv til å gjøre det.

Vi burde nok likevel ikke akseptere at samtykke alltid trumfer alt annet. Hvis jeg møter noen og de sier ”du har samtykket mitt til å drepe meg”, er det ikke greit å bare skyte han. Eller om jeg leker med min tre år gamle nevø som sier ”Jeg liker ikke å være levende. Drep meg”, da er det heller ikke greit å drepe ham. Samtykke betyr altså ikke alt, men det betyr noe.

Samtykke kan gjøre det uakseptable akseptabelt – men bare under visse forhold. Samtykket må bli gitt fritt og det må bli gitt av noen som forstår hva konsekvensene av samtykket er. Det må bli gitt av noen som er klar i hodet, har evnen til å tenke rasjonelt og i stand til å ta en slik avgjørelse. Personen må også ha gode grunner for å gi sitt samtykke. Godt skjønner her betyr å vurdere om den som vil dø, og gir sitt samtykke, er på villspor eller ei. Dette moderate synet på samtykke gir også et moderat syn på selvmord.

## 2.4 Avslutning

Det er en grunn til at Norge og andre land har avkriminalisert selvmord. Det reflekterer tydelig ideen om at vi eier vår egen kropp og viser at vi som samfunn ikke først og fremst ser på selvmord som et moralsk anliggende lenger, men heller et medisinsk og psykologisk anliggende. De aller fleste som begår selvmord er psykisk syke og har ikke egentlig en rasjonell grunn til å ta sitt eget liv. De selvmordstilfellene som aktualiserer eutanasi er samtidig medisinske tilfeller. Personene det er snakk om har mistet mye av sin funksjon og er gjerne rammet av sykdommer som gjør at de skal dø snart og har store smerter. I disse tilfellene er det rasjonelt å ønske å dø før, heller enn senere. Likevel er det selvsagt ikke en enkel moralsk avgjørelse, blant annet på grunn av uoverskuelige konsekvenser for de etterlatte. Et enda vanskeligere moralsk spørsmål er om eutanasi er moralsk rettferdiggjort, og i forlengelsen av det, om det skal være lovlig å hjelpe den som ønsker det til å dø. Det skal jeg diskutere i de neste kapitlene.

## Kapittel 3: Verdighet

Hvilke grunnleggende moralske regler skal gjelde for alle mennesker? «Du skal ikke drepe» er ett eksempel på en slik moralsk regel. I spørsmål om liv og død blir moralske regler spesielt aktuelle. I dette kapittelet står konflikten enkelt forklart mellom dem som mener at regelen må sikre opprettholdelsen av livet, og dem som mener regelen må beskytte menneskers frie og selvstendige valg. Begge sider kan imidlertid anerkjenne viktigheten av den andres regel. Formålet med dette kapitlet er å legge frem og diskutere en type moralske argumenter mot eutanasi; argumenter som hevder at eutanasi bryter med personers verdighet, livets hellighet og retten til liv. Disse argumentene springer ofte ut av teologiske resonnementer og tradisjoner, men har også blitt brukt av filosofer som John Locke og Immanuel Kant. De kristne verdiene har hatt grunnleggende innflytelse i vestlige samfunn, og selv i samfunn som i stor grad er sekulære i dag, som Norge, er de fortsatt tydelige i kulturen. Mange kan derfor bruke teologisk funderte argumenter uten å selv være religiøse. ”Verdighet” er en sentral verdi både for forsvarere og motstandere av eutanasi. Derfor er det interessant å undersøke hva verdighet betyr, og hva det krever i sammenhenger hvor eutanasi er aktuelt. Jeg kommer til å vise at verdighet er et såpass tvetydig begrep at det kan tolkes svært ulikt, særlig i debatten om eutanasi. Jeg viser til to hovedforståelser av begrepet: ”verdighet som livets hellighet” og ”verdighet som autonomi” og forsvarer den siste forståelsen. Jeg argumenterer for at forestillinger om ”livets hellighet” og ”retten til liv” ikke holder mål som argumenter mot eutanasi fordi vi, for å respektere og anerkjenne andre mennesker er nødt til å anerkjenne deres autonomi, også når det innebærer et godt begrunnet ønske om å fremskynde døden.

### 3.1 Ulike forestillinger om verdighet

I litteraturen og i dagligtalen møter vi formuleringer som ”å dø med verdighet”, ”å krenke noens verdighet”, ”å gradere verdighet” ”å opptre verdig”, ”det var under hennes verdighet” osv. Begrepet ”verdighet” har mange betydninger og brukssammenhenger. Er verdighet og menneskeverd noe vi har? Noe som kan graderes og varierer? Er det en måte å oppføre seg på, eller en måte å leve på? Verdighetsargumentet blir tillagt sterk vekt i eutanasidebatten og derfor er det i denne sammenheng viktig å nøste opp i begrepet. I dagligtale rommer ”verdighet” sannsynligvis et vidt spekter av intuitive forståelser, som til dels er avhengige av kulturelle og historiske faktorer.

Verdighet og menneskeverd blir brukt i politisk diskurs, medisinsk etikk og dagligtale. Pasienter som ønsker eutanasi oppgir ofte ”tap av verdighet” som en av hovedgrunnene til at de ønsker hjelp til å dø, og organisasjoner som jobber for å innføre eutanasi benytter gjerne begrepet, som ”Foreningen Retten til en verdig død”. Andre hevder at verdighet er det som blir brutt eller krenket når noen hjelpes til å dø. Motstandere av eutanasi anvender gjerne den kantianske versjonen av verdighet og mener at det å ta noens liv bryter med vedkommendes verdighet. I debatten rundt eutanasi brukes altså ”verdighet” til å argumentere både for og mot eutanasi.

Det som på engelsk kalles ”dignity” eller ”human dignity” kalles på norsk ”verdighet” eller ”menneskeverd”. De to ordene henger tett sammen, og jeg vil behandle dem som samme fenomen i denne oppgaven. Noen forestillinger om menneskets verdighet begrunnes i at det er noe særskilt ved oss mennesker sammenlignet med (andre) dyr. Denne måten å se verdighet på danner også mye av grunnlaget for menneskerettighetene, som har røtter tilbake til Kants ideer. Kant mente at verdighet er en ”indre verdi”, en ”ubetinget, usammenlignbar verdi<sup>42</sup>”, som kun mennesker har, og som ikke kan bli veid opp mot noen annen verdi. Mennesker fortjener respekt av andre rasjonelle vesener.

*The Cambridge Dictionary of Philosophy* har en utfyllende og god definisjon av verdighet:

”A moral worth or status usually attributed to human persons. Persons are said to have dignity as well as to express it. Persons are typically thought to have (1) ”human dignity” (an intrinsic moral worth, a basic moral status, or both, which is had equally by all person); and (2) a ”sense of dignity” (an awareness of one’s dignity inclining toward the expression of one’s dignity and the avoidance of humiliation). Persons can lack a sense of dignity without consequent loss of human dignity<sup>43</sup>.

Ifølge denne definisjonen er det altså et interessant skille mellom ”menneskeverd” – som er en moralsk status som alle mennesker har, og en ”følelse av verdighet” – som muligens handler om å beskytte personlig integritet i sosiale sammenhenger, og å unngå skam og nedverdiggelse.

I Kants innflytelsesrike forestilling om alle personers like verdighet forankres menneskeverdet i evnen til praktisk rasjonalitet, spesielt kapasiteten til autonom selv-

---

<sup>42</sup> McMahan, ”Human Dignity, Suicide, and Assisting Others to Die”, s. 19

<sup>43</sup> Audi, *The Cambridge Dictionary of Philosophy*, s. 271

lovgivning under det kategoriske imperativ. Kant har hatt en avgjørende idéhistorisk rolle i diskusjonen om verdighetsbegrepet. Kants kategoriske avvisning av bruken av personer som midler i seg selv viser en i dag velkjent link mellom det å ha menneskeverd og menneskerettighetene<sup>44</sup>. På bakgrunn av et historisk og politisk bakteppe av sterk sosial lagdeling og systematisk ulik behandling av mennesker basert på gruppetilhørighet, introduserte Kant på mange måter et nytt verdighetskonsept i filosofien. Han argumenterte for at alle mennesker burde respekteres, og at mennesker samtidig har lik moralsk status – uavhengig av etnisitet, kjønn, nasjonalitet, velstand osv. Kant rettferdiggjør dette synet ved å referere til en absolutt indre verdi som alle mennesker har, og har like mye<sup>45</sup>. Kant mener at verdighet står i kontrast til pris og at ingenting – hverken nytelse, velferd eller andre gode konsekvenser – gjør det moralsk akseptabelt å ofre menneskeverdet:

”In the kingdom of ends everything has either a price or a dignity. If it has a price, something else can be put in its place as an equivalent; if it is exalted above all price and so admits of no equivalent, then it has a dignity”<sup>46</sup>.

Det som har en pris har en form for verdi som kan ofres eller byttes bort mot noe annet av samme eller større verdi. ”Verdighet”, derimot, er en usammenlignbar og absolutt verdi som aldri, rasjonelt sett, kan ofres eller byttes vekk mot noe, ikke en gang for noe annet som har verdighet. Selv om mennesker kommer og går, er verdien av et menneske absolutt og uerstattelig<sup>47</sup>.

Kants forståelse innebar et radikalt brudd med tidligere forestillinger om verdighet. Verdighet har nemlig ikke alltid blitt sett på som noe som alle mennesker har like mye av. Tidlig i de premoderne, europeiske samfunnene var ”verdighet” en høy posisjon, gjerne en posisjon i staten, som medførte spesielle privilegier. ”Verdigheter” markerte ulike nivåer av adel fra hverandre, og ”verdighet” skilte aristokrater fra vanlige folk, som manglet en slik verdighet. Allen Wood skriver at i den historiske konteksten hvor Kant og andre introduserte sin versjon av verdighet – menneskeverd – fremsto nok dette ganske absurd. Som et paradoks, nesten en motsetning til selve ideen om verdighet. Påstanden om at menneskeheten har verdighet var

---

<sup>44</sup> Ibid., s. 271

<sup>45</sup> Sensen, ”Dignity – Kant’s revolutionary conception.”, s. 237

<sup>46</sup> Kant, *The Moral Law*, s. 113

<sup>47</sup> Wood, ”Respect and recognition”, s. 564-565

den vågale erklæring om at den høyeste mulige statusen tilhører mennesket – hvert enkelt menneske, rett og slett fordi de er mennesker.

Datidens syn på verdighet kommer klart frem i Hobbes' definisjon av verdighet i hans *Leviathan*:

”Den offentlige verdien av en mann, som er verdien som samveldet har gitt han, er det som menn vanligvis kaller verdighet. Og denne verdien hans, fastslått av samveldet blir forstått av kommandokontorer, domstoler, offentlig ansettelse; eller av navn og titler, introdusert for å skille mellom slike verdier<sup>48</sup>”

Hobbes sier videre at ”verdien til en mann er som med alle andre ting, hans pris; eller sagt på en annen måte, det som ville blitt gitt for bruken av hans kraft<sup>49</sup>”. Dette står i sterk kontrast til Kants distinksjon mellom verdighet og pris.

Selv om Kants definisjon har vært svært innflytelsesrik, henger den førkantianske betydningen av verdighet fortsatt igjen i språk og begrepsbruk. Vi snakker om verdigheten til konger og dronninger, vi snakker og handler fortsatt som om personer har ulik rang (dignitaries), og vi snakker om at folk kan oppføre seg på verdige eller uverdige måter<sup>50</sup>. Slike måter å snakke om verdighet på har konnotasjoner til statushierarkier. Vi snakker også om verdighet på måter som verken passer godt med den kantianske betydningen eller med en betydning hvor verdighet opparbeides gjennom meritter; begrepet har noen ganger konnotasjoner til elegance, skjønnhet, personlighet og integritet. Vi snakker også om å oppføre seg på en verdig måte og vi er gjerne kritiske når vi mener noen mangler en slik måte å være på.

Hos renessansetenenkeren Pico della Mirandola ser vi også en førmoderne oppfatning av verdighet. Hos ham har verdighet sine røtter i den menneskelige evnen til å skape sitt eget liv, ”It is given to him to have that which he chooses and to be what he wills<sup>51</sup>,” men Picos poeng var ikke å forfekte en rett til å forme livet sitt slik en ville, men å konstruere et argument for at mennesker bør velge, ut ifra sin egen frie vilje, å leve på en *spesiell* måte – å velge et engleaktig liv<sup>52</sup>. Vi bruker ofte verdighet som et synonym for en høy standard en burde leve

---

<sup>48</sup> Darwall, “Equal Dignity and Rights”, s. 187 (min oversettelse)

<sup>49</sup> Ibid., s. 188 (min oversettelse)

<sup>50</sup> Debes, *Dignity: a history*, s. 8

<sup>51</sup> Darwall, “Equal Dignity and Rights”, s. 183

<sup>52</sup> Ibid., s. 184

opp til, eller ikke synke under – ”Det ville være under hennes verdighet”. Når verdighet blir brukt på denne måten blir synonymet til verdig ”edel”. Det impliserer at den som har verdighet, lever opp til en høy moralsk standard.

Mye tyder på at verdighet fortsatt henger sammen med status. Jeremy Waldron mener at om vår moderne forståelse av menneskelig verdighet inneholder bare en dråpe av den gamle og historiske forbindelsen – noe han tror det gjør – så uttrykker verdighet nå en ide om likestilling av rang<sup>53</sup>, hvor hvert enkelt menneske har noe av verdigheten, rangen og forventningen om respekt som tidligere kun ble tildelt adelen<sup>54</sup>. Vi er så og si alle ”konger” nå.

Verdighet er et begrep som hører mer hjemme i jusen enn i moralfilosofien, hevder Waldron. Det begrunner han med at verdighet er tett knyttet opp mot rettigheter. En snakker om en ”rett til verdighet”. Juristen Conor O’Mahony mener derimot at det ikke gir mening å snakke om en ”rett til verdighet”. Hvis verdighet er noe iboende i alle mennesker, så går det strengt tatt ikke an å leve et liv uten verdighet. Ideen om at menneskerettighetene er essensielle for at vi skal kunne ha et verdig liv virker dermed inkonsistent med konseptet om iboende menneskelig verdighet<sup>55</sup>. Menneskerettigheter kan ikke være et middel for å oppnå verdighet, hvis verdighet nettopp er en moralsk status som legitimerer menneskerettighetene.

Filosofen Peter Bieri argumenterer for at verdighet ikke er en iboende kvalitet hos mennesker eller en rett vi har fordi vi er mennesker, men at det er en måte å leve livet sitt på i menneskelige relasjoner. Det handler om hvordan andre behandler deg, hvordan du behandler andre, og hvordan du ser på deg selv. Han mener at en persons verdighet ligger i hvordan personen utøver sin autonomi som subjekt, i ens evne til å bestemme over ens eget liv. Å respektere andres verdighet betyr derfor å respektere denne evnen<sup>56</sup>. Hvis mennesker objektiveres eller blir fratatt sin autonomi, bryter det med verdigheten deres. Han eksemplifiserer det med leken hvor kortvokste mennesker blir kastet frem og tilbake som underholdning, såkalt ”dverg-kasting”. Her er deres (måte å leve på) verdighet truet – mennesker blir degraderte ved å bli omgjort til objekter, til kun et middel for andres

---

<sup>53</sup> Waldron, ”Dignity, Rank and Rights”, s. 210

<sup>54</sup> Ibid., s. 229

<sup>55</sup> O’Mahony, ”There is no such thing as a right to dignity”, s. 562

<sup>56</sup> Bieri, *Human Dignity - A Way of Living*, s. 14



underholdning<sup>57</sup>. Bieri fastholder at dette er tilfelle selv når disse menneskene har samtykket til å bli kastet. Det kan en selvsagt komme med innvendinger mot.

For meg virker det som om Bieri først og fremst beskjeftiger seg med hva *The Cambridge Dictionary of Philosophy* kalte ”a sense of dignity” – altså “an awareness of one’s dignity inclining toward the expression of one’s dignity and the avoidance of humiliation”. For Bieri handler verdighet om å bli respektert for den en er, muligheten til å selv bestemme hvordan andre skal oppfatte eller behandle en. Det er interessant at Bieri *ikke* setter et likhetstegn mellom livet (som noe hellig) og verdighet, slik mange andre gjør. Han setter heller disse to opp som motsetninger når han sier at man kan ønske å dø for å beskytte sin verdighet.

En lignende innfallsvinkel til verdighet ser vi hos filosofen R. G. Frey. Hans perspektiv er at livskvalitet har betydning for hvor stor verdi livet har for den enkelte. Det å få lov til å dø med verdighet er et prinsipp som har blitt mye brukt av for eksempel organisasjoner som ”Foreningen Retten til en verdig død” og ”Dying with Dignity”. Når en bruker ordet verdighet på denne måten snakker en gjerne om mennesker som må leve i en tilstand de ikke orker å leve i. Å få oppfylt dette ønsket er å få anerkjent ens autonomi. Om en har autonomi i *livet* innebærer det også å ha autonomi over sin egen *død*, siden dødsprosessen er en del av ethvert liv. Å respektere denne autonomien, også for dem som ikke føler livet er verdt å leve, innebærer at andre mennesker anerkjenner og tar hensyn til våre ønsker. Frey anerkjenner at noen mener at denne måten å se på autonomi på er å ta det for langt «as if it were a value that had been inflated into a super value, dwarfing all others<sup>58</sup>», men om en mener dette, mener en vanligvis også at vi ikke har retten til å bestemme om vi skal ende våre liv.

Jeremy Waldron setter ord på noe av den interessante dobbeltbetydningen til ordet verdighet, og sammenlikner det med bruken av ”frihet”: En person kan være ”fri” i betydningen inneholder av en status gitt ham av hans skaper – selv om han faktisk holdes fast av lenker. Tilsvarende brukes verdighet på den ene side for å fremheve menneskers iboende rang eller status og på den annen side for å formidle et krav om at rang og status faktisk skal respekteres<sup>59</sup>. “Dignity is what some of our rights are rights to, but dignity is also what grounds all of our rights<sup>60</sup>”.

---

<sup>57</sup> Ibid., s. 14

<sup>58</sup> Frey, ”Ending life”, s. 726-727

<sup>59</sup> Waldron, “Dignity, Rank and Rights”, 211-212

<sup>60</sup> Ibid., s. 212

### 3.2 To ulike forståelser av verdighet og to argumenter

Etter denne gjennomgangen er det lett å forstå hvorfor verdighetsargumentet skaper en del forvirring. Det er et rikt begrep med mange ulike betydninger. Jeg mener likevel det er to hovedforståelser av verdighet som er avgjørende for temaet i denne oppgaven. Jeg skal nå se nærmere på disse to, som jeg kaller ”verdighet som autonomi” og ”verdighet som livets hellighet”. Verdighet som autonomi henger sammen med det *the Cambridge Dictionary of Philosophy* definerte som en ”følelse av verdighet” – et behov for å oppføre oss og bli behandlet på en verdig måte, og slik unngå ydmykelse og skam i relasjoner med andre. Verdighet som livets hellighet henger sammen med det *the Cambridge Dictionary of Philosophy* definerte som ”menneskeverd” – en iboende verdi og en grunnleggende høy moralsk status. Fra gjennomgangen så vi at der Kant, O’Mahony og Waldron først og fremst fokuserer på ”menneskeverd”-delen av definisjonen, fokuserer Bieri og Frey først og fremst på ”en følelse av verdighet”-delen av definisjonen, hvor verdighet er klart knyttet til verdien av å beskytte individuell autonomi. Gitt at ”verdighet” bærer i seg disse to typene betydning er det klart at filosofene i mange tilfeller snakker om ulike ting, og at diskusjonen dermed kan skape misforståelser og skinnuenighet. Jeg vil hevde at den delen av definisjonen som betegner verdighet som å inneha en iboende verdi og moralsk status er ukontroversiell, og vanligvis ligger til grunn også hos dem som først og fremst argumenterer for ”verdighet som autonomi”.

I resten av kapittelet vil jeg gå videre ved å stille spørsmålet om hvordan de to forståelsene av verdighetsbegrepet kan belyse diskusjonen om eutanasi. Den første betydningen legger vekt på at verdighet betegner menneskers høye moralske status og derfor innebærer et absolutt krav om å aldri ta liv. Den andre betydningen legger vekt på at verdighet forutsetter muligheter for å utøve autonome valg og beskytte seg mot opplevd fornedrelse.

### 3.3 Respekt for verdighet krever at vi aldri aktivt tar eller avslutter et liv (livets hellighetsargumentet):

De som har ”livets hellighet”-synspunktet mener at livet (og da særlig menneskelivet), har en spesiell verdi, eller hellighet, som er uavhengig av verdien det har enten for individet selv eller for andre. Dette ligner på det jeg i forrige kapittel refererte til som ”verdifull beholder-teori”, hvor livet er en ”beholder” som har verdi helt uavhengig av sitt innhold. ”Livets

hellighet” eller ”the sanctity of life”-argumentet går ut på at det å ta noens liv er iverboende galt, uansett. Det forsvarer ved å hevde at det å være levende i seg selv er iverboende verdifullt. Ved å ta et liv fjerner en denne verdien.

Ifølge filosofen Torbjörn Tännsjö innebærer drap fra et slikt synspunkt en forbrytelse mot moralloven<sup>61</sup>. Enkelte handlinger er moralsk uakseptable, uten unntak. Det er galt å drepe, uavhengig av konsekvensene av drapet. Det er likevel greit å drepe dyr fordi dyrenes liv ikke er hellige, og en krenker da ikke livets hellighet. Verdighet er simpelthen ikke noe som tilkommer andre dyr enn mennesket. Personer med ”livets hellighet”-synet kan mene at et menneske kan pådra seg så stor skyld at det likevel er riktig å drepe vedkommende – ved dødsstraff. Det er bare det *uskyldige* menneskelivet som oppnår absolutt beskyttelse. Det er her lett å innvende at det finnes dyr med høy kognitiv og emosjonell kapasitet på linje med noen mennesker (de med nedsatte rasjonelle evner), og at det virker arbitrært hvem som har et ”hellig liv” og ikke. Hvis ”livets hellighet” er noe som er til stede hos alle mennesker, må det være til stede hos noen dyr. Og samtidig, hvis skyldige mennesker kan drepes betyr det også at de mister sin hellighet og at dette ikke er noe absolutt likevel. Fra denne posisjonen betyr imidlertid ikke evner noe, kun om du er menneske eller ikke.

Tanken om livets hellighet har sine røtter i teologien. Ifølge Luthers strenge tolkning av læren om mennesket som skapt i Guds bilde skal vi ”ikke forkorte eller skade vårt eget liv, men beskytte det som en gave fra Gud og bruke det til Guds ære<sup>62</sup>”. Selvmord og eutanasi blir derfor galt fordi det innebærer å bevisst og med hensikt drepe et uskyldig menneske.

Et filosofisk forsvar av ”livets hellighet”-synet finner vi hos filosofen Ronald Dworkin (1931-2013). Vi tenker vanligvis at det er iverboende galt når et liv tar slutt for tidlig. Dworkin mener at de fleste derfor også tenker at en prematur død er galt *i seg selv*, selv når det ikke er dårlig for noen personer<sup>63</sup>. Mange mener at en forferdelig ting har skjedd når noen tar sitt eget liv eller når en lege dreper noen på forespørsel, selv om døden kan være i personens egeninteresse. Her refererer Dworkin til en slags ”sunn fornuft-moral” – noe de fleste intuitivt tenker. Jeg er enig med Dworkin i at de fleste mennesker nok intuitivt tenker at en prematur død er galt. Dette på grunn av to ting: for det første er prinsippet om at det er galt å ta noens liv sterkt

---

<sup>61</sup> Tännsjö, *Noen ganger skal man drepe*, s. 30

<sup>62</sup> *Ibid.*, s. 32

<sup>63</sup> Dworkin, *Life's Dominion*, s. 69

befestet i vår kultur. Det er et av de viktigste moralske budene vi har. Mange av oss mener likevel, når vi tenker oss om, at det finnes unntak fra regelen, i ekstreme situasjoner. For det andre refererer Dworkin her til en *prematur* død – en for tidlig død. Om «prematur» betyr at noen som lever et fint liv blir fratatt det, mot sin vilje, er det i tråd med alle moralske teorier. Men hvis det er snakk om en person som selv ber om eutanasi, som kanskje skal dø snart uansett, blir det ikke nødvendigvis riktig å kalle det en prematur død, og det er ikke klart at det er galt.

De fleste av oss behandler noen ting eller hendelser som iboende verdifulle; vi synes vi bør beundre og beskytte dem fordi de er viktige i seg selv, og ikke bare fordi vi kan nyte godt av dem. Dette gjelder for eksempel andre mennesker, kjæledyr eller spesielle seremonier, som begravelser. Dworkin skiller mellom *iboende verdi*, *instrumentell verdi* (som penger) og *subjektiv verdi* (kun for den det gjelder). Han mener at noe er iboende verdifullt hvis dets verdi er uavhengig av hva personer tilfeldigvis nyter, vil ha eller trenger. Dworkin mener de fleste mennesker intuitivt tenker at andre mennesker har en iboende verdi. Mye av livet vårt er basert på ideen om at ting eller hendelser kan være verdifulle *i seg selv*; at de ikke bare har en instrumentell verdi. Dworkin nevner kunnskap, opplevelser, kunst, natur som eksempler.

Hvis vi tenker at livet til en menneskelig organisme har iboende verdi, uavhengig av om det også har subjektiv og instrumentell verdi – hvis vi behandler enhver form for menneskelig liv som noe vi burde respektere og ære og beskytte som noe enestående i seg selv – så blir etiske spørsmål som abort og eutanasi problematiske. Dworkin mener at et menneskeliv er ukrenkelig på grunn av verdien det representerer, men det er ikke dermed sagt at det bør fødes så mange mennesker som mulig. Det vesentlige er at når mennesker først eksisterer må de få blomstre og ikke bli kastet bort.

Dworkin mener at noe er hellig eller ukrenkelig når en tilsiktet ødeleggelse av det ville vanæret det som burde blitt æret. Han sier at vi kan skille mellom to prosesser som gjør noe hellig for en kultur eller person.

1. Hellighet ved assosiasjon eller betegnelse. Eksempler er flagg eller dyr som sees på som hellige fordi de symboliserer et land eller en religion.
2. Hellighet gjennom historie, hvordan noe kom til. Eksempler kan være kunstverk eller utrydningstruede dyrearter. Dette kan sies å gjelde mennesket som art også.

Disse oppfatningene kan begrunnes både fra et sekulært og et religiøst ståsted, mener Dworkin. De dominerende vestlige religiøse tradisjonene hevder at Gud skapte mennesket ”i sitt eget bilde”. Hvert enkelt menneskeliv er en representasjon og ikke kun et produkt av en guddommelig skaper. Personer som aksepterer et slikt religiøst syn, vil også samtidig tenke at hvert enkelt menneske, ikke bare menneskeheten som helhet, er et kreativt mesterverk. En sekulær versjon av den samme ideen, som tilegner mesterverket til naturen, heller enn Gud, er også et trekk ved vår kultur, mener Dworkin<sup>64</sup>. Et menneske representerer dermed en kreativ innsats - vi er ”skapte” vesener av natur og kultur.

”The horror we feel in the willful destruction of a human life reflects our shared inarticulate sense of the intrinsic importance of each of these dimensions of investment<sup>65</sup>”.

Dworkin antyder her at fordi alle mennesker føler skrekk og ubehag når et menneskeliv avsluttes, så er det en bekreftelse på at de kreative investeringene et menneskeliv består i er iboende betydningsfulle, at det derfor er galt å ta et liv, og at begrunnelsen er at alle føler det sånn. Dworkin mener altså at et menneskeliv har en spesiell verdi eller hellighet som er uavhengig av verdien det har både for individet som har dette livet (personlig verdi) og for andre (instrumentell verdi). Fordi det ikke har verdi for noen er det en *upersonlig* verdi<sup>66</sup>. Dworkin hevder at det er implisitt i en rekke allmenne overbevisninger at den upersonlige verdien av livets hellighet primært kommer av investeringen som har blitt gjort i dette livet.

Jeff McMahan har noen interessante kommentarer til dette forsvaret for livets hellighet, og mener at det ikke innebærer gyldige innvendinger mot rasjonelt selvmord eller eutanasi. At en investering har blitt gjort i et liv tilsier ikke at dette livet burde bevares uavhengig av hvilken karakter det har. Viktigheten av investeringen har med verdien av resultatet å gjøre. Her blir investeringen enten realisert eller innløst. Dworkin refererer ofte til den bortkastede investeringen som inntreffer når et menneske dør, men det finnes tilfeller hvor døden ikke involverer en bortkastet investering, hevder McMahan. Når en svært gammel person dør for eksempel, som har realisert hele sitt potensiale, har ikke investeringen som har blitt gjort i dette livet vært bortkastet, fordi den allerede har blitt innløst.

---

<sup>64</sup> Ibid., s. 82

<sup>65</sup> Ibid., s. 84

<sup>66</sup> McMahan, *The Ethics of Killing*, s. 464

Jeg synes McMahan har gode argumenter som nyanserer forståelsen av et livs verdi. Når investeringen allerede har gitt alt det gode som kan komme av den, er den ikke lenger betydningsfull, fordi den ikke lenger kan være bortkastet. I et slikt tilfelle gir det ikke mening å hevde at en person burde fortsette å være til stede på grunn av at vedkommendes liv representerer en investering som en gang ble gjort. Det er heller ikke noe håp for at investeringen skal gi ny avkastning. En mislykket investering i et liv er enda mer tragisk når investeringen ikke bare mislykkes i å gi et forventet gode men også resulterer i et liv fullt av elendighet og degradering. Jo mer det elendige resultatet forlenges, jo verre blir den bortkastede eller ødelagte investeringen. Situasjonen blir bare verre om en fortsetter å sløse bort videre investeringer når de umulig kan resultere i noe av verdi. Men det er dette en gjør når en vier energi, innsats og ressurser til å forlange et liv som ikke lenger kan være verdt å leve, mener McMahan. Hvis en skal fortsette å bruke den økonomiske metaforen er det klart at ”det er irrasjonelt å øke heller enn å begrense sine tap<sup>67</sup>”.

Hvis vi ser bort i fra ”investeringer” som et grunnlag for livets hellighet og ser for oss at alle menneskeliv har en upersonlig verdi, mener McMahan at hvis den upersonlige verdien skal kunne være en innvending mot selvmord og eutanasi, må den også være tilstede når livet er dårlig for individet som lever dette livet. Spørsmålet er altså om livets hellighet kan oppveies av den negative verdien av livet for den som har det.

De som mener at livet i seg selv er hellig mener gjerne også at vi har en ”rett til liv”, slik det referes til en ”rett til liv” i dette innlegget av Morten Magelsson og Ole Jakob Filtvedt på Minervanett fra 2012: ”Vi tilkjenner enkeltmenneskets verdi når vi anerkjenner dets rett til liv, velferd og beskyttelse, når vi på en spesiell måte verner om sårbare og svake mennesker, og når vi konsekvent søker å handle på en slik måte at mennesket betraktes som et mål i seg selv heller enn et middel<sup>68</sup>.” ”Retten til liv” menes ikke i en rettslig forstand, men som en moralsk rett. Den moralske retten til liv avhenger ikke av noen lov. Moralske rettigheter blir gjerne tenkt på som absolutte; de kan ikke overtredes, uansett hvor store fordeler det kan medføre. Å si at personer har en rett til liv er å si at det aldri er moralsk forsvarlig å drepe dem, og at det er galt å drepe dem uavhengig av konsekvenser. Motstanderne av eutanasi ser gjerne på eutanasi som drap, på lik linje med andre drap. Siden vi har en *rett til liv*, og dermed en plikt til å ikke ta andre liv, er eutanasi kategorisk feil. Slik jeg ser dette er det bare en

---

<sup>67</sup> Ibid., s. 465 (min oversettelse)

<sup>68</sup> Magelssen og Filtvedt, ”Når menneskeverdet utfordres”

annen måte å formulere et prinsipp mot å drepe andre. Som nevnt tidligere er jeg ikke overbevist om dette prinsippets absolutte karakter. Mange mener at vi har en spesiell plikt til å unngå å skade noen hvis ikke de er en trussel eller fortjener straff. Vi burde ikke lyve, drepe uskyldige mennesker eller torturere. Disse forbudene begrenser oss i hva vi kan gjøre mot andre personer, selv i jakten på gode mål. Folk har ulike oppfatninger om hvor strenge disse kravene er. Noen tenker på dem som absolutte krav, som ikke kan åpne for unntak. Romersk katolsk moralteologi har tradisjonelt forfektet at en aldri kan drepe en annen person, selv ikke om det ville hindre to andre uskyldige personer fra å bli drept. Andre mener at det er viktige krav, men at de av og til kan overstyres for å unngå katastrofe<sup>69</sup>. Jeg tilhører den siste kategorien av personer.

Hvis en rett til liv betyr at å drepe er galt i tilfeller hvor personen det er snakk om ønsker å fortsette å leve og har et liv som er verdt å leve, så er det et helt akseptabelt syn. Men doktrinen om en rett til liv går av og til lenger enn dette – ved å hevde at det å ta et liv er galt uavhengig av personers ønsker eller fremtidige opplevelser. Når det går så langt bør det etter mitt syn avvises, fordi det bryter med respekten for andre menneskers rett til autonomi eller selvbestemmelse.

De som forfekter livets hellighet-synet må nødvendigvis også støte på et dilemma med tanke på dem som er permanent bevisstløse – for det å være i live handler jo i stor grad om bevissthet. Er det iboende verdifullt å være levende selv om en er permanent bevisstløs? Er det egentlig noen forskjell på å være død og permanent i koma? På mange måter er det ikke det. De som forfekter livets hellighet-synet vil også måtte ta avstand fra at lidende mennesker i sluttstadiet av terminal sykdom påskynder sin død ved å slutte å spise. Da er det jo døden en søker med sin handling, ikke som mål, men vel som et middel – for å befris fra store plager. Det er også en variant av å ta sitt eget liv og vil bryte med Kants strenge forbud mot selvmord<sup>70</sup>.

En deontologisk innfallsvinkel har ofte noe for seg i spørsmål om moral, fordi det er noen handlinger vi kan være enige om at er gale i seg selv, også om de har gode konsekvenser. Kants versjon av deontologi, som er den mest kjente deontologiske teorien, mener jeg likevel er for streng og absolutt. Kant avviser synet om at konsekvenser har *noe* å si i moral og han hevder at det er noen handlinger, som det å lyve, som *alltid* er gale. Jeg mener det er lett å

---

<sup>69</sup> McNaughton og Rawling, "Deontology", s. 66

<sup>70</sup> McMahan, *The Ethics of Killing*, s. 473

finne situasjoner hvor det faktisk kan være rett å lyve, og med de fleste prinsipper og plikter går det an å finne unntak fra regelen. Derfor foretrekker jeg den rossianske, mer beskjedne versjonen av deontologi. W. D. Ross har formulert en liste over prinsipper og plikter vi bør følge. Listen inkluderer aktør-relative plikter som: å holde løfter, takknemlighet, å betale sin bot og det å ikke skade andre, i tillegg til en aktør-nøytral plikt til å fremme det gode<sup>71</sup>. Disse pliktene er bare *pro tanto*, som betyr at de gjelder så langt det går, siden ingen plikt automatisk trumfer noen av de andre pliktene, i tilfeller hvor de er i konflikt. Det finnes ikke nødvendigvis noen metode for å løse slike konflikter mellom prinsipper. Hvilken plikt som skal få forrang kommer an på de spesifikke omstendighetene. I spørsmålet om eutanasi kommer plikten til å ikke ta liv i konflikt med plikten om å respektere andre mennesker og deres selvbestemmelse. Det virker rimelig å se dette som et eksempel på at to viktige prinsipper blir stilt opp mot hverandre – og at det kommer an på situasjonen hva som er rett å gjøre. I kapittel 5 vil jeg vise hvordan denne konflikten mellom prinsipper ble brukt for å argumentere for legaliseringen av eutanasi i Nederland, ved å hevde at eutanasi faller innenfor en form for nødrett.

Hvis vi skal se nærmere på ideen om å bevare livet så lenge det er mulig, å ikke avslutte det ”prematuro”, kan vi undre oss over hva dette egentlig innebærer. Hvis døden ikke sees på som en del av livet, vil enhver fremskyndet død kunne sies å være en krenkelse av dette hellige som livet er, og som bare virkeliggjøres fullt ut ved at et menneske får leve så lenge som mulig. De fleste vil derimot ikke bare tenke på døden som det å slutte å eksistere, men som en prosess, inkludert sorg, savn og andre betydninger hos den som dør, og de rundt.

Hvis en synes det er viktig, og i pakt med ”livets hellighet”-prinsippet å avverge en naturlig død forårsaket av for eksempel infeksjoner, ved hjelp av menneskelig teknologi, blir en konfrontert med vanskelige spørsmål som gjelder livsforlengende behandling, i en fase hvor døden er mer eller mindre nær forestående, for eksempel i terminalfase av kreft eller ALS. Hvis det alltid er galt å ta liv, vil det alltid være bedre å forlenge det biologiske livet. Jo mer teknologi kan erstatte livsbevarende funksjoner, som pust og blodsirkulasjon, jo mer ”unaturlig” blir situasjonen, ved at en kropp holdes i live i en tilstand som ikke er forenlig med ”naturlig” liv, gjerne over svært lang tid. Dette er i dag en hverdagslig utfordring –

---

<sup>71</sup> McNaughton og Rawling, “Deontology”, 68



intensivleger må svært ofte ta avgjørelser av typen ”nå får det være nok”, hvoretter livsbevarende maskiner slås av og døden inntreffer.

Hvis en er enig i at slik høyteknologisk livsbevarende innsats i mange tilfeller kan overdrives, fordi den kan være direkte belastende for alle i den sykes nærhet, samtidig som den syke selv er uten mulighet for å nyte eller dra nytte av den ekstra levetiden, har en forlatt prinsippet om at livet er verdt å bevare, uansett situasjon. En er da tvunget til å diskutere kriterier for når det er riktig å la syke mennesker få dø. Mot dette anføres det ofte at det er en prinsipiell forskjell mellom å avslutte livsoppretholdende behandling, og å aktivt utføre en livsavsluttende handling. Dette skal jeg diskutere i kapittel 4. Det finnes visste unntak fra ”retten til liv” – altså situasjoner hvor det kan være akseptabelt å drepe et annet menneske. Slike situasjoner er selvforsvar og drap i forbindelse med krig, dette betyr i teorien at det ikke er et absolutt prinsipp, men et pro tanto prinsipp. Det burde være mulig å se eutanasi som er slikt unntak. I neste kapittel skal jeg også gå videre i diskusjonen av selve handlingen å drepe.

Det har vært en stor grad av enighet i vestlig tenkning om at hvert enkelt menneskeliv er ”hellig” eller ”ukrenkelig”, og at respekt for livets hellighet er forskjellig fra, og kanskje til og med kommer i konflikt med respekt for livsvalgene til personen det gjelder. I en sak fra 1990, hvor en stat i USA krevde retten til å holde kroppen til en jente i en lengeværende vegetativ tilstand i live, mot hennes foreldres ønske, hevdet høyesterettsdommer Antonin Scalia i at det var avgjørende å beskytte menneskelivets hellighet ved å nekte å tillate personen å dø, selv om det å fortsette å leve gikk i mot ønskene til personen det gjaldt<sup>72</sup>. Drap blir galt fordi det innebærer å ikke respektere offerets verdi, og offerets verdi har ingenting med livskvalitet å gjøre. Hvor galt det er å drepe har heller ingenting med offerets interesse i å fortsette å leve å gjøre, eller med graden av skade offeret blir påført ved å drepes – det varierer med verdien av offeret. Hvis en har som utgangspunkt at alle har lik verdi, så blir konsekvensen at alle drap er like gale. Saken fra USA viser at konsekvensene kan bli absurde hvis en blindt følger et prinsipp. Som nevnt tidligere kan livsbevarende innsats overdrives. Det er ikke lett å se hva som er verdig, i noen av ordets betydninger, ved å holde et bevisstløs, dypt hjerneskadd person i live, mot familiens ønske, i mange år.

De som forfekter ”livets hellighet”-synspunktet frykter at de sosiale implikasjonene av å forlate synet om at det å ta et annet menneskeliv er absolutt galt, kan være katastrofale. De

---

<sup>72</sup> Jeff McMahan, *The Ethics of Killing*, s. 243

mener det er farlig å kritisere denne doktrinen, til tross for dens feil. Det ligger en antakelse her om at vi gjennom en skråplaneeffekt i verste fall kan ende opp med et nytt nazi-lignende samfunn. Tilhengerne av eutanasi snakker gjerne om ”liv som er verdt å leve” og ”liv som ikke er verdt å leve”. Å dele menneskeliv inn i liv som er verdt å leve og liv som ikke er verdt å leve virker intuitivt og historisk som en skummel idé. Teologen og KrF-politikeren Erik Lunde frykter at om vi åpner for eutanasi må samfunnet være med på å gjøre denne vurderingen, og at dette vil føre til at menneskeliv graderes<sup>73</sup>. Det er ikke alltid lett å vite hva det betyr å ha et liv som er verdt å leve. Jeg mener at den som kan vurdere dette best er personen selv. Når vi prøver å vurdere om personens vurderinger stemmer, er det ikke det samme som å komme med moralske dommer over dem. Det handler om å prøve å se livet til personen fra denne personens ståsted. At vi går med på deres vurdering betyr ikke at de har mindre verdi som menneske.

Grunnideen i ”livets hellighet” er viktig – og noe de aller fleste mennesker er enige i – verdien av en persons liv forstått som moralsk status. Men det blir et dårlig prinsipp hvis det får forrang over alle andre hensyn. Det andre perspektivet (autonomi-argumentet) tar i mye større grad hensyn til verdien av en persons liv for personen selv, altså livskvalitet. Jeg mener det er moralsk problematisk å ta så lite hensyn til dette som noen av forsvarerne av ”livets hellighet” gjør.

### 3.4 Respekt for verdighet krever at vi lar pasienten selv bestemme utgangen på livet (autonomi-argumentet)

De som mener at verdighet er tett knyttet opp mot autonomi mener at respekt for verdighet først og fremst innebærer at en lar personer utøve selvbestemmelse eller autonomi, og at dette taler i favør av å la en alvorlig syk pasient selv bestemme utgangen på livet. Det er for meg tydelig at denne forståelsen også har som utgangspunkt at mennesker har en lik, høy moralsk status. Spørsmålet er hva som skal være konsekvensen av at vi alle har denne statusen. De som mener at verdighet henger sammen med autonomi mener gjerne at respekt for personers selvbestemmelse kan bety at samfunnet bør tillate eutanasi.

---

<sup>73</sup> Lunde, *Uønsket*, s. 242

Begrepet *autonomi* er, som verdighet, et rikt begrep innenfor filosofien, og jeg kunne brukt mye plass på å redegjøre for det, men det er det ikke plass til. I stedet skal jeg prøve å kort summere hvilken tolkning jeg har av begrepet. I antikken ble begrepet *autonomi* brukt ikke for å referere til individer, men til byer som laget sine egne lover. En autonom by var i motsetning til en koloni, som fikk sine lover pålagt, selvstyrt. Begrepet *autonomi* fikk en fornyet bruk i den tidlige moderne perioden, og har fått en enorm betydning i moderne filosofisk og politisk tenkning, mye på grunn av Immanuel Kant, men også på grunn av John Stuart Mill.

Ordet ”*autonomi*” kommer fra det greske *autos*, som betyr ”selv”, og *nomos* som betyr ”styre”, ”styresett” eller ”lov”. Derfor betyr *autonomi* bokstavelig talt ”det å være selvstyrt eller selvstendig”. Å leve autonomt betyr å leve med de lovene en har pålagt seg selv, eller kun etter leveregler som en har omfavnet og akseptert som sine egne. Det er å være selvlovgivende. Det er retten til å leve sitt eget liv på sin egen måte, til å være forfatter av sitt eget liv og handlinger<sup>74</sup>. Det handler også om uavhengighet, selvbestemmelse og en kapasitet til å ta egne beslutninger<sup>75</sup>.

De som står for ”verdighet som *autonomi*” anfører at tanken om ”livets hellighet” gir lite mening. Livet er ikke nødvendigvis hellig for mennesker som har en uhelbredelig sykdom med uutholdelig lidelse og kort tid igjen å leve. Livets verdi er ikke den samme uavhengig av hvordan en har det, uavhengig av livskvalitet. Å fortsette å hevde dette, selv når personene selv uttaler at de har en svært dårlig livskvalitet, er å heve seg over de andre og deres virkelighetsoppfatning. Det kan sammenliknes med paternalisme, som er å påstå at en forstår den andres beste bedre enn vedkommende gjør selv.

De som har ”verdighet som *autonomi*”-synet trekker gjerne frem at verdien av et liv er en funksjon av dets kvalitet, og at livskvalitet er en funksjon av livsinnholdet. Shelly Kagan er en av dem som mener dette<sup>76</sup>, og de fleste konsekvensialister og utilitarister vil mene noe tilsvarende. Noen liv har svært små muligheter for glede og mening. Det gjelder for eksempel de med fullt utviklet Alzheimer, de som snart skal dø av ALS, og de som er i en permanent vegetativ tilstand. Mulighetene for dem til å få et meningsfylt og godt liv er veldig begrensede. Resultatet er at fra et livskvalitets-synspunkt blir slike liv vurdert som

---

<sup>74</sup> Jennings, ”Autonomy”, s.10

<sup>75</sup> O’Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, s. 23

<sup>76</sup> Kagan, *Death*, kap. 15

mangelfulle i kvalitet og får dermed en lav verdi, sammenlignet med friske folks liv. Dette står tilsynelatende i sterk motsetning til det kantianske prinsippet om den like verdien av alle menneskeliv, uansett kvalitet. Den tilsynelatende motsetningen her kommer av at de to sidene bruker ulike varianter av begrepet verdighet. Det går an å mene at alle menneskers liv er like mye verdt, i betydningen moralsk status, og samtidig mene at noens liv er mindre verdt, i betydningen livskvalitet.

### 3.5 Tykke og tynne begreper

Forskjellig bruk av *verdighet* er et eksempel på forskjellen mellom bruken av ”tykke” og ”tynne” begreper. ”Bra”, ”dårlig”, ”rett” og ”galt” er eksempler på *tynne* begreper – de er lette å definere og har lite innhold. På den andre enden av skalaen er ord som er rike på innhold som ”ærlighet” og ”generøsitet”<sup>77</sup>. ”Verdighet” er et typisk ”tykt” begrep – rikt på mening og empirisk innhold. Men ofte diskuteres verdighet som om det var et tynt og relativt entydig begrep. Den versjonen av verdighet som blir brukt i Menneskerettighetserklæringen er en typisk tynn versjon – begrepet blir ikke videre forklart, og kan virke som en slags representasjon for hva enn det er med mennesker som gjør at vi har rettigheter. Det er også denne versjonen, en variant av den kantianske versjonen av verdighet, som brukes av dem som har ”livets hellighet”-synspunktet – og de er som regel motstandere av eutanasi. En tynn versjon av verdighet innebærer at begrepet synes entydig, klart, uten gråsoner, og uforenlig med at noen griper inn for å forkorte en annens liv, fordi det vil være et uverdigg angrep på det hellige livet.

De som forsvarer eutanasi under bestemte betingelser tar derimot som regel i bruk en mye tykkere variant. Mange på denne siden bruker verdighet som et begrep som rommer mange egenskaper ved en god død. Verdighet handler om autonomi og det handler om å opprettholde en respektabel standard som ikke går ut over den sykes selvtillit. Uverdighet omfatter en rekke forhold og erfaringer som pasienter finner degraderende<sup>78</sup>. Kompleksiteten henger sammen med at personer er unike, og har sine egne og dynamiske reaksjoner, fornemmelser, lengsler og behov, slik at innholdet i ”lidelse”, ”verdighet” og ”livskvalitet” har nyanser som varierer fra et individ til et annet, fra situasjon til situasjon, og med stadig nye valører.

---

<sup>77</sup> Sumner, “Dignity through Thick and Thin”, s. 52-53

<sup>78</sup> Ibid., s. 65

En tykkere versjon av verdighet kan etableres ved å undersøke hva pasienter som snart skal dø selv legger i begrepet. En studie<sup>79</sup> viste at pasienter med kort tid igjen å leve opplevde seg som mer og mer avhengige av andre og derfor følte at de ble sett på som mindre verdige, og i mindre grad utløste respekt fra omgivelsene. Pasientene assosierte verdighet med respekt og det å bli verdsatt. I sin situasjon opplevde de ofte det motsatte. Følelsen av verdighet ble opprettholdt når de kunne møte andre med stolthet og selvtillit og ble svekket når andres blikk utløste følelser som skam, mindreverdighetsfølelse og forlegenhet<sup>80</sup>.

Pasientenes opplevelse av uverdighet henger tett sammen med det legen Eric Cassell har definert som lidelse i sin artikkel ”The Nature of Suffering and the Goals of Medicine”, nemlig: ”The state of severe distress associated with events that threaten the intactness of the person<sup>81</sup>”. Cassell fremhever at fenomenet ”person” er så innholdsrikt og variert at en aldri på generell basis kan fastslå hva som vil være et bestemt menneskes opplevelse av mening og verdi. Men i sykdom og lidelse kan en lete etter kilder til mening – og verdighet – ved å utforske, sammen med den det gjelder, de dimensjonene som er felles for alle personer:

«En person er et kroppslig, formålsrettet, tenkende, følende, emosjonelt, reflekterende, relasjonelt og svært komplekst menneskelig individ med et visst temperament og personlighet, som eksisterer gjennom tid i narrativ forstand, med et liv som i alle sammenhenger peker både utover og innover, og som gjør ting<sup>82</sup>».

Cassell understreker at for at en situasjon skal være en kilde til lidelse må den påvirke personens oppfatninger om fremtidige hendelser. Frykt handler alltid om fremtiden og lidelse er til syvende og sist en ”personlig” sak, ved at det er noe som truer det som gjør akkurat dette spesielle individet til ”person”<sup>83</sup>, til ”meg selv”. I en ”tykk” forståelse av verdighet ved livets slutt synes det altså å ligge sammenhenger mellom lidelse og trusler mot de aspektene ved autonomi som handler om ens opplevde integritet som person.

I tenkning om autonomi ved alvorlig sykdom anfører Cassell et viktig moment, ved å peke på at sykdom i seg selv er den alvorligste trusselen mot personens autonomi. Sykdom svekker, smerter, innskrenker rekkevidde og utholdenhet, påvirker tenkeevne og følelser, ødelegger relasjonsevne, identitet og utseende. Legens rolle er å styrke pasientens autonomi ved å

---

<sup>79</sup> Chohinov et al., ”Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study”, s. 2029

<sup>80</sup> Ibid., s. 2029

<sup>81</sup> Cassell, ”The Nature of Suffering and the Goals of Medicine”, s. 640

<sup>82</sup> Ibid., s. 640. Min oversettelse

<sup>83</sup> Ibid., s. 640

bekjempe sykdom og restituere funksjonsevner slik at pasienten kan nå sine livsmål. Når medisinske tiltak ikke lenger kan gi pasienten meningsfull funksjonsevne, kan hjelpen bestå i å fremskynde døden, og derved stanse det pågående autonomitapet som følger av sykdommen.

Selv om smerte og lidelse er sterkt knyttet sammen i den medisinske litteraturen er de fenomenologisk forskjellige. Noen typer smerte, som den som følger med fødsel, er svært sterke, men er allikevel vanligvis ikke kilde til lidelse, fordi de oppleves som meningsfulle og forbigående. Pasienter rapporterer om lidelse når smerten er overveldende, når smertens kilde er uviss, når smertens mening er viktig eller når smerten er kronisk. I alle disse situasjonene tolker pasienten smerten som en trussel for deres videre eksistens og integritet som personer<sup>84</sup>.

Verdighet og integritet bæres av de mange rollene vi utvikler gjennom livet. Jeg er for eksempel både søster, datter, venninne, filosofistudent, engasjert skribent osv. Sammen utgjør reglene for oppførsel som følger av disse rollene et komplekst sett av rettigheter og begrensninger, skriver Cassell. Når vi har nådd en viss alder, er disse rollene så inngrodd i oss at sykdom kan føre til ødeleggelsen av en person ved at utøvelsen av disse rollene blir umulig. Her synes ”autonomi” og ”verdighet” å være knyttet til muligheten for å leve ut en rolle en er dypt identifisert med. Han eller hun blir redusert av funksjonstapet, enten pasienten er en lege som ikke lenger kan utøve legeyrket eller en mor som ikke lenger kan oppføre seg som en mor<sup>85</sup>. Med en slik definisjon av lidelse blir det klart at den som ikke i egne øyne har en substansiell fremtid i sikte, som ikke kan forvente forbedring, lindring eller meningsfull utøvelse av et minimum av sosiale roller, er i en vedvarende tilstand av lidelse som ikke nødvendigvis kan lindres.

”Verdighet som autonomi”-forståelsen åpner for en kompleks tenkning om hvilke verdier som står på spill i livets slutfase, og viser at disse verdiene er knyttet til funksjoner og erfaringer som er unike for hver enkelt person, og som derfor med rimelighet best kan vurderes av personen selv. Av dette følger at det kan være kompatibelt med respekt for verdighet å hjelpe noen å dø for å unngå verdighetstapet ved å fortsette å leve i en degradert tilstand<sup>86</sup>. The *Cambridge Dictionary of Philosophy*-definisjonen sier at ”en følelse av verdighet” handler

---

<sup>84</sup> Ibid., s. 641

<sup>85</sup> Ibid., s. 642

<sup>86</sup> McMahan, *The Ethics of Killing*, s. 477

om å kunne leve et verdig liv, og et ønske om å unngå ydmykelse og skam. Mange av dem som ønsker å dø, ønsker det nettopp fordi de ikke lenger føler at de kan leve et verdig liv.

### 3.6 Er verdighet et fruktbart argument i debatten om eutanasi?

Begrepet verdighet eller menneskeverd fungerer ofte som en retorisk erstatning for et argument. Begrepet er vanskelig å bruke fordi det innehar så mange betydninger på en gang. Ruth Macklin<sup>87</sup> er en av dem som har hevdet at verdighet er et ubrukelig konsept. Hun mener at henvisninger til verdighet enten er tomme eller overflødige. Verdighet betyr egentlig ikke noe annet enn respekt for personer og deres autonomi, mener hun. Hvis vi aksepterer disse prinsippene trenger vi heller ikke et paraplybegrep som verdighet. Begrepet er spesielt ubrukelig hvis det forblir udefinert. Da fungerer det kun som et tomt slagord.

Men begrepet har nå en gang befestet seg i litteraturen og i diskusjonene om livets slutt, eutanasi og selvbestemmelse. Så lenge noen bruker det, blir det nødvendig for andre å bruke det. Jeg er enig med Macklin i at om man skal bruke begrepet må en ta seg tid til å definere det. Det er åpenbart noe ved begrepet verdighet som vekker assosiasjoner i oss – som passer for sårbare situasjoner i livet. Vi vet intuitivt hva det vil si å bryte med noens verdighet, og vi vet at i krig, i konsentrasjonsleirer og andre situasjoner hvor det er en svært skjev maktbalanse kan mennesker komme til å se på det andre mennesket som et dyr eller en ting, som noe utbyttbart. Dette skjer stadig vekk. I disse situasjonene bryter en både med den kantianske versjonen av verdighet – en ser ikke lenger på alle mennesker som like mye verdt, og en bryter med ”følelsen av verdighet” for disse menneskene – en degraderer dem, får dem til å oppleve at de ikke er noe verdt.

Om en hadde sluttet å bruke begrepet ”verdighet” og alltid byttet det ut med ”respekt for personer og autonomi” slik Macklin ønsker, ville nok mange opplevd at viktige komponenter av begrepet ville forsvunnet – vektleggingen av menneskers like og høye status. Motstanderne av eutanasi frykter nok at en slik tolkning kan føre til en reduksjon av menneskelivet til et middel og ikke et mål, for å bruke Kants ord. Jeg håper at vi vil se mer av den tykke, rike versjonen av verdighet – den bringer med seg viktig forståelse av hva som står på spill for personer i sårbare situasjoner.

---

<sup>87</sup> Macklin, ”Dignity is a useless concept”, s. 1419

Ralf Stoecker kommer også med et viktig forbehold med tanke på verdighet som argument for eutanasi. Han mener at eutanasi bør være lov, men at ”verdighet” ikke er noe godt argument for det. Verdighet gir oss ikke noen god grunn til å utøve vår rett til ende våre liv. Ved å anta at det i situasjoner hvor vi føler at vi har mistet noe av vår verdighet er mer ”verdig” å begå selvmord enn å fortsette å leve, uttrykker vi en moralsk tvilsom og foraktfull holdning mot mennesker som tar andre valg, mener han. Selv om vi har en rett til å begå selvmord og til å motta hjelp til å ta vårt eget liv, burde vi ikke se det som et universelt uttrykk for verdighet<sup>88</sup>. Selvmord har gjennom historien ofte vært en måte å beskytte eller gjenopprette sin verdighet på, ved å begå selvmord for å unnsnippe å leve i skam og ydmykelse – hvis en for eksempel har blitt voldtatt. Dette er et interessant forbehold – som minner oss på faren for at selvmord eller ønske om eutanasi kan utløses av press utenfra eller lignende.

### 3.7 Avslutning

I dette kapittelet har jeg prøvd å vise at verdighet er et rikt og komplekst begrep som ofte tolkes ulikt avhengig av hvilke holdninger og verdier den som bruker det legger til grunn. Jeg har også prøvd å vise at henvisning til verdighet som ”livets hellighet” og ”retten til liv” ikke er sterke argumenter mot eutanasi. Den allmenne respekten for andre mennesker tilsier at en må anerkjenne deres autonomi og selvbestemmelsesrett i situasjoner hvor de har gode grunner til selv å avgjøre om de vil leve videre eller ikke. Derfor er det for meg klart at verdighet, forstått som respekt for autonomi, noen ganger kan rettferdiggjøre at en person som ønsker å dø får hjelp til det.

---

<sup>88</sup> Stoecker, “Dignity and the Case in Favor of Assisted Suicide”, s. 31



## Kapittel 4: Er det alltid galt å drepe?

I dette kapittelet skal jeg gå gjennom og diskutere andre argumenter som er blitt fremført mot eutanasi; at palliativ behandling er et godt nok alternativ, at det er verre å drepe enn å la dø, at eutanasi strider mot legens etiske mandat, skråplanseffekten, at eutanasi som legalt alternativ kan gjøre at pasienten føler seg som en byrde og diskrimineringsargumentet. Min konklusjon er at ingen av disse argumentene utgjør en tungtveiende grunn mot eutanasi.

### 4.1 Palliativ behandling er et godt nok alternativ til eutanasi

Hovedgrunnen til at en i mange land diskuterer eutanasi er at alvorlig sykdom, ofte i kombinasjon med høyteknologisk medisinsk behandling, kan føre til store kroppslige plager og ubehag, alvorlige funksjonstap og langvarig lidelse. Omfattende undersøkelser viser at 50-80 % av alle døende har store fysiske plager i den siste livsfasen<sup>89</sup>. Noen ganger er smerten så uutholdelig at den er vanskelige for friske å forstå. En kjent innvending mot eutanasi er at det er overflødig og unødvendig, fordi pasienter i denne målgruppen har tilgang på et tilsvarende godt alternativ i livets siste fase – palliativ behandling. Smertene kan lindres med morfin og andre smertelindrende medikamenter. Målsettingen er å tilby de alvorlig syke og døende optimal smerte- og symptomlindring, forberedende kommunikasjon om den kommende døden, behandling, pleie og omsorg, også med tanke på psykososiale og eksistensielle utfordringer for pasienter og pårørende<sup>90</sup>. Et slikt tilbud blir tilgjengelig hvis det ikke er realistisk med forbedring i helsetilstanden. Et overordnet mål er å forbedre pasientens livskvalitet den siste tiden. De ulike typene palliativ behandling har som hensikt å enten forlenge livet, forebygge at pasienten får nye symptomer og plager, eller lindre symptomer og plager pasienten allerede erfarer<sup>91</sup>. Gjennom den internasjonale utviklingen av hospicebevegelsen og palliativ behandling, har lindrende behandling utviklet seg til en integrert del av helsevesenets tilbud, selv om det fortsatt er mye som kan forbedres.

Til tross for at palliativ behandling i mange tilfeller fungerer godt, er det ikke gitt at det er et fullgodt behandlingstilbud for alle mennesker som befinner seg i livets siste fase (hvor smertene er uutholdelige, hvor meningstapet er fullstendig og en ikke lenger kan kontrollere egen kropp). For noen er det kanskje bedre å dø enn å fortsette med palliativ behandling selv

---

<sup>89</sup> Husebø, "Kan alle forvente 'en god død'?", s. 158

<sup>90</sup> Ibid., s. 159

<sup>91</sup> Bjordal og Aass, "Hvordan avgjøre om man skal avbryte eller unnlate å starte videre behandling?", s. 175

når den er så god som den kan være. Det en gjør i Norge er å la slike pasienter få sove; de blir lagt i kunstig koma – noen ganger i flere uker i strekk, til de dør. Det kan i noen situasjoner være behov for å gi store doser morfin eller andre medisiner, som epidural, for å oppnå dette. Da vil det aksepteres at disse medisinene noen ganger kan bidra til å forkorte pasientens liv – minutter, timer eller dager.

Det er ikke nødvendigvis åpenbart hva som er den relevante forskjellen mellom denne typen indirekte eutanasi og aktiv eutanasi, da begge deler ender med pasientens død. Det kan også diskuteres hva den relevante forskjellen mellom å sove – altså være ubevisst – og å være død – også ubevisst er. Vanligvis tenker vi jo at bevissthet er en avgjørende del av det å være levende. Forskjellen mellom å være bevisstløs og å være død er etter min mening overdrevet. At det er et kunstig skille vi har satt opp for å gjøre det enklere for oss selv. Vi husker Jonathan Glovers test for å finne ut om livet er verdt å leve fra kapittel 2: En kan tenke seg hvor mye av sitt eget liv en heller ville ha vært bevisstløs fra. Hvis resten av livet skulle innebære den samme typen smerte som den en legges i narkose for, kan det være en hadde ønsket å være permanent bevisstløs, eller død, snarere enn å måtte oppleve smerten. Dette tankeeksperimentet tydeliggjør at det ikke er en klar forskjell mellom å være død eller å være bevisstløs. Derfor er det litt arbitrært at vi i Norge tillater det ene men ikke det andre.

### Palliativ behandling i Belgia

Fagmiljøene innenfor palliativ behandling tar ofte sterk avstand fra eutanasi, også i Norge. Et unntak er Belgia. Der er palliativ behandling, legeassistert selvmord og eutanasi integrert med hverandre. Siden tilgang til god palliativ behandling ofte blir brukt som argument mot eutanasi, er det interessant å se hvilke lærdommer som kan trekkes av eksempelet Belgia. Der er legene stort sett fornøyde og eutanasi har ikke gitt folk mindre tillit til helsesystemet<sup>92</sup>.

På slutten av 70-tallet mente de tidligste initiativtakerne til palliativ behandling i Belgia at tilgang til skikkelig palliativ behandling var en forutsetning for at eutanasi kunne være akseptabelt, og at eutanasi og palliativ behandling kunne og burde utvikle seg sammen<sup>93</sup>. Legaliseringen av eutanasi i 2002 ble etterfulgt av en betraktelig utvidelse av det palliative tilbudet. I de fem årene som fulgte loven om eutanasi og palliativ behandling økte utgiftene til

---

<sup>92</sup> Bernheim, Distelmans, Mullie et al., “Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype?”, s. 513

<sup>93</sup> Ibid. s. 507

palliativ behandling fra 78 millioner euro til 137 millioner euro og budsjettet har fortsatt å øke årlig med 10 prosent<sup>94</sup>.

Palliativ behandling er et godt alternativ for de fleste, men for noen er det ikke nok. Selv ekspertene innenfor palliativ behandling innrømmer at det hos ca. 5 % av de døende pasientene som får optimal behandling og omsorg, ikke er mulig å oppnå effektiv lindring av smerter og andre plager i deres levetid<sup>95</sup>. Da kan det være et behov for å utvikle både palliativ behandling og et dødshjelpstilbud.

I Belgia har pasienter rett til palliativ behandling og til å be om eutanasi, men enkeltleger har, på grunn av sin samvittighetsfrihet, alltid lov til å nekte å delta i noe som har med en slik prosess å gjøre<sup>96</sup>. I artikkelen ”Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype?” blir flere belgiske leger som både holder på med palliativ behandling og eutanasi, intervjuet. Fra mange formidles det at de ville syntes at eutanasi var uetisk hvis det ble gjort som en respons på manglende tilgang på palliativ behandling, men at de støttet eutanasi som en måte å gi pasientene reelle valgmuligheter<sup>97</sup>. Deres syn er at palliativ behandling og eutanasi er basert på en nært relatert omsorgsetikk: ”Den overordnede motivasjonen til alle omsorgsarbeidere er medfølelse, evnen til å sette seg inn i en annens situasjon, og medfølelse inkluderer også respekt for autonomi<sup>98</sup>,” skriver de. Dersom palliativ behandling og eutanasi fungerer sammen i Belgia, og det er relevante likheter mellom Norge og Belgia, hvorfor skulle vi ikke innføre samme praksis her til lands?

Mange har argumentert for at synergien mellom eutanasi og palliativ behandling var mulig i Belgia på grunn av høy tillit til helsevesenet generelt og utbredte progressive holdninger i befolkningen. Dette ga grunnlaget for stor støtte til både palliativ behandling og eutanasi samtidig<sup>99</sup>. Norge er også et land med et svært godt helsevesen som nyter høy tillit i befolkningen. På bioetiske spørsmål har vi hittil imidlertid vært noe konservative i forhold til andre land det er naturlig å sammenligne seg med. I Norge har vi også ulike former for palliativ behandling, men den er ikke like god og omfattende som i Belgia, og må fortsatt utvikles og utvides mye for å nå det belgiske nivået. To av tre kommuner mangler et

---

<sup>94</sup> Ibid., s. 512

<sup>95</sup> Husebø, “Kan alle forvente ‘en god død’?”, s. 162

<sup>96</sup> Bernheim, Distelmans, Mullie et al., “Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype?”, s. 514

<sup>97</sup> Ibid., s. 511

<sup>98</sup> Ibid., s. 513

<sup>99</sup> Ibid., s. 507

spesialtilpasset tilbud om lindrende behandling til mennesker som skal dø. Kun et fåtall av de tusener av kreftpasienter og andre som er i slutfasen av livet og har invalidiserende smerter, får den hjelpen de har behov for<sup>100</sup>. Rundt halvparten av alle dødsfall i Norge skjer nå på sykehjem, hvor pleiepersonalet ikke nødvendigvis har god kunnskap om palliativ behandling. En studie<sup>101</sup> viser at rundt halvparten av alle som dør på sykehjem opplever smerter og plager. De var plaget med pusteproblemer, angst, depresjon, kvalme og hadde problemer med å sove. Dette kan bety at rundt 25 % av alle som dør i dag opplever den siste tiden i livet som preget av lidelse. Det kan også være at helsepersonell i Norge i dag er redde for å bli beskyldt for eutanasi, og dermed lar være å gi tilstrekkelig smertestillende medikamenter. De bidrar da til at pasienter dør med unødvendige plager<sup>102</sup>. Eutanasi er jo heller ikke lovlig i Norge, så norske pasienter har ikke samme valgmulighet som de belgiske. Norge trenger sårt en større satsing på palliativ behandling, men dette medisinske området blir stadig nedprioritert fordi det innenfor andre medisinske områder er mulig å gjøre pasientene friske. De pasientene som gjennomgår palliativ behandling er jo på sin siste post. Norge bør satse på å utvikle et enda bedre palliativt tilbud, som ligner på det de har i Belgia. Et godt nok palliativt tilbud er en forutsetning for å innføre eutanasi, men det er også viktig at dette tilbudet er så godt som det kan være, uavhengig av om vi legaliserer eutanasi.

Min vurdering i denne saken er at vi bør ha et så godt helsetilbud som mulig for dem som er døende og i store smerter. Men uansett hvor godt det palliative tilbudet er, så er det ikke nødvendigvis et fullgodt alternativ for alle, for eksempel for de som ønsker å dø. Det er derfor viktig at det finnes flere alternativer og at vi ikke kun lager ”one size fits all”-løsninger. Argumentet om palliativ behandling er et godt argument – det er viktig at de som vurderer eutanasi ikke gjør det som en nødløsning, av mangel på alternativer. Men tilgang på god palliativ behandling utelukker ikke samtidig tilgang på dødshjelp for dem som ønsker og trenger det. Eksemplet Belgia viser at kraftig styrking av det palliative tilbudet har vokst frem samtidig som, og etter at eutanasi ble lovlig, fordi eutanasidebatten tydeliggjorde behovet. En styrking av det palliative tilbudet i Norge samt legalisering av eutanasi vil åpenbart kreve noen omfattende endringer i helseutdanningene. Alle som har med disse pasientene å gjøre må ha de nødvendige kunnskapene om etikk og palliativ behandling. De må vite hva som er lovlig, ha gode samtaleferdigheter og evne til å sette seg inn i den enkelte pasients

---

<sup>100</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 123

<sup>101</sup> *Ibid.*, s. 124

<sup>102</sup> *Ibid.*, s. 124

forutsetninger og vurderinger, og vite hva de kan gjøre teknisk og omsorgsmessig for å unngå at pasienter lider unødige.

#### 4.2 Det er verre å drepe enn å la dø - doktrinen om dobbel virkning

Som en fortsettelse av diskusjonen om palliativ behandling er det naturlig å bevege seg over til et annet sentralt spørsmål innenfor eutanasidekursen, nemlig hva som er den relevante forskjellen mellom å drepe og å la noen dø, og om intensjon skal vektlegges så sterkt som det gjøres i Norge i dag. Den vanligste måten å skille det å drepe fra å la dø er å skille mellom *handlinger* og *unnlatelser* som fører til død<sup>103</sup>. Enkelt forklart tenker en i dag på drap som en aktiv handling som kausalt resulterer i noens død. Innunder dette regnes også eutanasi, siden legen aktivt setter en sprøyte i pasienten og assistert selvmord, siden legen gir medikamentet til pasienten. Det som ikke regnes som drap, men som likevel innebærer at pasienten dør, er alle varianter av passiv dødshjelp (for eksempel å ta ut ledningen til respirator, å avslutte antibiotikabehandling av dødelig lungebetennelse osv.) og sederende medisiner som kan ha som en bieffekt at pasienten dør. Fra innledningskapittelet husker vi at *passiv eutanasi* defineres som å tillate at døden skjer ved å holde tilbake behandling mens *aktiv eutanasi* er å fremskynde døden gjennom handlinger som er ment å føre til død. I Norge er det første lovlig, det andre straffbart. Dette skillet begrunnes ofte med henvisning til at det er tillatelig å la en person dø, men ikke tillatelig å ta livet av den samme personen. I det første tilfellet er det sykdommen (naturen) som tar liv, mens det i det andre tilfellet er en person som tar livet, hvilket anføres som begrunnelse for at det første er tillatelig og det siste ikke.

Ifølge *doktrinen om dobbelt virkning* kan en handling med en negativ effekt (pasientens død) rettferdiggjøres hvis effekten ikke er tilsiktet og er nødvendig for å oppnå en proporsjonalt positiv effekt (lindring av pasientens lidelse)<sup>104</sup>. Det er alltid galt å med hensikt gjøre en dårlig handling ved å vise til de gode konsekvensene den medfører, mens det kan være tillatelig å gjøre en god handling vel vitende at den vil medføre dårlige konsekvenser. Denne vurderingen er nok noe mange vil være enige i, fordi det passer med våre kulturelle normer.

En parallell som ofte blir brukt er tillatelsen til å drepe i selvforsvar. Hvis du angriper meg, kan jeg om nødvendig slå deg så hardt at du dør. Men hvis jeg vet at du leter etter meg for å drepe meg, er det ikke moralsk tillatt for meg å forgifte deg før du finner meg. Men et slikt

---

<sup>103</sup> Brock, "Medical Decisions at the End of Life", s. 268

<sup>104</sup> Ibid., s. 271

eksempel er ikke åpenbart en parallell til spørsmålet om passiv og aktiv dødshjelp. Der snakker en jo om en handling legen har fått tillatelse til – og til og med fått en innstendig forespørsel om.

Noen mener at den moralske forskjellen mellom å drepe og å la dø ligger i at pasientens død er et sikkert utfall når det gjelder eutanasi, mens når en regulerer smerte og symptomer med sterke medikamenter blir det bare mer og mer sannsynlig. Det som gjør at vi i Norge aksepterer praksisen med terminal sedering – til tross for at det er fare for at livet kan forkortes, er at *hensikten* ikke er å forkorte livet, men å lindre smerte og lidelse. Ved lindrende, indirekte dødshjelp er en akseptert eventuell ”bivirkning” av behandlingen at pasienten dør noe tidligere enn uten slik behandling – såfremt hensikten er å lindre smerte og lidelse<sup>105</sup>.

Det påstått tydelige skillet mellom aktiv og passiv eutanasi kan utfordres på flere måter. Såkalt passiv dødshjelp innebærer også handlinger og valg – som betyr at det på ingen måte er ”passivt”. Det er ikke passivt å slå av respiratoren, avslutte en penicillin-behandling eller slutte å gi pasienten mat og vann. Også da holder legen den andres livsprosess i sin hånd, og kan velge mellom å sende den i sin visse død, eller å fortsette å holde livet i gang. Ifølge norsk straffelov er det straffbart å være passiv og la noen dø hvis du rimelig lett kunne hindre at dette skjer. Dette illustrerer at ”passiv dødshjelp” om ikke annet er et misvisende begrep.

I James Rachels artikkel ”Active and Passive Euthanasia<sup>106</sup>” illustreres det godt gjennom en rekke eksempler at det ikke nødvendigvis er et tydelig skille mellom passiv og aktiv dødshjelp og at aktiv dødshjelp kan være å foretrekke. Vi kan se for oss at en pasient er døende og lider av uheldelig strupekreft. Han har sterke smerter som ikke lenger kan lindres ordentlig. Han kommer helt sikkert til å dø innen noen få dager, uansett om hans nåværende behandling fortsettes. Han ønsker ikke å fortsette å leve disse siste dagene, fordi han opplever smerten som uutholdelig. Han spør legen om behandlingen kan avsluttes, og familien stiller seg bak forespørselen. Vi kan tenke oss at legen går med på å avslutte behandlingen, slik doktrinen om dobbel virkning tillater. Rettferdiggjørelsen av dette er at pasienten lider fælt og siden han skal dø uansett vil det være galt å forlenge lidelsen unødig lenge. Men hvis legen simpelthen holder tilbake behandling vil det kunne ta lenger for pasienten å dø, og han kan ende opp med å lide mer, enn om en mer direkte handling ble tatt og en dødelig dose ble gitt pasienten. Da

---

<sup>105</sup> Husebø, “Kan alle forvente ‘en god død’?”, s. 160

<sup>106</sup> Rachels, “Active and Passive Euthanasia”

ville han dødd tidligere enn dersom en valgte å avslutte behandlingen, men en tidligere død ville samtidig være å foretrekke. Dette faktumet gir gode grunner for å tenke at når den første avgjørelsen om å ikke forlenge lidelsen hans har blitt tatt, er faktisk aktiv eutanasi å foretrekke fremfor passiv eutanasi. Å hevde det motsatte er å godkjenne alternativet som fører til mer lidelse heller enn mindre, og står i motsetning til den humanitære impulsen om å ikke forlenge livet hans i utgangspunktet, mener Rachels. Prosessen med å ”tillate noen å dø” kan være sakte og smertefull, mens det å få en dødelig injeksjon kan være relativt kjapt og smerteløst<sup>107</sup>.

Det påståtte, og konvensjonelt aksepterte, skillet mellom å drepe og å la dø kan også utfordres videre. Er det egentlig en relevant moralsk forskjell mellom de to i første omgang? Videre følger to eksempler som virker helt like bortsett fra at i det ene tilfellet er det snakk om å drepe og i det andre om å la dø: I det første eksemplet ligger Smith an til å arve en stor formue om det skulle skje noe med hans seks år gamle fetter. En kveld mens gutten tar et bad, sniker Smith seg inn på badet og drukner gutten, for så å ordne det til slik at det ser ut som om det har skjedd et uhell. I det andre eksempelet ligger også Jones an til å arve en stor formue om det skulle skje noe med hans seks år gamle fetter. Som Smith, sniker Jones seg inn på badet og har planlagt å drukne gutten i badevannet. Men, da han kommer inn på badet ser Jones at gutten glir, slår hodet sitt og detter under vann. Jones blir glad, og står og ser på, klar til å dytte guttens hode under vann igjen om nødvendig. Gutten dør helt av seg selv, ”ved et uhell”, mens Jones står og ser på og lar være å gjøre noe<sup>108</sup>.

Den eneste forskjellen mellom disse to eksemplene er at Smith drepte barnet mens Jones ”kun” lot ham dø. Hvis forskjellen mellom å drepe og å la dø i seg selv var moralsk viktig ville det vært klart at Jones’ oppførsel var mindre ille enn Smiths’. Men det virker feil å konkludere slik, for begge mennene handlet jo ut ifra samme motiv – personlig vinning, og begge mennene ønsket det samme resultatet da de handlet<sup>109</sup>. Det er ikke klart at den ene oppførte seg bedre enn den andre. Mot disse tankeeksperimentene kan det innvendes at de ikke ligner på sykehussituasjoner der noen ber om eutanasi. De involverer ikke personlig vinning eller ødeleggelsen av normalt friske barn. Leger er kun interesserte i saker hvor pasientens liv ikke lenger er interessant for pasienten selv. Men poenget er likevel det samme i disse tilfellene, nemlig at forskjellen mellom å drepe og la dø ikke i seg selv er moralsk

---

<sup>107</sup> Ibid., s. 1-2

<sup>108</sup> Ibid., s. 3-4

<sup>109</sup> Ibid., s. 3-4

relevant. Det avgjørende moralsk sett er om en i utgangspunktet tar den riktige avgjørelsen med tanke på en avslutning av livet, ikke hvilken metode som blir brukt. Hvis en lege lar en pasient dø, av humane grunner, ved å slå av en maskin eller unnlate å behandle en letal infeksjon, er han i den samme moralske posisjonen som om han av de samme humane grunner hadde gitt pasienten en dødelig injeksjon. I lys av dette er det min vurdering at det ikke er noen moralsk relevant forskjell mellom å drepe og å la dø, og heller ikke mellom aktiv og passiv eutanasi.

Stort sett kan ideen om at det er bedre å la noen dø enn å drepe være en god leveregel, men eksempelet som følger viser at å følge den slavisk ikke gir mening: en mann er fanget inne i en brennende lastebil, uten noe håp om å bli reddet. Han spør en tilskuer om å skyte ham så han kan slippe større lidelse. Tilskueren gjør det mannen ber ham om. Hvis en følger doktrinen om dobbelt virkning, vil tilskuerens handling være gal – for ifølge doktrinen er det alltid galt å ta livet av en uskyldig person med vilje, selv når det er for å hindre smerte hos den andre. Doktrinen er en absolutt leveregel og ifølge den er det bedre å ikke skyte ham, selv når man vet at han vil brenne til døde. Her vil nok de fleste mene at regelen går for langt, at absolutte leveregler som denne ikke alltid bør følges – fordi en ikke på forhånd kan klassifisere liknende hendelser i samme kategori. I eksempelet ville mannen dødd uansett. Tilskueren hjalp han bare til å dø noen sekunder før – uten den forferdelige pinen av å brenne ihjel. Eksemplet ligner bemerkelsesverdig på eksempelet med en døende pasient på sykesengen. Der er det kanskje ikke like akutt – men vi har også eksempler på mennesker som ber om å få dø slik at de kan slippe mer smerte. Motstanderne av eutanasi vil formodentlig si at det er galt å drepe denne personen i den brennende bilen selv om han uansett ville dødd noen sekunder senere. Men dette virker veldig merkelig. Isteden virker det mer intuitivt rimelig å si at det er både tillatelig og kanskje også påbudt å drepe ham fordi det lindrer smertene hans og fører til en tidligere død – som i dette tilfellet er et gode. Det å aktivt ta livet av et menneske som lider og som uansett snart skal dø, er ikke å påføre dette mennesket et onde, men et gode. For dem som ønske eutanasi er en tidligere død et gode sammenlignet med alternativet, som ville være et fortsatt liv med smerte og lidelsen.

De fleste av oss ”tillater” at folk dør av sult i India og Afrika, ved å ikke gi dem penger. Skal vi se på dette som like ille som om vi myrdet noen rett foran oss? Tilhengerne av en rigid distinksjon mellom handlinger og utelatelser mener at uten distinksjonen kan vi ende opp med å plassere en for stor byrde på folk. Uten den, er vi nødt til å moralsk bære hele verden på våre skuldre. Jeg tenker at det er ikke alle utelatelser som er like relevante. Det er alltid flere



ting en kunne gjort for å få bukt med urettferdighet i verden. Hvis vi skal tenke på den måten er det veldig få av oss som ikke lever i "synd" så og si. Denne typen utelatelser vurderer jeg som annerledes fra det å for eksempel ikke hjelpe en venn, som ikke kan svømme, opp igjen i båten om han detter ut, slik at han dør. Dette fordi den siste typen hendelse er noe som skjer foran deg, en situasjon du må ta stilling til. At mennesker på andre siden av verden lever i nød gjør ikke at vi skal være blind for deres lidelse, men når noe skjer rett foran øynene på oss må vi ta stilling til hvordan vi skal handle. De andre situasjonene involverer oss ikke direkte, om vi ikke selv velger å involvere oss.

Oppsummert hevder doktrinen om dobbel virkning at en handling med en negativ effekt (pasientens død) rettferdiggjøres hvis effekten ikke er tilsiktet og er nødvendig for å oppnå en proporsjonalt positiv effekt (lindring av pasientens lidelse). De foregående innvendingene mot doktrinen har overbevist meg om at vi bør avvise denne doktrinen (i hvert fall i denne diskusjonen), fordi legen som intenderer pasientens død har pasientens beste som sitt mål, handler i samråd med pasienten, og derfor ikke gjør noe galt. Det poenget klarer ikke prinsippet om dobbel effekt å fange opp. Doktrinen virker dessuten mindre plausibel når unnlatsen er tilsiktet, og med gale motiver. Noen tilfeller av drap (et kaldblodig mord) kan være verre enn noen tilfeller av å la dø (la være å gi behandling til en døende pasient eller en pasient i koma). Men noen tilfeller av å la dø (å ikke gjenopplive en pasient som lett kan redde, men som har sagt nei til behandling på grunn av gale antakelser) kan være verre enn visse former for drap (barmhjertighetsdrap på forespørsel fra en alvorlig syk og lidende pasient). Begge deler handler om intensjoner. Intensjonen er viktig – men dette gjelder med tanke på begge former for avslutning av liv.

#### 4.3 Eutanasi strider mot legens etiske mandat

Et annet sentralt diskusjonsområde rundt eutanasi er hvem som, dersom det legaliseres, bør gjennomføre eutanasi, altså ta pasientens liv. I Nederland og Belgia er det legen som gjør dette. I en diskusjon av hvorvidt eutanasi bør legaliseres i Norge, er det uunngåelig å kommentere noen aspekter ved lege-profesjonen, norsk helsevesen og debatten om hvorvidt det er i strid med legers etiske mandat å utføre eutanasi. Norge er en av de mest velfungerende velferdsstatene i verden og vi har et svært godt universelt helsevesen. Nordmenn har stor tillit til helseprofesjonene, som staten i praksis har delegert noe av sin myndighet til. Profesjonene

tar på sin side på seg å utføre visse tjenester for allmennheten samt å garantere tjenestenes kvalitet og kontrollere egne medlemmers yrkesutøvelse<sup>110</sup>. Det vil komme frem av diskusjonen at det ofte er stor uenighet om hva som er medisinenes overordnede ”mål”. I retningslinjer for leger er det gjerne satt opp flere – som Legeforeningens ”legen skal helbrede, lindre og trøste<sup>111</sup>”, en legeetik med rot i Hippokrates’ skrifter. I dag mener mange at det viktigste overordnede mål i medisinen er å opprettholde liv.

### Medisinenes mål

Det blir ofte hevdet at eutanasi står i motstrid til legens mål om å helbrede. Den kanadiske legen Donald Boudreau er en av dem som er bekymret for hvilke konsekvenser en legalisering av eutanasi eller legeassistert selvmord vil få både for legeutdannelsen, profesjonen som sådan og tilliten til helsevesenet. Ønsker vi å omfavne en disiplin som har fremskyndelse av død som en av sine definerende kliniske handlinger? spør han<sup>112</sup>. Han underviser selv medisinstudenter og ser for seg hvor vanskelig det kan være å inkorporere dette nye målet i utdanningen uten å samtidig skade den. Hva vil legalisering av legeassistert selvmord (og eutanasi) gjøre med de medisinske og juridiske institusjonene, med den medisinske profesjonen, og med grunnleggende samfunnsverdier – spesielt respekt for hvert enkelt menneskeliv<sup>113</sup>? Boudreau tror det vil skade profesjonen og måten samfunnet ser på leger. Han mener at legekunsten å helbrede alltid burde stå i sentrum av medisinsk praksis, og at helbrederens rolle involverer å gi pasienter håp og fornyede aspirasjoner, selv når det er liten tid igjen<sup>114</sup>. Hans posisjon er at eutanasi, dersom det blir legalisert, ikke bør være en del av legerket, men utføres av en egen profesjon.

Nikola Biller-Andorno, en annen lege, har det motsatte synet. Hun skriver at for de fleste leger er døden åpenbart noe en prøver å unngå i all normal klinisk praksis. Samtidig er døden en uunngåelig del av ethvert liv, og leger kommer i kontakt med mennesker som har gode grunner til å se på døden som en lettelse. For disse personene er det en klar forbedring når det finnes en mulighet til å spørre en kompetent profesjonell om hjelp til å avslutte livet – på en juridisk og sosialt akseptabel måte. Det gjør det også mye lettere å diskutere situasjonen åpent

---

<sup>110</sup> Molander, A. og L. I. Terum. *Profesjonsstudier*, s. 162

<sup>111</sup> Legeforeningen. ”Ethiske regler for leger”

<sup>112</sup> Boudreau, ”Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Can You Even Imagine Teaching Medical Students How to End Their Patient’s Lives?”, s. 82

<sup>113</sup> *Ibid.*, s. 82

<sup>114</sup> Boudreau og Somerville, ”Physician-assisted Suicide Should Not Be Permitted”, s. 1450

med familie og venner. Legens rolle er ikke kun å opprettholde liv, skriver hun, men også å tilby sin ekspertise, og å hjelpe med å forbedre pasientenes helse og lindre lidelse. Det siste inkluderer også å gi støtte til døende pasienter<sup>115</sup>, og i noen tilfeller kan ikke symptomer bli kontrollert godt nok. I andre tilfeller står tap av oppfattet autonomi og verdighet på spill. Noen pasienter ønsker å aktivt forme slutten av livet sitt; for disse pasientene er det bedre å handle ved slutten av livet enn å passivt vente på at døden skal inntreffe<sup>116</sup>. Å svare ja på en forespørsel om aktiv dødshjelp, mener Biller-Andorno, kan være kompatibelt med medisinsens mål og etos.

”Fordi målet for medisinen er å fremme det gode for medmennesker, er medisinen prinsipielt en moralsk virksomhet. Fordi hjelperen har makt til å gripe inn i pasientens liv og fremtid, kreves evne til å se hva som vil være god og dårlig maktbruk fra den sykes perspektiv, og til å handle deretter<sup>117</sup>”, skriver legen Edvin Schei. De siste tiårene har det skjedd en forandring i hvilke verdier legeyrket er basert på, med en avvisning av lege-paternalisme til fordel for pasientsentrert medisin og ”samvalg”, som er at avgjørelser tas i fellesskap mellom lege og pasient. Pasienten har altså fått en større og viktigere rolle i avgjørelser om egen behandling<sup>118</sup>. Dette innebærer endringer i synet på hva som er medisinsens formål.

Tradisjonelt har målet vært bevaringen og fremming av pasientens liv og helse målt med objektive mål, hvor det var rimelig å tro at legen, ikke pasienten, hadde den relevante ekspertisen. I en pasientsentrert modell med delt beslutningstaking tenker en vanligvis at to grunnleggende verdier skal veilede medisinsk praksis: å fremme pasientens trivsel og å respektere hans eller hennes selvbestemmelse. Hvordan er et mål om trivsel annerledes enn de gamle målene om liv og helse? Helse er et objektive mål, mens et mål om trivsel innebærer at medisinen må respektere den enkelte pasients mål og verdier. Det som gir pasienten best trivsel avhenger av hvilket behandlingsalternativ, eller ingen behandling i det hele tatt, som best fremmer pasientens verdier og overordnede livsplan. Det som på best mulig måte tjener helse er ikke alltid det som på best mulig måte tjener trivsel<sup>119</sup>.

Respekt for individers selvbestemmelsesrett er en grunnleggende etisk verdi innenfor helsevesenet. Pasienters selvbestemmelsesrett er fundamental for avgjørelser tatt i

---

<sup>115</sup> Biller-Andorno, ”Physician Assisted Suicide Should Be Permitted”, s. 1451

<sup>116</sup> Ibid., s. 1451

<sup>117</sup> Schei, *Hva er medisin*, s. 11

<sup>118</sup> Brock, ”Medical Decisions at the End of Life”, s. 263-264

<sup>119</sup> Ibid., s. 264

helsevesenet fordi det er pasienten, og pasientens kropp, som vil gjennomgå og bære med seg effektene av enhver behandling. Dette er det prinsipielle juridiske og moralske grunnlaget for kravet om informert samtykke i helsevesenet<sup>120</sup>. Viktigheten av selvbestemmelse impliserer at selv de fleste dårlige valg, som å leve åpenbart usunt eller nekte å ta viktige medikamenter, må respekteres når de kommer fra kompetente pasienter. Pasienter som er ved slutten av livet er ofte mer opptatt av å opprettholde sin komfort, livskvalitet og verdighet enn å forlenge livet hvis omkostningene er store. Noen ganger kan pasienter komme frem til at det beste livet for dem med livsforlengende behandling blir så dårlig at det er dårligere enn å ikke leve i det hele tatt, så da velger de å takke nei til slik behandling.

### Å gjøre det medisinsk rette er uforenlig med eutanasi

I den innflytelsesrike artikkelen ”Neither for Love nor Money: Why Doctors Must Not Kill” argumenterer Leon Kass for at leger aldri må drepe gjennom sin profesjon. Pasientens tillit til legens helhjertede hengivenhet for pasientens beste interesser vil være vanskelig å opprettholde når leger har lisens til å drepe. Kass mener at det å være en profesjonell er mer enn å være en tekniker<sup>121</sup> og hevder at medisin er en profesjon som er en iboende etisk aktivitet, hvor både teknikk og oppførsel er underordnet et overordnet gode ”the naturally given end of health”. Hver eneste profesjon har et mål, og av medisins mål, som er helse, følger visse negative plikter som er absolutte og uten unntak, ifølge Kass. Blant disse er ”leger må ikke drepe”. Å legalisere barmhjertighetsdrap vil svekke tilliten til lege-pasientforholdet i kulturen, mener han. Dette er en empirisk påstand. Det faktum at tilliten til helsevesen og leger ikke har blitt svekket etter legaliseringen av eutanasi taler mot at dette stemmer. Kass argumenterer for at i hvert fall tre begrensinger påføres leger av den Hippokratiske ed: ingen brudd på konfidensialitet, ingen seksuelle relasjoner med pasienter, ingen utskrivning av dødelige medisiner. Legen velger frivillig å begrense sin egen makt, og dette er et gode.

Når Kass og andre viser til den hippokratiske legeetikken, utviklet for mer enn to tusen år siden og høyt respektert som grunnlag for moderne medisinsk praksis, må vi vurdere om det har skjedd endringer i legers og pasienters situasjon som påvirker denne etikkens gyldighet. En åpenbar endring er den naturvitenskapelige revolusjonen som siden tidlig 1800-tall har gitt leger reelle behandlingsmuligheter ved livstruende sykdom, og i nyere tid høyteknologiske

---

<sup>120</sup> Ibid., s. 264

<sup>121</sup> Kass, “Neither for Love nor Money: Why Doctors must not Kill”, s. 29

muligheter for å opprettholde vitale funksjoner hos svært syke mennesker med ekstreme funksjonstap og dårlig livsprognose. Leger i dag møter derfor pasienter i scenarier som Hippokrates aldri erfarte, og hvor lidelsesmulighetene og de eksistensielle implikasjonene er av en prinsipielt ny og annerledes type, hvor ”naturlig død” helt har mistet sin opprinnelige betydning. Vi kan derfor trygt hevde at slavisk etterlevelse av hippokratiske retningslinjer kan føre til konsekvenser som antikkens tenkere ikke kunne forutse. Vi må selv komme frem til hva som i vår virkelighet er gode måter å ivareta det som var Hippokrates’ ledesnor; *eudaimonia*, det gode liv.

Et argument for at leger skal kunne hjelpe noen å dø, på tross av medisinens natur fremføres av Gerald Dworkin. Han mener det er å foretrekke at den samme personen som har vært pasientens allierte i kampen mot sykdom forblir en alliert hele veien. Han synes også at det er viktig at legen opplever de fulle konsekvensene av overbevisningene sine. Det er emosjonelt krevende å hjelpe en pasient til å dø – legen burde ikke ha muligheten til å unnslippe dette<sup>122</sup>.

Premisset om at hver eneste profesjon har ett overordnet, eksklusivt mål som styrer den, slik Kass hevder, er diskutabelt. Kanskje ”god helse” kan sies å være et slikt mål, men det er til gjengjeld så abstrakt at det ikke er mulig å enes om en konkret definisjon og avgrensning, fordi ”helse” peker mot to komplekse og uavgrensbare fenomener, nemlig ”person” og ”god”<sup>123</sup>. I dette ligger at profesjoner har flere og kanskje av og til motsetningsfylte mål. Advokater skal ikke bare prøve å skape rettferdighet for klientene sine, men også rådgi dem om hvordan de skal følge loven, forhandle for dem osv. Leger skal ikke kun prøve å forbedre helsen til pasientene sine ved å bekjempe sykdom og lindre smerte, de skal også støtte dem når sykdom er kronisk og uhelbredelig, og hjelpe dem til å være seg selv slik de ønsker, bevare sine funksjoner og utøve sin autonomi som person. I prinsippet kan det derfor ligge innenfor legens rolle å bidra til avslutning av liv, dersom det oppleves overveldende byrdefullt eller uverdigg<sup>124</sup>.

Et av argumentene som forkjemperne for eutanasi reiser er at det er merkelig at vi lar syke dyr slippe lidelse ved å ta livet av dem, men ikke mennesker. Er ikke dette inhumant? Kanskje det er ”inhumane, but not thereby inhuman<sup>125</sup>” svarer Kass. Han mener det er nettopp fordi dyr ikke er mennesker at vi simpelthen behandler dem humant. Vi får dumme dyr til å sovne inn

---

<sup>122</sup> Dworkin, Frey og Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, s. 16

<sup>123</sup> Schei, *Hva er medisin*, s. 110

<sup>124</sup> Dworkin, Frey og Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, s. 13

<sup>125</sup> Kass, “Neither for Love nor Money: Why Doctors must not Kill”, s. 44

fordi de ikke vet at de dør, fordi de ikke kan leve bevisst, eller ”menneskelig” i møte med egen lidelse og død. Medfølelse med deres svakhet og dumhet er den eneste følelsen som gir mening, skriver han. Videre skriver han at når et bevisst menneske ber oss om død, viser denne handlingen i seg selv at vi ikke kan se på vedkommende som et dumt dyr. ”Humanity is owed humanity, not humanness”. Mennesket fortjener styrking av menneskelighet, særlig, eller kanskje spesielt når det er døende. Det er vanskelig å følge logikken i disse resonnementene. Det er uvisst hva som egentlig skal være forskjellen mellom ”humanity” og ”humanness”. Å behandle noen humant betyr vanligvis å vise medfølelse, hensyn eller sympati overfor dem. Kass mener altså vi skal behandle dyr slik, som han ser på som dumme og uviktige, men ikke mennesker, fordi vi formodentlig ikke selv forstår verdien av vårt eget liv. Kass’ karakterisering av dyr er heller ikke spesielt nyansert. Litteraturen er full av eksempler og empiriske fakta som viser at mange dyr ligner betraktelig på mennesker. Det er et faktum at mange dyr med stor sannsynlighet kjenner smerte, lager seg kortsiktige mål, har preferanser og tanker, gjør det irrasjonelt og moralsk uforvarselig å se på dem kun som ting. Det er gode grunner til å mene at dyr også har moralsk status. Det klare skillet Kass setter opp mellom mennesker og dyr er derfor ikke nødvendigvis holdbart. Det synes klart at Kass’ oppvurdering av menneskelivet viser at han deler posisjon med dem som ser på livet som ”hellig”, som noe som har upersonlig verdi og bør bevares for å bevares. Det forklarer hvorfor han mener at dyrs liv kan ”kastes vekk”, mens det vil være ”inhuman” å gjøre det samme med mennesker. Som jeg viste i kapittel 3 mener jeg ikke at denne grunnposisjonen er godt nok begrunnet. Når vi avslutter dyrets liv på denne måten gjør vi det for deres egen skyld, og i så måte ligner det på eutanasi slik vi kjenner det. Den eneste forskjellen er at dyret ikke kan samtykke til sin egen død. Det kan ikke gi uttrykk for et ønske om å dø, slik et menneske kan. Her må vi mennesker foreta en vurdering på deres vegne om hva som er best for dem.

Et argument som anføres mot eutanasi er at det er uttrykk for feighet, for manglende evne til å møte livets realiteter. Kass hevder for eksempel at i møte med ondskap trenger mennesket mot, evnen til å stå i mot frykt, smerte og tanken på intet. De vi beundrer mest er personene som, vel vitende om at de skal dø, møter dette faktumet med åpenhet, ordner opp i sine affærer, planlegger sine siste møter med sine nærmeste, og samtidig med styrke fortsetter å leve og jobbe og elske så mye de kan så lenge de kan, skriver Kass. ”Because such conclusions of life require courage, they call for our encouragement- and for the many small speeches and deeds that shore up the human spirits against despair and defeat.” Dette er en moraliserende posisjon, hvor personer som ønsker eutanasi tillegges dårligere moralske

egenskaper enn andre. En må klare ”å ta seg sammen”. Jeg mener det er et svakt argument. Å velge døden kan kreve mot, like mye som klamring til livet kan være tegn på svakhet og engstelse. I bunn og grunn er denne type kategorisering av andres valg nedlatende og viser manglende forståelse for hva individuell autonomi handler om, nemlig at ingen med rette kan gjøre seg til dommer over andres livsvalg, fordi de er forankret i personlige forutsetninger vi ikke har tilgang til.

I argumentasjonen mot eutanasi males det iblant med bred pensel, slik at viktige nyanser forsvinner og det blir enkelt å angripe eutanasi som prinsipp. Her er et eksempel på slik stråmannsargumentasjon, igjen fra Leon Kass:

”Death is to be directly and swiftly given because the patient’s life is deemed no longer worth living, according to some substantive or ”objective” measure. Unusually great pain or a terminal condition or an irreversible coma or advanced senility or extreme degradation is the disqualifying quality of life that pleads – choice or no choice – for merciful termination (...). It is not his autonomy but rather the miserable and pitiable condition of his body or mind that justifies doing the patient in. Absent such substantial degradations, requests for assisted death would not be honored (...) Not the autonomous will of the patient, but the doctor’s benevolent and compassionate love for suffering humanity justifies the humane act of killing<sup>126</sup>”

I denne fremstillingen presenteres en situasjon hvor vi tilsynelatende kun kan vektlegge enten ”valg” eller ”et liv som ikke er verdt å leve”. Hvis en ser dem hver for seg, uten sammenheng, er det riktig at dette kan få negative implikasjoner. For at eutanasi-forkjempernes syn skal gi mening *må* livskvalitet og autonomi sees i sammenheng. Det er derfor det heter frivillig eutanasi. *Frivillig* for å indikere pasientens valg og *eutanasi* for å indikere at døden er ”god”. Når Kass skriver ”Unusually great pain or a terminal condition or (...) is the disqualifying quality of life that pleads – choice or no choice – for merciful termination”, undersøker han en posisjon som få, om noen, innehar. Og når han skriver at posisjonen han tenker på fastslår at ”it is not his autonomy but rather the miserable and pitiable condition of his body or mind that justifies doing the patient in. Absent such substantial degradations, requests for assisted death would not be honored,” –indikerer han bare med den andre setningen at tilstanden til pasienten er en nødvendig tilstand – ikke at dette er nok.

---

<sup>126</sup> Ibid., s. 27

## Argumentet om at leger ikke er spesielt kvalifiserte for eutanasi

I Norge er Legeforeningen mot eutanasi og de fleste leger som uttaler seg er også mot. En norsk undersøkelse konkluderer med at 5 % av norske anestesileger – det vil si ca. 20 av dem – en eller flere ganger mener å ha gitt aktiv dødshjelp<sup>127</sup>. Noen få leger fra andre spesialiteter vedkjenner seg det samme. Det praktiseres altså aktiv dødshjelp i Norge, men uten noen form for styring eller kontroll, og overlatt til enkeltlegers skjønn, personlige moraloppfatning og praktiske muligheter for å unndra seg avsløring og straff. Hvis vi legger til grunn at disse hendelsene skjer i beste mening og etter nøye overveielse, i en sammenheng hvor legen risikerer straff for sin handling, tilsier det at mange klinikere med nærhet til pasienter ser på dødshjelp som svært viktig, og i pakt med profesjonens grunnleggende impuls om å være til hjelp. Men en slik skjult praksis er ingen god løsning. Den innebærer urettferdighet og store lokale forskjeller. Den skyver også eutanasi ut av fellesskapets lys og gjør det til privatpraksis, prisgitt individuelle vurderinger, uten den kontrollen og refleksjonen som skapes ved offentlig regulering basert på prinsipper og avveininger i debatt og dialog.

Det er ikke nødvendigvis åpenbart hva som er den store forskjellen mellom det leger i Norge gjør i dag (passiv dødshjelp og lindrende behandling) og aktiv eutanasi. Ifølge dem som mener at leger absolutt ikke bør drepe, er det derimot en vesensforskjell mellom disse handlingstypene. En uttalt eutanasi-motstander i Norge er Jan Grue. I en dialog i *Morgenbladet* med eutanasi-forkjemper Ole Martin Moen, skrev han blant annet: ”Kan en medisinsk vurdering alene avgjøre at livet er uutholdelig? Jeg tror ikke det. Jeg tror at legestanden verken vil eller bør ha lovfestet plikt til å avslutte et annet menneskes liv<sup>128</sup>”.

Grues argumentet går som følger: vi kan ikke forvente at legene intuitivt eller på grunn av faglig bakgrunn har spesielle forutsetninger for å kunne bedømme forskjellen på hva som er moralsk og etisk forsvarlig, og hva som ikke er moralsk og etisk forsvarlig. Deres holdninger gjenspeiler et gjennomsnitt av befolkningen. Dersom leger får signaler om at samfunnet ønsker selvbestemt abort, viser erfaringene at legene etter noen år med moderate protester gjennomfører dette. Dersom legene får signaler om at samfunnet ønsker at de som ikke orker å leve lenger, skal få et tilbud om avslutning av livet, vil legene, slik praksisen i Nederland og

---

<sup>127</sup> Husebø, ”Kan alle forvente ‘en god død’?”, s. 163

<sup>128</sup> Morgenbladet, ”En brevveksling på død og liv”



Belgia viser, gjennomføre dette tilbudet.<sup>129</sup> Dette argumentet henger sammen med ”skråplanargumentet”, som jeg kommer til i det følgende.

Det er selvsagt ingen grunn til å tro at leger er moralske supermennesker, og derfor bør ikke eutanasi være overlatt til individuelle legers skjønn. Leger gis imidlertid en spesiell autoritet i kraft av deres profesjon. Og kanskje viktigere, leger opparbeider seg gjennom klinisk erfaring en fortrolighet med menneskelig mangfold og sårbarhet, kunnskap om hvordan sykdom og helsetap kan gripe inn i menneskers liv, som gir dem bedre forutsetninger for å være samtalepartnere og medtenkere med alvorlig syke mennesker, enn de fleste andre yrkesgrupper kan få. Medisinens kjerne er en spesiell relasjon mellom mennesker, hvor den ene føler seg syk eller avmektig og ber om hjelp og den andre tilbyr seg å hjelpe, ut fra en sosialt godkjentposisjon som ”den som kan”, skriver Edvin Schei. Det er et asymmetrisk samspill hvor hjelperen får makt, en makt som er nødvendig for å kunne gjøre godt, men som også kan skade selv når hensikten er god<sup>130</sup>. Leger har, gjennom sin utdanning og praksis, forutsetninger for å bli forståelsesfulle og trygge hjelpere, og dermed som gruppe være de mest kompetente til å bidra i en avgjørelse om eutanasi. Men til syvende og sist er det pasientens ord som må veie tyngst i avgjørelsen om livet skal avsluttes eller ikke. Grue må da ta stilling til om pasientens eget ønske skal tilsidesettes av hensyn til en frykt for at samfunnet endrer sitt syn på verdien av et liv dersom eutanasi legaliseres.

Et argument for at leger skal utføre eutanasi (om det blir innført) er at selve handlingen – å sette en sprøyte – er en medisinsk handling som krever medisinsk ekspertise. Men alt som skjer rundt og før krever også ekspertise i kommunikasjon og vurdering, og en tillitsfull relasjon til den døende. Hvis dette blir innført, er det rimelig at leger (og evt. annet helsepersonell) tar på seg å utføre handlingen – da dette vil være en del av et helsetilbud. Argumentene mot at leger skal utføre eutanasi går i hovedsak på at en slik ny og uortodoks oppgave vil medføre strukturelle og kulturelle endringer i medisinstudiet og profesjonen. Det hevdes også at eutanasi står i en motsetning til visse idealer som legeprofesjonen er fundert på. Det finnes gode argumenter for at det ikke nødvendigvis er tilfelle at eutanasi strider med legeprofesjonens idealer. At det er en usikkerhet om hvem som eventuelt skulle administrert eutanasi om det ble legalisert, er ikke i seg selv en sterk nok innvending mot legalisering. Om en skulle ende opp med å støtte dem som mener at leger ikke kan være innblandet i eutanasi

---

<sup>129</sup> Husebø, “Kan alle forvente ‘en god død’?”, s. 164

<sup>130</sup> Schei, *Hva er medisin*, s. 11

kan det være mulig å utforske andre muligheter – som å lage en egen tverrfaglig spesialisering, en egen utdanning eller at andre profesjoner kan ta dette på seg. Hvem som skal administrere eutanasi vil være noe som en kommisjon eller lignende bør ta stilling til dersom spørsmålet om legalisering av eutanasi for alvor kommer opp i norsk politikk, men det er ikke hovedtema for denne oppgaven. Inntil videre mener jeg likevel at leger som yrkesgruppe er de beste egnede til å delta i eutanasi-forberedende og evalueringssamtaler og også sette selve sprøyten. Det virker fornuftig å lære av eksemplene fra Nederland og Belgia og la leger ha muligheten til å hjelpe på denne måten. For noen leger vil det stride mot deres personlige moralske overbevisninger, og de bør fritas fra å delta i eutanasi, mens det for andre leger vil være i tråd med deres moralske intuisjon.

#### 4.4 Skråplanseffekten

Skråplanseffektargumentet brukes mye i debatter om bioetikk og er kanskje et av de mest kjente argumentene mot eutanasi. I bioetiske sammenhenger blir det som oftest brukt for å argumentere mot en foreslått endring i moralsk tekning eller lovgivning – slik som eutanasi. De brukes ofte som et retorisk grep – som en måte å flytte bevisbyrden over på den andre. Her er et eksempel på et skråplanargument:

Dersom en åpner for å bryte et «hellig prinsipp» av en hvilken som helst grunn, som i utgangspunktet kan være god og forståelig, vil det over tid ødelegge respekten for det som er «hellig». Fosterdiagnostikk og tidlig ultralyd er eksempler på dette. En ser for seg at tilgang til abort i visse avgrensede tilfeller vil føre til en utglidning. Det er galt prinsipielt hvis abort er det eneste vi kan gjøre om en genetisk feil blir funnet. Først vil en mistanke om Huntington eller cystisk fibrose bli en godkjent grunn til å ta abort. Så vil diabetes, seglcelleanemi, Down syndrom, så klubbfoot, hareskår, nærsynthet, fargeblindhet, et ekstra y-kromosom, venstrehendte, og til sist hudfarge synes som rimelig grunn til abort. Argumentet vil være at det er i det fremtidige barnets interesse å ikke bli født. Men hvordan kan vi bestemme at noens liv ikke er verdt å leve? Folk har ingen rett til å bestemme at noens liv ikke har verdi. Å gjøre det er å bryte prinsippet om at alle har lik verdi. Hvis vi tillater oss unntak fra det prinsippet, vil handicappede barn etterhvert bli sett på som produkter av foreldres uaktsomhet. Folk vil si til dem: ”Hvorfor er du her? Du burde blitt abortert.” Og hvis disse folkene er

konsistente, vil de til slutt tenke at livene til disse menneskene burde avsluttes, til deres eget beste.

Skråplanargumentet om eutanasi går som følger:

Hvis vi begynner å tillate at leger hjelper visse pasienter (med reelle behov) å dø, vil vi begynne på en erosjonsprosess av deres og vår dypt forankrede følelser for livets ukrenkelighet<sup>131</sup>. Det neste vi vil gjøre er å tillate lidende pasienter som ikke kan be om det å bli drept, og så pasienter som kun forventes å lide i fremtiden, og til slutt, folk som er en byrde for samfunnet. Den eneste måten å unngå dette på er å forby alt. Da stadfester en livets ukrenkelighet.

Skråplanargumenter har en enkel grunnstruktur:

1. Hvis vi tillater praksis A, vil nødvendigvis eller sannsynligvis praksis B følge.
2. Praksis B er moralsk forkastelig, derfor kan vi ikke tillate praksis A heller<sup>132</sup>.

For eksempel:

1. Hvis vi tillater eutanasi, vil sannsynligvis drap av brysomme pasienter følge.
2. Drap av pasienter fordi de er brysomme er moralsk forkastelig, derfor kan vi ikke tillate eutanasi.

Skråplanargumenter går ut på at når en åpner for praksis A, åpner en samtidig for en utvikling som ikke lar seg stoppe, men uavvendelig leder til praksis B. Planet kan være kort eller langt, slakt eller bratt. Det avgjørende for argumentets styrke er grunnene vi kan anføre for at aksept for praksis A nødvendigvis eller sannsynligvis leder til praksis B. Her er det vanlig å skille mellom logiske og empiriske skråplanargumenter.

*Logiske skråplanargumenter:* A impliserer tilsynelatende logisk B. Hvis lovgiver ikke angir klare og håndterbare kriterier, men bruker vage begreper som det er opp til domstolens skjønn å fastlegge innholdet av, styrkes slike argumenter. For eksempel har en foreslått som kriterier for å tillate eutanasi at den som ber om hjelp til å dø, må ha full autonomi og at vedkommende må lide av uutholdelige smerter. Det kan innvendes at det er svært vanskelig å avgjøre om en person har full autonomi, eller om personen er mentalt redusert eller under

---

<sup>131</sup> Hartogh, "The Slippery Slope Argument", s. 329

<sup>132</sup> Herrestad, "Bruken av skråplanargumenter mot legalisering av aktiv dødshjelp", s. 134

utilbørlig påvirkning av andre. Det er også svært vanskelig å avgjøre hva som er uutholdelige smerter. En kan se for seg at dommerne må vurdere på nytt hver gang og at grensen kan bli trukket i litt mer liberal retning hver gang.

*Empiriske skråplanargumenter:* disse argumentene går ut på at aksept for praksis A nødvendigvis eller sannsynligvis kausalt forårsaker praksis B. Argumentets styrke avhenger av hvor godt en kan underbygge at det er en årsakskjede mellom praksis A og praksis B.

Det at leger får tillatelse til å ta liv, vil kunne endre våre holdninger til det å dø, og legens holdninger til døende. Det vil bli vanlig å forvente en rask og smertefri død fra leger. Om det blir en utbredt oppfatning at dette er vanlig, og ikke bare noe som skjer i unntakssituasjoner, vil vi kanskje komme til å svekke vilkårene for når det er akseptabelt å be om eller å gi eutanasi, og tilliten til trygg legehjelp kan svekkes.

Når det blir lagt frem som et empirisk skråplanargument må vi spørre hvor sannsynlig det er at en slik legalisering kausalt vil forårsake den praksisen tankeeksperimentet advarer mot. Det kan innvendes at tankeeksperimentet kun angir løse spekulasjoner om mulig framtidige holdningsendringer. Det må bevises at det er sannsynlig. En innvending mot skråplanargumenter er at bildet av et skråplan også gir et bilde av en uavvendelig bevegelse utenfor menneskelig kontroll. Når det gjelder menneskelige praksiser, kan vi alltid stoppe opp og revurdere om praksisen er etisk forsvarlig. En mot-innvending er at selv om dette er tilfellet for den enkelte persons private praksis, er det langt vanskeligere å endre noe som er blitt en utbredt sosial praksis.

Europeisk komparativ forskning viser at personlig livssyn har noe å si i denne saken, men at nasjonal kultur og juridisk kontekst er viktigere. I land hvor eutanasi er lovlig, er religiøse leger i mye større grad tilhengere av eutanasi enn i land hvor det er forbudt, og ikke-troende i land hvor det er forbudt melder om større motstand. Det kan derfor virke som om kultur sterkt influerer personlige synspunkter, og jusen rundt eutanasi påvirker muligens kulturen<sup>133</sup>.

Forutsigelser om skråplaneffekter er vanligvis ikke støttet av empiriske bevis. Likevel blir de presentert som fakta<sup>134</sup>. Det har ikke kommet tall som viser praktisk skråplanseffekt i Belgia,

---

<sup>133</sup> Bernheim, Distelmans, Mullie et al., "Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype?", s. 509

<sup>134</sup> Stoffell, "Voluntary Euthanasia, Suicide, and Physician-assisted Suicide", s.331

og belgiernes tillit til helsesystemet, som allerede var høyt før legaliseringen av eutanasi, har vokst til det nest høyeste i Europa<sup>135</sup>.

Parallellen til abort blir ofte anført som et argument for at en skråplaneffekt vil skje i tilfellet eutanasi også. Hvis vi tar Norge som eksempel, er det klart at abort gikk fra å være et tilbud som ble innvilget få kvinner, til å bli et tilbud for alle kvinner som ønsket det. Vi har altså hatt en endring i praksis og en holdningsendring til abort, men det har likevel ikke vært en omfattende utglidning i Norge med tanke på loven. Vi holder fast på at grensen går ved uke 12, selv om det kan finnes gode argumenter for å flytte denne grensen. Hvor overbevisende skråplanargumenter er avhenger hvilket syn en har på samfunnet – om en tror det kan være i konstant endring, eller om en tror at én endring nærmest deterministisk følger et spesielt mønster.

Når dette er sagt, innebærer det ikke at vi ikke skal se bort fra at skråplaneffekter kan skje. Hendin skriver at Nederland har beveget seg fra å tillate assistert selvmord, til å tillate eutanasi. Fra eutanasi for dem som er terminalt syke til eutanasi for de som er kronisk syke. Fra eutanasi for fysisk lidelse til eutanasi for psykologisk nød, og fra frivillig eutanasi til ufrivillig eutanasi (såkalt ”avslutning av pasient uten eksplisitt forespørsel”<sup>136</sup>). Det er tydelig at det Hendin kan belegge, er en risiko for misbruk av legenes makt og myndighet som den nederlandske praksisen åpner for. Det er imidlertid ikke belegg for at det skjer en skråplanutvikling i retning av at avlivning etter påtrykk fra familie eller leger anses som legitimt. Nederland har i 2002 innskjerpet reglene for å forsøke å motvirke denne typen utilbørlig innflytelse ved å kreve at pasienten fremstilles for en uavhengig lege med kompetanse i ”eutanasiveiledning”<sup>137</sup>.

Motstanderne av eutanasi mener at den kausale mekanismen kan fungere som en kjedereaksjon: når vi har akseptert A, vil vi akseptere B også. Dette vil gjøre at vi må akseptere C, og så videre, helt til vi til slutt aksepterer N. Men i samfunnet finnes det få, om noen, kjedereaksjoner som kan predikeres på denne måten. N er ofte noe helt annet enn A. Når en lager lover må en trekke opp en linje et sted. De som kommer med skråplanargumentet antar at vi vil bli ført ned skråplanet med å ta liv selv om vi holder på de kriteriene vi har satt opp for å bestemme om noen er kompetente osv. Det antas derfor at det ikke kan settes opp

---

<sup>135</sup> Bernheim, Distelmans, Mullie et al., “Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype?”, s. 508

<sup>136</sup> Herrestad, “Bruken av skråplanargumenter mot legalisering av aktiv dødshjelp”, s. 142-143

<sup>137</sup> Ibid., s. 143

noen sikringstiltak som kan motstå presset som fører oss ned skråplanet. Dette virker som en tvilsom antakelse, gitt det som foreligger av erfaring fra andre land.

Både å legalisere og et totalforbud mot eutanasi kan ende opp med å påføre noen skade. Ofte har det blitt advart mot at himmelen vil falle, at vi kommer til å falle ned skråplanet av å ta liv til vi ender opp med nazileire – men det er et faktum at himmelen ikke har falt og at disse leirene ikke har oppstått kan sees å svekke skråplaneeffekt-argumentene. Tilhengerne av eutanasi ønsker gjerne skråplaneeffekten velkommen, i den forstand at de ønsker at vi skal si ja til tilfeller av eutanasi som vi i dag sier nei til. De som er skeptiske til skråplaneeffekten, frykter at vi skal gå fra A til N. De som positive til den, tror det er svært usannsynlig at vi kommer til N, men ser det som positivt om vi går i en slik retning av at vi sier ja til flere tilfeller av eutanasi enn det vi gjør i dag. De vil for eksempel se på det som et fremskritt om Oregon myker opp kriteriene sine for hvem som kan få legeassistert selvmord og etterhvert også åpner opp for eutanasi.

#### 4.5 Legalisering av eutanasi kan gjøre at noen føler seg som en byrde

Mange frykter at muligheten for eutanasi vil gjøre at eldre folk som ”tapper samfunnets ressurser” og bare venter på å dø, kommer til at det er best å dø før heller enn senere, fordi de er en byrde for samfunnet. Dette er ikke en god grunn til å ønske eutanasi. Kanskje vil noen pasienter føle på et press fra leger og familie, som bruker tid og ressurser på dem. Det er lite fra empirien som tyder på at dette er en reell fare. Alle mennesker er forskjellige, så det er vanskelig å utelukke at noen vil føle på et slikt press, gitt muligheten. Med våre tradisjoner og normer i Norge tror jeg derimot ikke dette er en stor fare. Vi er så vant til at velferdsstaten er der for oss, med sine tilbud, når vi trenger det. Et slikt press burde kunne motvirkes med klare premisser og etablerte kontrollrutiner som kan skape trygge forhold for pasienten. Om noen likevel skulle føle det på denne måten, er det viktig at samfunnet har sikkerhetsprosedyrer som kan fange opp slik tenkning.

#### 4.6 Eutanasi bør ikke innføres fordi det uansett vil innebære diskriminering

Et siste argument mot eutanasi er at det er vanskelig å trekke en naturlig grense for hvem som skal få tilbudet. Det argumenteres for at i land hvor dette har blitt legalisert, har flere og flere fått tilbudet. Forkjemperne for eutanasi bruker ofte autonomi som hovedargument – hvorfor skal da staten sette grenser for hvem som skal få tilbudet? Blir ikke dette dobbeltmoralisk? Noen motstandere av eutanasi mener at det må totalforbys fordi det er urettferdig at enkelte

ikke kvalifiserer til å få denne typen hjelp, og dermed vil få avslag. Det sentrale svaret på dette er at eutanasi aldri har vært ment som et universelt helsetilbud, men et tilbud for de få som *trenger det*. Dette skal det være klare retningslinjer og regler for. Det er nødvendig og rimelig at det stilles kriterier for å motta denne typen hjelp. Slik det er utenkelig at deprimerte pasienter skulle fått cellegift, skal de heller ikke få tilbud om eutanasi. Mennesker skal kun få den behandlingen som passer med deres lidelse. Det kan ikke være slik at fordi ikke alle kan få tilbud om eutanasi, skal ikke noen få tilbudet.

#### 4.7 Avslutning

Som en hovedregel er det galt å drepe andre mennesker, men det er ikke *alltid* galt. Eutanasi er et slikt unntak. I dette kapitlet har jeg prøvd å vise at mange av argumentene mot eutanasi peker på viktige innvendinger og farer vi må være på vakt mot, men at de ikke er gode nok grunner til å avvise eutanasi som etisk spørsmål og praksis.

## Kapittel 5: Legalisering av eutanasi i Norge?

Denne oppgaven har så langt i hovedsak handlet om eutanasi som et filosofisk og etisk spørsmål. I de forrige kapitlene har jeg sett på og diskutert de etiske argumentene for og i mot eutanasi – uten å gå mye inn på de konkrete omstendighetene i de landene som har legalisert ulike former for dødshjelp. Den overordnede problemstillingen min er likevel om eutanasi bør legaliseres i Norge. Det er derfor nødvendig å si litt om hva som er situasjonen i land som har åpnet for dødshjelp og se på hvordan dette har fungert, og samtidig vurdere relevante likheter mellom Norge og de landene som har legalisert eutanasi. Er det naturlig og ønskelig at Norge følger etter?

Det kommer ingen nye filosofiske momenter i dette kapittelet, men jeg vurderer det likevel som viktig å ha med et slikt faktabasert kapittel i behandlingen av et anvendt etikk-tema. La meg skyte inn en viktig merknad allerede nå. Det er mulig å konkludere med at eutanasi er moralsk akseptabelt – at det er legitimt å hjelpe mennesker som ønsker å dø med å avslutte livet sitt, men samtidig være skeptisk til å legalisere eutanasi. Dette er en ganske utbredt holdning. Advarslene om skråplaneffekter og irreversible endringer i folks holdninger til verdien av liv har ofte sterk overbevisningskraft. Selv har jeg konkludert med at jeg mener eutanasi er moralsk akseptabelt, og jeg mener også at det bør legaliseres i Norge. Dette er ikke kun et teoretisk spørsmål. Det er noe som påvirker ekte mennesker. Mange nordmenn dør i dag i store smerter – av ”naturlige” symptomer, heller enn å få muligheten til å dø før det blir riktig ille, slik nederlenderne, belgiere, sveitsere, noen amerikanere og canadiere kan. De fleste i disse landene dør ikke på denne måten, men alle vet at de har muligheten, om livskvaliteten skulle falle under det som er tålelig. For mange er dette en trygghet.

Det sprenger rammen for denne masteroppgaven å skulle gi en detaljert fremstilling av forholdene i alle de landene som har legalisert ulike former for dødshjelp. Jeg vil derfor konsentrere meg om Nederland og Belgia. Disse to landene har lengst erfaring med å legalisere og institusjonalisere både eutanasi og legeassistert selvmord. Jeg vil i mindre grad fokusere på regler i de landene som har legalisert legeassistert selvmord. Mot slutten av kapittelet diskuterer jeg Norge som case og legger frem noen forslag til lovendringer i Norge som vil åpne opp for legalisering av eutanasi.



## 5.1 Nederland

Eutanasiatematikken ble introdusert på ordentlig i Nederland rundt 1970, da temaet ble gjenstand for mye offentlig debatt. Legen Van den Berg ga i 1969 ut en bok der han argumenterte for at den nye teknologiske utviklingen uunngåelig har laget nye etiske problemstillinger, og at det derfor burde åpnes opp for eutanasi. Den ble en bestselger. I tillegg var det flere TV- og radioprogrammer om temaet på denne tiden. Etterhvert ble temaet dødshjelp noe de fleste hadde et forhold til. Fra 1972 av begynte flere organisasjoner å jobbe for saken. Meningsmålinger viste at flere og flere mente at livet noen ganger aktivt kunne bli avsluttet og at eutanasi burde bli lovlig<sup>138</sup>.

Mellom 1978 og 1982 skjedde det en prosess hvor nederlenderne klargjorde og definerte de ulike begrepene rundt dødshjelp. De konstruerte skiller mellom oppførsel som kunne bli betraktet som ”vanlig medisinsk praksis” og oppførsel som ble definert som eutanasi. Det ble nådd en konsensus om at indirekte og passiv eutanasi (smertelindring og utelatelse av behandling) kunne regnes som normal medisinsk behandling. En definerte også i denne perioden hvilke krav som skulle innfris for at eutanasi var akseptabel<sup>139</sup>. Kravene som måtte bli møtt for å ikke gjøre seg skyldig i et lovbrudd ble diskutert heftig. Det var en generell oppfatning av at lidelsen til den som ber om assistanse må være permanent og irreversibel og at forespørselen om eutanasi må være vedvarende, frivillig og gjennomtenkt. Mange ønsket et tilleggskriterium om at pasienten burde være terminalt syk, men dette synet ble ikke delt av domstolene. Det utviklet seg en konsensus om at kun leger kunne utføre eutanasi eller assistere ved selvmord, og at i prinsippet burde en slik lege konferere med andre leger.

Det er flere faktorer som bidro til legalisering i Nederland: legene og legeforeninger var positive, en rekke pro-eutanasi-grupper var aktive, og de nederlandske domstolene fremsto som den viktigste aktøren i prosessen med å gjennomføre en formell juridisk endring i Nederland<sup>140</sup>. De nederlandske domstolene valgte å behandle saker som hadde med enkeltleger å gjøre. Det ble et spørsmål om pliktene til nederlandske leger overfor pasienter. Pasientrettigheter var derfor viktige i den nederlandske utviklingen<sup>141</sup>. Det var domstolenes praksis som ledet an i den juridiske endringen. Den nederlandske loven utviklet seg gjennom

---

<sup>138</sup> John Griffiths, Alex Bood og Helen Weyers, *Euthanasia and the Law in the Netherlands*, s. 50

<sup>139</sup> *Ibid.*, s. 50

<sup>140</sup> Lewis, *Assisted Dying and Legal Change*, s. 76

<sup>141</sup> *Ibid.*, s. 94

en rekke rettssaker. I rettspraksis var eutanasi lovlig lenge før det ble formalisert gjennom loven. To lovparagrafer forbød både eutanasi og assistert selvmord eksplisitt frem til 2002. Artikkel 293 forbød noen å drepe en person på forespørsel. Artikkel 294 forbød å assistere noen i å ta selvmord. På tross av disse tydelige forbudene, dømte Høyesterett i 1984 på følgende måte i Schoonheim-saken: Retten avviste alle andre forsvar for legen som hadde hjulpet sin pasient å dø, men aksepterte forsvaret om ”nødrett,” basert på motstridende plikter: ”en lege kan forsvare seg ved å begrunne det med nødrett hvis han utfører eutanasi til en pasient som spør ham om å gjøre det, og hvis lidelse er ’uutholdelig og håpløs’” konkluderte domstolen.<sup>142</sup>

Nødrettsforsvaret er tilgjengelig når den anklagede blir stilt overfor en konflikt mellom to plikter. I dette tilfellet plikten til å bevare liv og plikten til å lindre lidelse. Hvis en person i en slik situasjon velger å gjøre det ene, selv om dette betyr å gjøre noe som i seg selv er forbudt, er oppførselen til vedkommende rettferdiggjort ifølge nederlandsk lov<sup>143</sup>. Legens plikt til å lindre uutholdelig og håpløs lidelse har, via begrunnelsen ”nødrett” – anerkjent av Høyesterett – blitt den prinsipielle juridiske begrunnelsen for legalisering av eutanasi og legeassistert selvmord<sup>144</sup>. Selv om de nederlandske domstolene aksepterte et slikt forsvar, er det ikke gitt at domstoler i andre land hadde godtatt det.

I land som USA, Canada og Storbritannia har det vært vanligst å argumentere for legalisering ved å referere til rettigheter, særlig retten til autonomi. Andre rettigheter som blir nevnt er retten til privatliv, verdighet og likestilling. En har argumentert for at et forbud mot assistert selvmord bryter med grunnloven og menneskerettigheter. Slike forsøk har ikke vunnet frem. Høyesterett i Michigan slo for eksempel fast at den amerikanske grunnloven ikke forbyr en stat fra å pålegge straffer for assistert selvmord<sup>145</sup>. I Nederland og Belgia var det argumentet om ”nødrett” som tilslutt ble akseptert av domstolene. Griffiths, Bood og Weyers har observert at en viktig karakteristikk ved det nederlandske samfunnet er graden av tillit til offentlige institusjoner og til profesjonene. I USA argumenterer en for legalisering av eutanasi ved å appellere til *pasientenes* rettigheter, mens i Nederland handler den offentlige diskusjonen om omfanget av faglig skjønn for *leger*. Dette er ikke tilfeldig, mener de. Nederlenderne virker mer komfortable med ideen om at en kan stole på leger til å utøve godt

---

<sup>142</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 3

<sup>143</sup> Lewis, *Assisted Dying and Legal Change*, s. 78

<sup>144</sup> *Ibid.*, s. 78

<sup>145</sup> *Ibid.*, s. 13

nok skjønn til å utøve eutanasi. Den offentlige debatten handler om grensene til denne profesjonen og kontrollmekanismene overfor den<sup>146</sup>.

Den nederlandske loven anerkjenner kun at *leger* kan havne i en slik konfliktsituasjon. Verken lekfolk eller sykepleiere blir vurdert på samme måten. I perioden etter rettssaken i 1984 valgte domstolene å følge den nederlandske legeföreningen, the Royal Dutch Medical Association, som hadde arbeidet frem ”krav til aktsomhet” som må følges i slike tilfeller. Siden midten av 70-tallet har et flertall av den nederlandske befolkningen vært for eutanasi<sup>147</sup>. Fra 1991 har katolikker hatt samme oppfatningsfordeling som resten av befolkningen i disse meningsmålingene. Legeföreningen i Nederland har siden 90-tallet støttet legaliseringen av eutanasi. Andelen leger som i prinsippet er villige til å utføre eutanasi har holdt seg ganske stabil siden 1990 – på mellom 84 % og 89 %.

### Om loven

I praksis var altså eutanasi legalisert før det ble offisielt vedtatt i 2002. Frem til Chabot-saken fra 1994 i Høyesterett ble det ofte antatt at pasienten måtte være i en terminal fase av sin sykdom. Høyesterett gjorde det også klart at somatisk sykdom ikke var et krav – at en psykiatrisk pasient som var kompetent og kunne komme med en frivillig forespørsel kunne få assistanse til å ta selvmord<sup>148</sup>. Slik fungerte lovene om dødshjelp i Nederland før 2002:

- Pasientens forespørsel måtte være ettertrykkelig og seriøs. Forespørselen måtte eksplisitt bli gitt av personen selv og måtte være frivillig, kompetent og ikke resultatet av utilbørlig ekstern påvirkning. Helst burde den være skriftlig eller i form av lydopptak. Den måtte være gjennomtenkt og informert; gjort etter ordentlig diskusjon og basert på et varig ønske om å dø (bevist på dette er gjerne at man har bedt om dette flere ganger over lang tid).
- Pasientens lidelse måtte være uutholdelig og håpløs, uten mulighet for forbedring. Lidelsen trengte ikke å være fysisk. Hvis pasientens lidelse var basert på en somatisk tilstand, måtte andre muligheter for behandling eller smertelindring ha blitt prøvd ut eller ha blitt avslått av pasienten. Hvis pasientens lidelse var basert på en ikke-somatisk tilstand, skulle det ikke være noen realistisk mulighet for behandling.

---

<sup>146</sup> Ibid., s. 105

<sup>147</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 24

<sup>148</sup> Ibid., s. 80

- Kun en lege kunne lovlig utføre eutanasi. I prinsippet burde dette også være en lege som hadde et etablert lege-pasient forhold med den det gjaldt. Ingen enkeltlege var under noen forpliktelse til å utføre eutanasi, men en lege som av samvittighetsgrunner var mot måtte samarbeide og hjelpe med henvisning til en annen lege.
- Pasientens lege måtte konsultere med i hvert fall én annen lege om pasientens medisinske situasjon, forventet levetid, mulige alternativer, og validiteten av forespørselen. Den som konsulteres burde være ”uavhengig”. Konsultasjonen burde ikke være for lenge før, eller for nært den faktiske datoen hvor eutanasi fant sted. Hvis pasienten så ut til å lide av en psykisk lidelse burde den som konsulteres være en psykiater. Hvis lidelsen ikke var somatisk, måtte den som ble konsultert selv undersøke pasienten. Den som konsulterte måtte komme med en skriftlig rapport, som ble en del av pasientens journal.
- Avslutningen av liv skulle gjøres på en profesjonell og ansvarlig måte og legen burde bli hos pasienten hele tiden.

Lovreguleringen trådte i kraft i 2002 – da ble løsningene som domstolene hadde kommet frem til ratifisert. I praksis skjedde det kun små detaljendringer i 2002. De viktigste endringene handler om kontrollsystemet. Loven har blitt mye mer omfattende i størrelse, men substansen er ganske uendret. Det er bestemte krav for både hvilke steg som skal tas før eventuell assistanse med selvmord eller eutanasi kan gjennomføres, og til rapportering i etterkant. En lege som utfører eutanasi eller assisterer med selvmord må først ha konsultert med en uavhengig kollega, som kommer med sin profesjonelle og formelle vurdering om hvorvidt de juridiske kravene har blitt oppfylt, og han må rapportere det han har gjort. Kun hvis det blir funnet at han ikke har oppført seg grundig og forsiktig nok blir saken sendt videre til påtalemyndighetene og medisinske disiplinære autoriteter<sup>149</sup>. Eutanasiloven og eutanasi praksis har blitt normalisert – overlatt til rutinepraksis og de som er direkte involverte. Politikere og media ser ikke lenger på temaet som sensasjonelt, og fokuserer på andre temaer. Det er ingen tydelige stemmer som nå kjemper for å fjerne loven<sup>150</sup>.

Loven ga regionale eutanasi vurderende komiteer ansvar for å undersøke tilfeller av eutanasi eller assistert selvmord fra nederlandske leger. Oppgaven deres er å vurdere om kravene om

---

<sup>149</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 3

<sup>150</sup> *Ibid.*, s. 140

aktsomhet har blitt opprettholdt. Det er fem slike regionale komiteer og loven krever at de sammen gir ut årlige rapporter<sup>151</sup>.

Alle forhold og krav rundt eutanasi er nå regulert i the ”Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act”. Loven består av tre deler. Den første systematiserer ”kravene til aktsomhet” og gjør den regionale komiteen prinsipielt ansvarlig for å se over de innrapporterte sakene. Den andre delen endrer paragraf 293 (eutanasi) og 294 (assistert selvmord) i straffekoden til å gjøre dette lovlig hvis det blir utført av en lege som har handlet i tråd med retningslinjene<sup>152</sup>.

## 5.2 Belgia

I Belgia var eutanasi ulovlig frem til 2002. Da ble det legalisert, på lignende vis som i Nederland. Før den tid er det ingen tvil om at eutanasi også her fant sted innenfor medisinsk praksis, men det hadde aldri vært noen rettsforfølgelse eller domstolsavgjørelse hvor det var mulig å teste dette juridisk<sup>153</sup>. Siden ingen noen gang hadde blitt stilt for retten for å utføre eutanasi, var det mye juridisk usikkerhet knyttet til spørsmålet. Det var uklart for alle om legeassistert selvmord i det hele tatt var ulovlig, siden selvmord i seg selv ikke var det.

Et avgjørende punkt i prosessen som førte til legalisering var da en rådgivende bioetikk-komité kom med sine anbefalinger. Komiteen besto av 35 medlemmer – leger, jurister, etikere, psykologer og sosiologer, og var balansert ideologisk og mellom de språklige gruppene i landet<sup>154</sup>. Komiteen foreslo fire ulike måter å legalisere eutanasi på, som reflekterte fire ulike syn i komiteen. De tre første forslagene var ulike varianter av legalisering. Det tredje forslaget var å beholde loven slik den var. Anbefalingen til denne komiteen la et grunnlag for en debatt i det belgiske senatet i 1997. Ved valget i 1999 ble det for første gang på 40 år mulig å forme en regjering uten Kristendemokratene. Dette førte til en helt ny politisk situasjon. Den nye regjeringen besto av en koalisjon mellom de liberale,

---

<sup>151</sup> Preston, ”Death on demand? An analysis of physician-administered euthanasia in The Netherlands”, s. 146

<sup>152</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 83

<sup>153</sup> Ibid., s. 4

<sup>154</sup> Ibid. s. 279

sosialistene og de grønne. I regjeringserklæringen sin fastslo de at de ville åpne for eutanasi<sup>155</sup>.

Forskjellene mellom Nederlandsk og Belgisk eutanasilovgivning er små. I Nederland fikk legene mer å si i prosessen med å sette legaliseringen ut i praksis. Som nederlendere er belgiere generelt friske og sunne sammenlignet med mange andre land og innbyggerne er stort sett fornøyde med helsesystemet. Da Belgia legaliserte eutanasi i 2002 hadde det vært mye mindre offentlig og faglig diskusjon om dette enn i Nederland<sup>156</sup>. Offentlig støtte for eutanasi vokste likevel sterkt i tiåret som ledet opp til 2002.

### Om loven

Loven er mye mer detaljert i Belgia enn i Nederland, muligens fordi det var lite formell praksis fra før av. I Belgia er eutanasi gjennomregulert, men assistert selvmord er ikke en del av loven. Her er de omfattende kravene i loven om eutanasi fra 2002:

- Pasienten må være i en medisinsk håpløs situasjon med vedvarende og uutholdelig fysisk eller mental lidelse som ikke kan lindres. Denne situasjonen må være resultatet av en alvorlig og uhelbredelig lidelse forårsaket av sykdom eller ulykke.
- Det er ikke noen aldersgrense på hvem som kan motta eutanasi, men foreldrene må samtykke når det gjelder barn. Da loven kom i 2002 måtte pasienten være myndig, og rettslig kompetent og bevisst når forespørselen blir gjort. Dette ble endret i 2014<sup>157</sup>.
- Forespørselen må være frivillig, veloverveid og gjentatt flere ganger over tid. Den må ikke skyldes press fra andre.
- Pasientens lege må informere pasienten om helsesituasjonen og forventet levetid og diskutere forespørselen med pasienten, samt mulighetene for terapeutisk og palliativ behandling. Sammen med pasienten må legen komme til konklusjonen om at det ikke finnes noe godt alternativ i pasientens situasjon. Legen må ha flere samtaler med pasienten over en lang periode, hvor pasientens fremskritt blir tatt i betraktning. Legen må forsikre seg om pasientens vedvarende fysiske eller mentale lidelse og at pasientens ønske er stabilt over tid. Legen må også være sikker på at pasienten har hatt muligheten til å diskutere forespørselen sin med personer han ønsker å møte.

---

<sup>155</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 283

<sup>156</sup> Ibid., s. 275

<sup>157</sup> Patients rights council. "Belgium."

- En ny lege må konsulteres, denne skal se over pasientens journal, undersøke pasienten og være sikker på at pasientens fysiske eller mentale lidelse er vedvarende og uutholdelig og ikke kan lindres. Konsulentlegen må være uavhengig av pasienten og pasientens lege, må være kvalifisert til å gi en mening om lidelsen, og utferdiger en skriftlig rapport til pasientens lege.
- Hvis pasienten ikke forventes å dø i nærmeste fremtid må pasientens lege i tillegg til de andre kravene, konsultere enda en lege, som er en psykiater eller spesialist i den aktuelle lidelsen, og informere ham eller henne om grunnene for konsultasjonen. Den andre konsulterte legen må se over pasientens journal, undersøke pasienten, forsikre seg om at pasientens vedvarende og uutholdelige fysiske eller mentale lidelse ikke kan lindres, forsikre seg om at forespørselen om eutanasi er frivillig, veloverveid og vedvarende, være uavhengig av pasienten og legene som tidligere har blitt konsultert, og gi en skriftlig rapport til pasientens lege.
- Pasienten kan trekke tilbake forespørselen sin til enhver tid. Pasientens journal må inneholde alle forespørslene formulert av pasienten, enhver handling utført av legen og resultatene av dette, samt rapportene fra konsulterte leger<sup>158</sup>.

Som i Nederland er det en komite som vurderer rapportene om eutanasi fra legene. I Belgia heter denne "The Federal Control and Evaluation Commission". Denne kommisjonen lager også årlige rapporter.

### 5.3 Hvordan loven har fungert i Nederland og Belgia

I en spørreundersøkelse blant både nederlandske leger, sykepleiere og lekfolk fra 2012, kommer det frem at det har vært stor støtte til loven. De som ble intervjuet baserte sin støtte på to argumenter: eutanasi kan være moralsk riktig fordi det er en siste utvei for å få slutt på uutholdelig lidelse uten mulighet for forbedring, og autonomi var høyt verdsatt<sup>159</sup>.

Det er mye som ligner i de to landene, men alt i alt ser det ut som om systemet fungerer bedre i Nederland enn i Belgia. Det ser ikke ut til å være noen flere innenfor "svake" samfunnsgrupper som benytter seg av eutanasi eller legeassistert selvmord enn i resten av

<sup>158</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 306-308

<sup>159</sup> Kouwenhoven et al., "Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: a mixed methods approach", s. 275

befolkningen, og palliativ behandling er fortsatt svært utbredt. Når vi skal vurdere hvordan loven har fungert i disse landene er det viktig å huske på at eutanasi var utbredt praksis også før loven. Det var en del av kulturen. Før loven var det ingen straffeforfølgelse eller konsekvenser for leger som drev med eutanasi. Da loven kom var det lite motivasjon blant leger, særlig i Belgia, for å rapportere tilfeller av eutanasi og liten villighet fra myndighetene til rettslig forfølgelse. Muligens har Nederland vært bedre til å tilpasse seg institusjonaliseringen av praksisen enn Belgia. En studie fra 2001 viser at det dette året, altså før loven gikk gjennom, i Belgia var 705 dødsfall forårsaket av eutanasi eller legeassistert selvmord (rundt 1,3 % av alle dødsfall), 1796 dødsfall forårsaket av en dødelig injeksjon uten pasientens samtykke (rundt 3,2 % av alle dødsfall) og 3269 dødsfall forårsaket av passiv dødshjelp – tilbakeholdelse av behandling med en eksplisitt intensjon om å forkorte livet (5,8 % av dødsfall)<sup>160</sup>.

Antallet personer i befolkningen som benytter seg av eutanasi eller legeassistert selvmord har hele tiden vært relativt lav i Nederland, og leger innvilger mindre enn halvparten av eutanasi-forespørsleene fra pasienter<sup>161</sup>. Antallet dødsfall forårsaket av eutanasi eller legeassistert selvmord har økt jevnt siden 2002. Det årlige antallet i Nederland har økt fra 1882 tilfeller i 2002 til 6585 i 2017. Det var mer enn tre ganger så mange dødsfall forårsaket av eutanasi eller legeassistert selvmord i 2016 som i 2006<sup>162</sup>. I Belgia har de innrapporterte tilfellene økt fra 953 tilfeller i 2010 til 2024 tilfeller i 2016<sup>163</sup>. De regionale vurderingskomiteene har konkludert med at av de totalt 49287 menneskene som fikk eutanasi eller legeassistert selvmord i Nederland mellom 2002 og 2016, er det kun 89 tilfeller som ikke møtte kravene om aktsomhet. Det er mindre enn en kvart prosent<sup>164</sup>. Av de 6091 rapporterte tilfellene av assistert selvmord eller eutanasi i 2016 involverte 83 % terminale eller andre alvorlige fysiologiske lidelser som kreft, lidelser i nervesystemet, hjerte- og karsykdommer, og lungesykdommer. 17 % av dødsfallene inkluderte andre lidelser som psykiske lidelser, demens og flere geriatriiske symptomer<sup>165</sup>.

I 2017 ble 99,8 % gjort i henhold til kravene om aktsomhet i Nederland. I nesten 90 % av tilfellene led pasienten av kreft, hjerte- og karsykdom eller nervesykdommer som Parkinson

---

<sup>160</sup> Saad, "Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review", s. 184

<sup>161</sup> Lo, "Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere?", s. 869

<sup>162</sup> Preston, "Death on demand? An analysis of physician-administered euthanasia in The Netherlands", s. 147

<sup>163</sup> Alliance Vita. "Belgium: 15 years After Legalizing Euthanasia."

<sup>164</sup> Preston, "Death on demand? An analysis of physician-administered euthanasia in The Netherlands", s. 147

<sup>165</sup> Ibid., s. 147



eller MS. Tre pasienter var i et avansert stadium av demens og 166 personer var i et tidlig stadium. I 83 tilfeller led pasienten av alvorlige psykiatriske problemer. 12 tilfeller ble markert som ikke i tråd med retningslinjene<sup>166</sup>.

Hovedproblemene i begge land ser ut til å være forvirring rundt forskjellen mellom eutanasi og lindrende sedering, manglende rapportering av eutanasi og tilfeller av ikke-frivillig eutanasi.

### Forvirring rundt forskjellen mellom eutanasi og lindrende sedering

Siden 2001 har terminal sedering – smertelindring med en livsforkortende effekt vært en enda viktigere årsak til død enn eutanasi. En fjerdedel av alle dødsfall i Nederland skyldes dette<sup>167</sup>. Leger intensiverer lindringen av symptomer mye oftere enn de gjennomfører eutanasi eller assistert selvmord og økningen i smertelindrende behandling er også mye større enn økningen i eutanasi og legeassistert selvmord.

Det er imidlertid et problem at grensen mellom hva som er ”normal medisinsk praksis” – altså smertelindring og terminal eller palliativ sedering, og hva som er eutanasi ofte er vanskelig å trekke. I praksis har denne grensen vært uklar klinisk. Selv der eutanasi og legeassistert selvmord er ulovlig ber pasienter om det, og av og til går leger med på det. I rundt 20 % av tilfeller som etterforskere så på som eutanasi eller legeassistert selvmord, så legene på det som lindring av symptomer eller palliativ eller terminal sedering<sup>168</sup>. I Nederland er legens intensjon om å forhaste pasientens død en viktig del av definisjonen av eutanasi og assistert selvmord. I 41, 2 prosent av tilfellene klassifisert som intensivert lindring av symptomer, diskuterte ikke legen dette med verken pasienten, familie eller en annen lege<sup>169</sup>.

Tall fra 2009 viser at to av ti leger som var involvert i omsorg for døende pasienter mislyktes i å gjenkjenne et hypotetisk case hvor en lege avsluttet livet til en pasient på grunn av pasientens eksplisitte forespørsel som ”eutanasi”. Tre av ti leger visste ikke at tilfellet måtte rapporteres. De fleste leger vurderte eksemplet hvor legen avsluttet pasientens liv på pasientens forespørsel som ”intensivering av smerte og symptom-behandling” eller som

---

<sup>166</sup> DutchNews.nl, ”More euthanasia in the Netherlands, nearly all cases in line with the rules.”

<sup>167</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 153

<sup>168</sup> Lo, ”Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere?”, s. 869

<sup>169</sup> Ibid., s. 870

”palliativ/terminal sedering”<sup>170</sup>. Kun 21 % av legene kunne korrekt klassifisere en slik case som ”eutanasi”. 35 % konsulterte heller ikke med en annen lege. Det er også tydelig at mange lar være å rapportere tilfeller av eutanasi<sup>171</sup>.

### Ikke-frivillig eutanasi

Bruken av livsforkortende medisiner uten en eksplisitt forespørsel fra pasienten skjedde ved 1,8 % av dødsfallene i Flandern i en periode. De fleste av disse tilfellene involverte pasienter over 80 år og skjedde på sykehus. I de fleste tilfellene var ikke pasienten involvert i avgjørelsen først og fremst fordi vedkommende lå i koma eller var dement. Slektninger og forsørgere ble ofte konsultert<sup>172</sup>. Dette er klassifisert som ikke-frivillig eutanasi. Ikke-frivillig eutanasi har også forekommet andre steder i Belgia og i Nederland. Dette er definitivt den mest problematiske praksisen som foregår, fordi dette ikke er lov heller i disse landene, og ikke faller inn under det jeg har diskutert tidligere i oppgaven.

### Mangelfull rapportering

Ifølge nederlandsk lov skal leger rapportere inn alle tilfeller av eutanasi eller assistert selvmord. I 20 % av tilfellene skjer ikke dette. Rapporteringsraten har likevel blitt estimert til å være høyere i Nederland enn i Belgia. I Nederland blir flertallet av tilfellene rapportert (rundt 80 %) mens i Belgia blir bare rundt halvparten rapportert inn (rundt 53 %)<sup>173</sup>. Studier har vist at i både Nederland og Belgia er hovedgrunnen til å ikke rapportere eutanasiatilfeller at legene selv ikke er klar over at det de hadde gjort var eutanasi. Studiene har også vist at urapporterte tilfeller av eutanasi skiller seg fra rapporterte tilfeller med tanke på medisinene som ble brukt og overholdelse av aktsomhetskriteriene<sup>174</sup>. I begge landene involverer de fleste tilfellene av rapportert eutanasi pasienter mellom 40 og 79 år. I begge land blir også nesten alle innrapporterte tilfeller vurdert som i samsvar med kravene om aktsomhet<sup>175</sup>.

---

<sup>170</sup> Cohen-Almagor, ”First do no harm: Pressing concerns regarding euthanasia in Belgium”, s. 516 (min oversettelse)

<sup>171</sup> Ibid., s. 517

<sup>172</sup> Chambaere et al., ”Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey”, s. 898

<sup>173</sup> Rurup et al., ”The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases”, s. 47

<sup>174</sup> Ibid., s. 48

<sup>175</sup> Rurup et al, s. 45

En ser også at svært få benytter seg av legeassistert selvmord når eutanasi er tilgjengelig. I 2016 var 96 % av tilfellene av tilfellene der noen ble hjulpet til å dø eutanasi og ikke legeassistert selvmord.

#### 5.4 Land hvor assistert selvmord er legalisert

##### Sveits

I Sveits blir ikke assistert selvmord sett på som noe som hører til innenfor helsevesenet. I praksis er derfor legeassistert selvmord lovlig. Sveits er et av de landene som opplever dødshjelp-turisme. I den norske Brennpunkt-dokumentaren på NRK "Den siste reisen" fra 2015, følger vi Siv Tove Pedersen som drar til Sveits for å få assistanse i å ta sitt liv. Hun er 41 år og har en dødelig lungesykdom. Om hun ikke får hjelp til å dø, vil hun til slutt bli kvalt av sykdommen<sup>176</sup>. I dokumentaren ser vi hvordan Pedersen har hatt kontakt med en sveitsisk lege i et år før hun faktisk kommer ned, at hun også må konsultere en annen lege og at alt blir gjort i ordnede former. Som legen i dokumentaren sier kan i praksis alle be om legeassistert selvmord og det er ingenting i loven som forbyr at en lege hjelper hvem som helst på denne måten, men de etiske reglene til legeforeningen i Sveits er mye strengere, og forbyr leger å assistere dem som ikke er terminalt syke. Det er derfor uhørt for en lege å gjøre det.

Ikke-leger spiller en viktig rolle i den sveitsiske praktiseringen av assistert selvmord<sup>177</sup>. Assistert selvmord er lov hvis den som hjelper ikke har noen egeninteresse i at den andre dør. En slik død blir behandlet som en unaturlig død og må rapporteres til de kriminelle myndighetene. Det eneste som er nødvendig for at assistert selvmord skal være lov, er at den som ber om hjelp til å ta selvmord er mentalt kompetent til å ta en slik avgjørelse. Frivillige i "rett-til-å-dø-foreninger" spiller en viktig rolle i den innledende vurderingen av en kandidat for assistert selvmord. En slik forespørsel kommer ofte først til en frivillig, gjerne via telefon. Exit, en av disse organisasjonene, har retningslinjer som sier at en person som søker slik assistanse må ha en sykdom med "dårlig prognose, uutholdelig lidelse eller urimelig uførhet<sup>178</sup>". Organisasjonene Dignitas og Exit ADMD har lignende krav. I praksis foregår en

---

<sup>176</sup> NRK Brennpunkt, "Den siste reisen"

<sup>177</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, 464

<sup>178</sup> *Ibid.*, s. 474

betydelig seleksjon på dette tidlige stadiet. Etter at de frivillige har forsikret seg om at organisasjonens kriterier er møtt, må personen som ønsker å dø møte en lege (hvis mulig, sin fastlege), og be ham eller henne om å samarbeide ved å skrive ut en resept på en dødelig dose med pentobarbital, et sovemiddel som er dødelig i store doser. I prinsippet kan en lege som gjør dette være til stede i løpet av assistansen eller gi assistanse selv. De fleste leger vil imidlertid ikke dette. De overlater heller denne fasen til retten-til-å-dø-foreningen.

Organisasjonen tar vare på den dødelige pillen. Det kan godt gå litt tid, og det kan være det ikke blir aktuelt å ta pillen likevel. Hvis tiden kommer da det er aktuelt å ta den, er det en frivillig i organisasjonen som gir personlig veiledning. Dette er en viktig del av den sveitsiske modellen.

### USA, Canada og Australia

Oregon var den første staten i USA som legaliserte assistert selvmord gjennom "The Death With Dignity Act," som har vært gyldig siden 1997. Det var tidlig klart at eutanasi ikke kom til å være lovlig, selv om legeassistert selvmord ble det, da denne loven eksplisitt forbyr eutanasi. I Oregon kvalifiserer alle voksne mennesker til legeassistert selvmord hvis pasienten presenterer en skriftlig forespørsel (som må bli sett av to andre personer). Personen må selv være i stand til å administrere en dødelig dose medisiner, og kan trekke tilbake forespørselen til enhver tid. Pasienten må være mentalt kompetent og ha en medisinsk bekreftet terminal sykdom. Pasienten må ta en frivillig og informert beslutning etter å ha konsultert også en annen lege. Når forespørselen først er gjort må pasienten vente 15 dager og så komme med en gjentatt muntlig forespørsel før resepten kan bli skrevet ut<sup>179</sup>.

Andre stater i USA (Washington, Vermont, Colorado, California og Washington D.C.) har siden gjort lignende lovendringer og vedtatt såkalt "aid in dying"-lover. De ligner på den i Oregon og er kun et tilbud for de terminalt syke.

I 2016 legaliserte også Canada det de kaller *medically assisted death* etter at det hadde vært lovlig en periode i Quebec-området. Her kan både leger og sykepleiere nå lovlig assistere. En person kan få medisinsk assistanse til å dø hvis han eller hun møter følgende kriterier: over 18 år, har en alvorlig eller uhelbredelig sykdom og døden er nær, har kommet med en frivillig og informert forespørsel som ikke var påvirket av andre, er klar over alternativene som palliativ

---

<sup>179</sup> Ball, *At Liberty to Die: The Battle for Death with Dignity in America*

behandling<sup>180</sup>.

I 1995 legaliserte det nordlige territoriet i Australia legeassistert selvmord og frivillig, aktiv eutanasi utført av en lege. Loven ble overstyrt av det Australske føderale parlamentet i 1997. Nylig fikk staten Victoria i Australia godkjent en lov som legaliserer aktiv dødshjelp fra juni 2019<sup>181</sup>.

## 5.5 Norge

I Europa kontekst er de skandinaviske landene relativt konservative når det kommer til medisinsk intervensjon som har potensiale til å avslutte en pasients liv. I Norge er eutanasi og assistert selvmord forbudt, både gjennom loven og helsepersonells etiske regler. Den norske straffekoden går tilbake til 1902. Å ta en annens liv er forbudt ved paragraf §233. En spesiell paragraf §235 gjør det mindre straffbart å drepe en person som samtykker – dette ville altså dekket eutanasi<sup>182</sup>. Denne delen i straffeloven spesifiserer også at barmhjertighetsdrap av en håpløst syk person er ulovlig. Det er ulovlig å assistere ved selvmord under §236. Disse forbudene gjelder for alle. Strafferammene er noe ubestemte og har stor rekkevidde, fra flere år i fengsel til milde former for straff.

En straffelovkommisjon oppnevnt av regjeringen anbefalte i 2002 at loven forble uforandret når det gjaldt eutanasi og assistert selvmord. To av de fem medlemmene mente at loven burde endres for å tillate forsvar av nødrett for personer som assisterer noen andre i å dø. I en slik situasjon ville pasienten være nødt til å være terminalt syk. Justiskomiteen diskuterte forslagene i 2005 og ble enige med flertallet i komiteen. Kort tid etter stemte et enstemmig storting for å beholde loven slik den var<sup>183</sup>.

Den norske legeforeningens etiske koder fordømmer eksplisitt eutanasi og legeassistert selvmord<sup>184</sup>. Norge har ikke et nasjonalt etisk råd, så legeforeningens medisinsk etiske råd er foreningens høyeste kompetente organ rundt disse sakene. Reglene som fastsettes av dette rådet må følges av alle medlemmene. Legeforeningen skiller mellom handlinger som har til hensikt å forkorte liv og å tilbakeholde eller tilbakekalle nytteløs medisinsk behandling, som

---

<sup>180</sup> Justice Laws Website. "An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)".

<sup>181</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 56

<sup>182</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 425

<sup>183</sup> Ibid., s. 426

<sup>184</sup> Legeforeningen. "Etiske regler for leger"

ikke regnes som assistanse med å dø. Legeforeningen legger også vekt på at viljen til den døende pasienten må respekteres<sup>185</sup>.

## Om loven

Verken vellykket selvmord eller selvmordsforsøk er straffbart i Norge i dag, men det kan være straffbart å bistå en person i å ta selvmord. I følge straffelovens §277 annet ledd kan den som medvirker til at noen tar sitt eget liv, straffes med fengsel etter samme strafferammer som ved drap<sup>186</sup>. Det er straffbart å ta en annens liv, og det er også straffbart å unnlate å hjelpe noen i nød.

”Den, som medvirker til, at nogen berøver sig selv Livet eller tilføier sig betydelig Skade paa Legeme eller Helbred, straffes som for Medvirkning til Drab eller grov Legemsbeskadigelse, øvet mod en samtykkende. Straf kommer ikke til Anvendelse, naar Døden eller betydelig Skade paa Legeme eller Helbred ikke er Indtraadt<sup>187</sup>.”

Straffeloven har to bestemmelser om straffnedsettelse som kan brukes ved ulike tilfeller av dødshjelp. Dette gjelder straffelovens §276, som gir adgang til å sette ned straffen dersom noen blir drept med eget samtykke. Det samme gjelder etter straffelovens §278 dersom noen ”av medlidenhet dreper en person som er dødssyk, eller som av andre grunner er nær ved å dø”. I disse tilfellene kan ikke handlingen bli straffri, men straffen kan settes under minstestrafen og til en mildere straffart<sup>188</sup>. I 1998 ble en palliativ lege anklaget av en kollega for å misbruke terminal eller palliativ medisin som en skjult form for sakte eutanasi. På denne tiden var slik behandling relativt ukjent i Norge. Saken ble undersøkt av helsemyndighetene som ikke fant noe ulovlig ved behandlingen. Det ble også undersøkt av politimyndighetene som bekreftet helsemyndighetenes konklusjon. Saken fikk likevel masse medieoppmerksomhet og var svært belastende for den aktuelle legen. Etter dette bestemte Legeforeningen seg for å sette sammen en gruppe som skulle lage retningslinjer for reguleringen av denne typen behandling. I 2001 hadde arbeidsgruppen kommet frem til detaljerte retningslinjer for det som ble kalt ”palliativ sedering for den døende”.

Slik ser retningslinjene ut i dag, etter noen runder med revidering:

---

<sup>185</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 430

<sup>186</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 34

<sup>187</sup> Syse, ”Uutholdelig liv – et rettslig perspektiv”, s. 90

<sup>188</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 34

1. Med lindrende sedering menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte.
2. Lindrende sedering gis unntaksvis, ved utålelig lidelse som springer ut av og domineres av fysiske symptomer. Psykiske symptomer alene er bare i sjeldne tilfeller indikasjon for lindrende sedering.
3. Lindrende sedering skal normalt bare gis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve. Dersom forventet levetid er noe lenger, kan lindrende sedering forsøkes i perioder under fortløpende vurdering av situasjonen.
4. Årsakene til pasientens plager må være adekvat diagnostisert. All annen behandling av enkeltsymptomer må være forsøkt, eller i det minste nøye vurdert, og funnet uten tilstrekkelig nytte.

Hvis åpenbar ressursmangel hindrer optimal behandling og pleie uten sedering, må behandlingsansvarlig lege melde fra til sin ledelse eller til tilsynsmyndighetene. Det vises til meldeplikten i helsepersonelloven § 17.

Dersom behandlingstilstanden mangler ressurser og kompetanse innen palliativ medisin, skal den søke faglig bistand fra miljø med slik kompetanse.
5. Beslutningen må bygge på en helhetlig faglig vurdering av pasientens situasjon og treffes etter samråd med pleiepersonell og andre leger som kjenner pasienten eller kan bidra med kompetanse. Den behandlingsansvarlige legen har det formelle ansvaret for beslutningen. Gjennomføringen må bygge på nødvendig medisinskfaglig kompetanse og på etisk refleksjon.
6. Pasienten skal ha individuelt tilpasset informasjon om sin helsetilstand og prognose og om hva lindrende sedering vil innebære (herunder sederingens dybde og varighet), risiko knyttet til sedering og eventuelle alternativer til sedering.

Pasienten må, dersom han/hun er i stand til det, gi samtykke til behandlingen.

Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, for eksempel på grunn av ekstrem lidelse, kan lindrende sedering likevel gis dersom det etter en samlet vurdering antas å være til pasientens beste.
7. Pårørende bør informeres og høres i beslutningsprosessen dersom pasienten ikke motsetter seg dette.

Når pasienten ikke er samtykkekompetent har nærmeste pårørende rett til medvirkning i spørsmålet om lindrende sedering skal iverksettes. Nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og prognose og hva lindrende sedering inne-

bærer. Nærmeste pårørende skal gis anledning til å gi informasjon om hva den eller de mener at pasienten ville ha ønsket. Etter vurdering av innspill fra nærmeste pårørende fattes beslutningen av behandlende lege.

8. Pasienten skal bare sederes tilstrekkelig dypt til at plagene lindres tilfredsstillende.
9. Når det er mest sannsynlig at sederingen vil bli opprettholdt livet ut, må heving av bevissthetsnivået alltid vurderes og som hovedregel forsøkes. Blir det i løpet av oppvåkningen åpenbart at pasientens situasjon fortsatt er uholdbar, er det faglig og etisk forsvarlig å sedere pasienten på nytt uten at bevisstheten gjenvinnes.
10. Pasienten skal overvåkes godt nok for kontroll med bevissthetsnivået, frie luftveier og effekten av behandlingen. Overvåkingen skal omfatte bivirkninger av behandlingen slik at disse kan tas hånd om.
11. Pasienter som har sluttet å drikke, eller drikker lite, trenger normalt ikke væsketilførsel. Hvis pasienten fortsatt tar til seg drikke av betydning, og sederingen gjør pasienten ute av stand til dette, bør det gis væske. Når væsketilførsel er startet før lindrende sedering initieres, bør denne vanligvis fortsette, men må vurderes fortløpende.
12. Behandlingen må dokumenteres i journalen iht gjeldende lovkrav.

En av de viktige meldingene som kommer frem i disse retningslinjene er at palliativ sedering må bli gitt på en slik måte at pasienten mest sannsynlig dør av sykdommen, og ikke sederingen eller komplikasjoner av den. Pasienten må være under nøye oppsyn hele tiden. Legeforeningen anerkjenner likevel at en ikke kan utelukke at palliativ smertelindring kan føre til forkortelse av livet. De skiller mellom det å gi smertestillende medikamenter som, på grunn av uintenderte bieffekter fører til at livet blir forkortet, og det å aktivt hjelpe noen å dø. Legeforeningen stiller seg altså bak doktrinen om dobbel virkning. I Kapittel 4 viste jeg at skillet mellom å drepe og å la dø ikke er så tydelig som mange kanskje har antatt. Såkalt passiv dødshjelp innebærer også handlinger og valg – som betyr at det på ingen måte er ”passivt”. Ofte kan det også innebære mindre lidelse om eutanasi er ”aktiv”. Doktrinen om dobbel virkning klarer ikke å fange opp at legen som intenderer pasientens død har pasientens beste som sitt mål, handler i samråd med pasienten, og derfor ikke gjør noe galt. Legeforeningen burde derfor, etter min mening, ta en ny runde på dette prinsippet.



## Holdninger til eutanasi og legeassistert selvmord i Norge

Ulike studier viser at flertallet av befolkningen i Skandinavia har en liberal holdning til aktiv dødshjelp<sup>189</sup>. En ser en økende oppslutning om både legeassistert selvmord og eutanasi. NOBAS-rapporten fra 2015 viser at et flertall av nordmenn er positive til en moderat versjon av ”aktiv dødshjelp”<sup>190</sup>. I Medieundersøkelsen 2015 ble følgende spørsmål stilt: ”Hva er din holdning til aktiv dødshjelp? Mener du det er riktig å ha mulighet til å kunne gi aktiv dødshjelp, eller mener du aktiv dødshjelp ikke skal være tillatt?”. Her svarte 56 % at de var positive, 31 % svarte at de var negative, og 13 % svarte at de ikke hadde noen oppfatning om temaet. I en meningsmåling TNS Gallup utførte for TV 2 i 2015, svarte 52 % ja, mens 35 % mente aktiv dødshjelp ikke burde være tillatt og 11 % svarte at de ikke ønsket å svare, eller at de var usikre<sup>191</sup>. Det hefter en viss usikkerhet ved disse undersøkelsene, de har fått kritikk for blant annet måten spørsmålene er formulert på.

Det er forskjell på legers holdninger til eutanasi, og holdningene i den øvrige befolkningen når det gjelder dette spørsmålet. Norske leger synes å være mer konservative enn leger i andre land. Tidligere studier gjort blant leger i Norge viser at de er ganske negative til handlinger som kan fremskynde død, og er imot å endre på loven<sup>192</sup>. Enkelte undersøkelser har imidlertid vist at leger ikke er like avvisende til aktiv dødshjelp når de blir spurt anonymt. Hver fjerde lege og hver tredje sykepleier oppgir at de er positive til aktiv dødshjelp i følge Medieundersøkelsen 2015<sup>193</sup>. Det har vært stilt kriminell påtale mot to leger i forbindelse med eutanasi. De kalles Husebø-saken fra 1993 og Sandsdalen-saken fra 1996.

### Husebø-saken

Anestesilege Stein Husebø avslørte i et TV-program i 1992 at han hadde gitt en dødelig medisin til en terminal og lidende kreftpasient. Ikke bare samtykket pasienten til den dødelige injeksjonen, med støtte fra sine nærmeste, han insisterte på å få den. Etter å ha undersøkt

---

<sup>189</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 35

<sup>190</sup> Sambandet.no, ”NOBAS – Norwegian Bioethics Attitude Survey”

<sup>191</sup> TV 2 Gallup 2015

<sup>192</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 436

<sup>193</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 36

saken ga statsadvokaten Husebø en formell reprimande for å ha utført ulovlig eutanasi<sup>194</sup>. Påtaleunntatelse ble besluttet, men Husebø fikk en advarsel fra Helsetilsynet.

### Sandsdalen-saken

Allmennlegen Christian Sandsdalen, tilknyttet en norsk rett-til-å-dø-bevegelse, anga seg selv til politiet etter å ha utført eutanasi på en veldig syk pasient som led av multippel sklerose. Hans handling var ment å være en prøvesak, med mål om å endre loven. Legeforeningen reagerte ved å utvise legen for å ha brutt med dens etiske regler og for å offentlig avstå fra dem. I 2000 ble legen dømt til betinget dom med to års prøvetid av Høyesterett. Helsemyndighetene tok fra ham lisensen til å utøve medisin<sup>195</sup>.

## 5.6 Veien videre for Norge

### Analyse av situasjonen i Nederland og Belgia og retur til skråplanargumentet

Legalisering av eutanasi i Nederland og Belgia har etter mange målestokker fungert godt, men ikke alt har gått like bra. Det mest bekymringsverdige er at det forekommer tilfeller av ikke-frivillig eutanasi, som er ulovlig også i disse landene. At det har vært mangelfull kompetanse blant leger om hva som er forskjellen mellom terminal sedering og eutanasi, og at tilfeller av eutanasi derfor ikke har blitt rapportert er lettere å forstå, men likevel ikke noe som bør applauderes. At disse to landene var de første som legaliserte eutanasi formelt, er på mange måter naturlig, siden det allerede var en del av medisinsk praksis. Den reelle endringen skjedde på 70-tallet da sterke krefter, som den nederlandske legeforeningen, jobbet for en legalisering. Psykiateren Van den Bergs bok ”Medical Power and Medical Ethics” var viktig for å endre folks syn på dødshjelp. Hans tekst bidro til kunnskap, sympati og dialog rundt temaet. Folket ble etterhvert klar for en oppmykning av regelverket, og det ble større aksept både fra påtalemyndighetene og domstolene for å ikke straffe leger for å utøve eutanasi.

Det faktum at praksisen allerede var en del av kulturen da loven ble vedtatt i 2002 kan imidlertid ha bidratt til uregelmessigheter i legers gjennomføring av det nye regelverket. Leger har hatt en forståelse av dødshjelp og eutanasi som ikke har samsvart med de nye

---

<sup>194</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, s. 436

<sup>195</sup> *Ibid.*, 437

lovene, det har ikke vært mulig å videreutdanne alle disse legene, og et nytt system tar tid å implementere. Det ser ut til at flere har benyttet seg av eutanasi for hvert år, men legene har også blitt bedre for hvert år til å overholde kravene om aktsomhet.

Jeg returnerer nå til argumentet om skråplaneffekten, fordi dette gjerne er det folk frykter mest ved å legalisere eutanasi, og mange mener det har vært en slik skråplaneffekt i Nederland og Belgia. Det er en redsel for at legalisering kan åpne en dør vi ikke klarer å lukke etterpå. Det fryktes at vi kan få en situasjon der det å ta liv blir legitimt, institusjonalisert og normalisert. At det å ta liv blir ren rutine for leger og at vi vil slutte å tenke kritisk over denne praksisen. Kanskje får vi en verdiutglidning der menneskelivet ikke lenger blir betraktet som viktig i seg selv. Dette kan føre til at sårbare og svake mennesker vil føle seg lite verdsatt og nærmest føle en plikt til å ta eutanasi, fordi de ikke ønsker å være en byrde for samfunnet. Kanskje vil normaliseringen av å ta liv føre til at leger begynner å vurdere hva de mener er verdige liv, og ta livet av dem de synes er uverdige. I Nazi-Tysklands ”eutanasiprogram” tok de første drapsprogrammene sikte på å utrydde svake elementer i egen rase, for eksempel utviklingshemmede og andre funksjonshemmede<sup>196</sup>. Disse ble ansett som undermennesker og skulle ”få slippe” å leve med sine avvik. I utryddelsen av jøder og andre stilte ikke drapsmennene spørsmål ved ofrenes menneskeverd – de var per definisjon ikke regnet som mennesker.

Holocaust var en ekstrem konsekvens, i et av de høyest siviliserte europeiske landene, av å ikke anse andre mennesker som verdige. Det er bare rundt 70 år siden holocaust fant sted. Frykten for en skråplaneffekt er derfor ikke irrasjonell. Spørsmålet vi må stille oss er om det er i denne retningen Nederland og Belgia beveger seg, og om det er realistisk at vi ville gått i en slik retning om vi legaliserte eutanasi i Norge. Det har skjedd en holdningsendring i Nederland og Belgia, men det er uenighet om det er en utglidning eller ikke. I dag utgjør dødsfall som skyldes eutanasi fire prosent av alle dødsfall i Nederland. Dette innebærer en økning siden 2002. Samtidig har andelen selvmord blant eldre gått kraftig ned<sup>197</sup>. At flere benytter seg av eutanasi i Nederland og Belgia og at flere grupper blir omfattet av ordningen er ikke nødvendigvis negativt. Det kan bety at flere lidende får den hjelpen de ønsker seg, og at flere slipper å frykte en smertefull død.

---

<sup>196</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 146

<sup>197</sup> *Ibid.*, s. 153

Det er flere likheter mellom spørsmålet om abort og spørsmålet om eutanasi. Begge angår avslutning av liv som kan utføres av helsepersonell, begge deler er forbudt i følge den originale Hippokratiske ed, begge er etiske temaer som omhandler liv og død og begge deler vil forekomme uansett om det er legalisert eller ikke, men da i uregulert form. At vi slutter å reflektere over noe så kontroversielt som eutanasi bare fordi det blir lovlig tror jeg er urealistisk. Etter innføringen av selvbestemt abort, noe mange mente, og mener, er uetisk, har vi ikke sluttet å ha en offentlig debatt om abort i Norge, eller sluttet å reflektere over praksisen. Det virker ikke sannsynlig at vi vil slutte å ha en offentlig samtale om eutanasi heller, snarere det motsatte. Hvis vi tillater at leger kan hjelpe noen pasienter å dø, på en godt regulert måte som har oppslutning i befolkningen, er det ikke grunn til å tro at det vil føre til at det plutselig oppfattes som en plikt av pasienter. Loven om selvbestemt abort gjorde det mulig å ta abort. Det betød ikke at abortmotstandere ”burde” ta abort. Det er mulig å åpne for at andre skal ha muligheten til noe en selv synes er galt. Mange har utviklet slike holdninger i abortspørsmålet – de mener abort er moralsk galt, men at en rekke hensyn gjør at praksisen likevel må tillates – det er bedre at de som ønsker det får en trygg og lovlig abort, enn at de setter sitt eget liv i fare. Hvorfor skulle vi ikke kunne tenke på tilsvarende måte om eutanasi? Lovendringen med tanke på abort har uten tvil ført til en aksept og normalisering av abort. Jeg synes ikke dette er et problem, snarere et fremskritt. Holdningene våre endrer seg kontinuerlig, ofte på en positiv måte. Det er for eksempel mye større aksept for å være homofil eller å skille seg i dag enn det var bare for 20-30 år siden. Dersom en lovendring som tillater eutanasi fører med seg holdningsendringer, er det ikke nødvendigvis etisk betenkelig.

Motstandere av eutanasi fremholder iblant at det er umulig å utforme et lovverk som tillater slike handlinger uten at det fører til misbruk og utglidning. Men dette er spekulasjon om hva som kommer til å skje i fremtiden, og savner empirisk støtte i de eksemplene vi har, som Nederland og Belgia. Å totalforby en regelendring som kan være etisk riktig, basert på dårlig funderte antakelser om misbruk og manglende kontroll, er urimelig. Jeg mener det finnes tungtveiende grunner til at Norge bør legalisere eutanasi og legeassistert selvmord, på bestemte premisser, og med et godt utviklet system for vurdering og rapportering. Gode retningslinjer og kontroll er forutsetninger for å sikre at misbruk ikke forekommer, selv om det ikke går an å sikre seg helt mot misbruk. Vi bør lytte til de svært syke pasientene det gjelder og respektere deres autonomi ved å imøtekomme velbegrunnede ønsker om hjelp til å avslutte livet for å unngå varig, håpløs lidelse. Legalisert dødshjelp er nødvendig for å unngå

situasjoner hvor passiv dødshjelp bidrar til en langsam og smertefull dødsprosess, eller hvor palliativ behandling ikke er et godt nok alternativ for dem som lider.

Norge vil med stor sannsynlighet være i stand til å regulere en eutanasi praksis på en slik måte at det ikke fører til en utglidning. Reglene bør kontinuerlig være oppe til vurdering, det er alltid noe som kan forbedres. Kravet om at flere leger må godkjenne en forespørsel handler om å få til en så objektiv vurdering som mulig, og dermed unngå at gale motiver, press, korrupsjon eller ubegrunnet synsing blir avgjørende. Vi trenger helt klart en åpenhet om de potensielle farene om vi skal legalisere eutanasi. Det er et avgjørende premiss. Legalisering i Nederland har bidratt til en større åpenhet for diskusjoner om preferanser ved livet slutt<sup>198</sup>. En felles beredskap mot etisk utglidning, med kontinuerlig overvåkning av praksisen, er nødvendig og mest sannsynlig tilstrekkelig for å bevare en ønskelig praksis.

## Utopien

Min utopi er at samfunnet etter legalisering kommer i en tilstand av idyll, hvor vi gjennom dialog og erfaringsutveksling forstår og respekterer hverandres verdier, og hvor ingen trenger å dø under uverdige forhold, i ensomhet, frykt eller smerter. Dette er også en verden der det ikke er noen tvil om hvem som har et slikt behov og hvem som har krav på eutanasi dersom en lege er villig til å hjelpe. I utopien utøves ikke noe press til å søke eutanasi. I utopien vil alle leger være innforståtte med reglene, følge dem til punkt og prikke og rapportere alle tilfeller av eutanasi til myndighetene.

## Realiteten

Det er noen klare likheter mellom Norge og Belgia og Nederland – alle har en fungerende velferdsstat og høy tillit til leger og andre profesjonsutøvere. Det innebærer at innbyggere i både Norge, Nederland og Belgia har tilgang på helsehjelp av høy kvalitet, og at en stoler på legers kompetanse og vurderingsevne. Samtidig er det også noen klare forskjeller. Mest åpenbart – vi har ikke hatt noen utbredt eutanasi-praksis i Norge, og vi er muligens mer konservative når det kommer til å overholde regler og forskrifter.

---

<sup>198</sup> Ibid., s. 138

I Nederland og Belgia støttet den offentlige opinion forandringen og det var politiske muligheter for at forandringen kunne finne sted. Dette er to faktorer som kan forklare mye. Hvorvidt befolkningen synes at eutanasi bør bli lovlig avhenger av hvilke verdier som er viktige og i hvilken grad en ser for seg at en liberalisering vil kunne føre til farlige skråplaneffekter. I spørsmålet om eutanasi er det særlig to verdier som er sentrale: viktigheten av å behandle menneskeliv med respekt (livets hellighet) og viktigheten av å respektere individuell autonomi med tanke på grunnleggende spørsmål i livet. Om en endring i verdier finner sted og gjør at innbyggerne kommer med nye krav til det politiske systemet, avhenger blant annet av graden av tillit innbyggerne har til sine medborgere og til sine politiske og sosiale institusjoner. For eutanasi er det da særlig snakk om tillit til dem som vil være involverte i å utføre eutanasi og den institusjonelle konteksten det tar sted i<sup>199</sup>. I Norge har også pasientrettigheter blitt satt høyere på dagsorden og selvbestemmelse blir sett på som viktigere enn før.

At folkeopinionen støtter en sak er ikke i seg selv nok til å forklare den juridiske forandringen. Det må også være en politisk aktør som er villig til å sette saken på agendaen til de relevante institusjonene, og en politisk mulighetsstruktur som gjør at et slikt forslag kan lykkes. I både Nederland og Belgia var dette til stede. En slik politisk aktør er ennå ikke på plass i Norge. Fremskrittspartiet (Frp) er det eneste partiet som har vedtatt at de er for ”aktiv dødshjelp”. Siden 2009 har dette stått i deres prinsippprogram. Grønn ungdom har gått inn for å utrede muligheten for eutanasi og legeassistert selvmord og Unge Venstre er for legeassistert selvmord. Et flertall av Venstres programkomité gikk i 2017 inn for eutanasi, men dette ble nedstemt av landsmøtet. En lovendring vil nok ikke inntre før ett av de statsbærende partiene, Høyre eller Arbeiderpartiet går inn for eutanasi. En lovendring krever et stortingsflertall. Det har vært en berøringsangst blant norske politikere, både på høyre- og venstresiden, mot å ta et standpunkt til støtte for eutanasi, eller til å gå inn for å endre lovgivningen. I Norge støtter et flertall av alle partienes velgere aktiv dødshjelp, bortsett fra dem som stemmer KrF<sup>200</sup>. At et flertall av befolkningen ønsker legalisering taler for en lovendring. Det er noe inkonsistent å opprettholde en rettstilstand hvor handlinger de fleste ser på som moralsk tillatelige, likevel medfører straffeansvar.

---

<sup>199</sup> Griffiths, Weyers og Adams, *Euthanasia and Law in Europe*, 6

<sup>200</sup> Kosberg, *Aktiv dødshjelp*, s. 37

Partiene kan bli mer villige til å diskutere eutanasi hvis dette blir et mer uttalt krav fra folket. Hvis en endring skal skje må debatten varmes opp – det må bli et enda større engasjement, slik som var tilfelle med abort. Vi trenger en historisk, kulturell prosess i Norge, slik de hadde i Nederland. En vedvarende debatt som gjør at alle i Norge presenteres for argumentene og eksemplene, slik at de blir nødt til å tenke over hva som står på spill, hva det vil kunne si for dem og deres nærmeste om eutanasi blir legalisert eller om loven forblir uendret. En større debatt vil innebære at kompleksiteten i eutanasispørsmålet blir synliggjort, gjennom personlige erfaringer og moralske intuisjoner, teoretiske argumenter, empirisk forskning og sammenlikninger med andre lands politikk.

At noen land har eksperimentert med lovendringer øker sannsynligheten for at andre også vil gjøre det samme. Dette har vært tilfelle med abort og legalisering av likekjønnet ekteskap. Flere og flere land har nå legalisert ulike former for dødshjelp. Vi lever i en globalisert verden, hvor land samarbeider med og blir inspirert av lignende land. Min vurdering er at det er ganske sannsynlig at Norge på ett eller annet tidspunkt kommer til å endre sin lovgivning. Debatten om aktiv dødshjelp har dukket opp fra tid til annen i løpet av de siste tiårene, og mange nordmenn er positive til en endring. En av faktorene som var viktig for å få til endring i Nederland, folkelig støtte, er på plass. Men det politiske momentum er enda ikke til stede, og temaet oppleves ikke som en hastesak. Jeg tror legalisering av eutanasi eller legeassistert selvmord ligger en stund frem i tid. Om jeg skal tippe, kanskje 15 til 20 år.

## Legalisering

For de fleste i dag er det en selvfølge at vi har en rett til å bestemme over vårt eget liv. Vi tar hele tiden små valg som påvirker oss selv. I en sykdomssituasjon forsvinner ofte mye av denne kontrollen over oss selv. Pasienter i Norge har en rett til å avstå fra å få medisinsk behandling. Når en er kvalifisert til å avstå fra behandling, finner jeg det rimelig at en også burde ha muligheten til å få eutanasi, hvis de gitte kriteriene er innfridd. Vi bør følge andre lands eksempel der det er naturlig å gjøre det, der de har gode resultater å vise til. Men vi bør gjøre dette over tid, på måter som innebærer at vi kan skape vår egen versjon, som passer til vår norske virkelighet og til våre institusjoner og tradisjoner.

En legalisering vil bringe eutanasi frem i lyset og sørge for at viktige kriterier blir fulgt, heller enn at en risikerer at dette foregår i det skjulte. Lovendring og retningslinjer vil bidra til ordnede forhold og klarhet i hva som tillates og hva som ikke tillates, noe som er en sikkerhet både for helsepersonell og pasienter. En mangler eksakte tall på hvor mange leger som utfører eutanasi i dag, men studier har vist at det skjer<sup>201</sup>. En legalisering vil også kunne forhindre en del selvmord.

En endring som kan være aktuell i Norge er å åpne for muligheten til at pasienter kan få frivillig hjelp av leger som selv ønsker å gi slik hjelp. Oregon-modellen har strengere kriterier enn Nederland og Belgia, selv om den kun tillater legeassistert selvmord. Det vil nok være naturlig for Norge å begynne med å legalisere assistert selvmord, fordi dette vil virke mindre radikalt, og legge seg nært opp til Oregon-modellen. På lengre sikt er det viktig å legalisere også eutanasi, slik at de som ikke selv er i stand til å ta sitt eget liv får muligheten til det. Det vil innebære en urimelig forskjellsbehandling av pasienter dersom en bare legaliserer legeassistert selvmord, men ikke eutanasi.

Norge er historisk et mindre liberalt land enn både Belgia og Nederland, hvor en i lang tid har hatt stor politisk toleranse, og en sammensatt befolkning. Om vi skulle legalisere en form for dødshjelp i Norge kan det imidlertid være en fordel at vi har lite erfaring med det fra før av. Institusjonaliseringen av dette må skje over tid og inkludere endringer i utdanninger, nye former for videreutdanning og helt nye kontrollsystemer. At dette er nytt kan forhåpentligvis gjøre at det er lettere å overholde lover og regler knyttet til det. Komiteer og utvalg bør gjøre en ordentlig vurdering når den tid kommer, av hva som skal være konkrete detaljerte krav og regler. Jeg mener disse kravene bør gjelde helt overordnet:

- Personen som ber om eutanasi eller assistert selvmord må ha en uhelbredelig sykdom, uten muligheter for forbedring og bør lide utholdelig og håpløst.
- Personen som ber om eutanasi eller assistert selvmord må være samtykkekompetent, be om dette frivillig og uten press fra andre og vise til et vedvarende ønske om å dø.
- Personen som ber om eutanasi eller assistert selvmord bør ha relativt kort tid igjen å leve.

---

<sup>201</sup> Ibid., s. 163



- Forespørselen må vurderes av flere leger, og det må være et godt rapporterings- og sikkerhetssystem rundt det hele.

Enten vi velger å beholde loven slik den er i dag, eller legaliserer eutanasi, vil det ha noen negative konsekvenser. Dagens forbud innebærer at det hvert år dør mennesker i Norge under sterke smerter og lidelser fordi de ikke får den hjelpen de ønsker. Hvis eutanasi legaliseres er det en fare for at enkelte kan oppleve et økt press om å benytte seg av denne muligheten. Noen av farene ved å tilby dødshjelp er viktige å være på vakt mot. Men den verdenen vi lever i nå er så forskjellig fra Hippokrates' og Kants verdener at vi må tenke nytt. For 150 år siden var forventet levealder under 50 år<sup>202</sup>. Før moderne medisin og den store teknologiske utviklingen som har skjedd de siste 70 årene, var det rimelig å snakke om "naturlig død", og alvorlig syke eller skadde mennesker hadde ingen mulighet for å leve særlig lenge. I dag har vi teknologi og økonomi som gjør at dødsprosessen teknisk sett kan strekkes "i det uendelige". Når virkeligheten endres, må vi også endre spillereglene.

---

<sup>202</sup> Ibid., s. 81

## Kapittel 6: Konklusjon

I problemstillingen min stilte jeg spørsmålet: bør eutanasi legaliseres i Norge? Etter en grundig gjennomgang vurderer jeg argumentene til støtte for eutanasi som de mest overbevisende. Konklusjonen blir da at eutanasi bør legaliseres. Det vil ikke dermed si at ingen av motargumentene er sterke. Intuitivt virker argumentet om livets hellighet appellerende og riktig, men når det granskes nøyere, er det for absolutistisk og restriktivt til å anvendes på virkelige eksempler. Av alle argumentene er nok argumentet om skråplanseffekt det mest avgjørende for dem som er negative til eutanasi. Det går ikke an å tilbakevise at det har skjedd en viss skråplanseffekt i både Nederland og Belgia. Den har heldigvis ikke vært veldig omfattende, men likevel forekommer det uheldigvis noen tilfeller av ikke-frivillig eutanasi. Til tross for dette har nederlenderne og belgierne i det store og hele hatt gode resultater etter legalisering, noe som gjenspeiles i støtte fra befolkningen og i økte bevilgninger til palliativ medisin.

Gjennom denne oppgaven har jeg diskutert eutanasi både som et moralsk og politisk spørsmål. I kapittel 2 diskuterte jeg selvmord. Her kom jeg frem til at noen typer selvmord kan være rasjonelle. I visse livssituasjoner kan det være bedre for den det gjelder å få dø enn å fortsette å leve. Siden noen selvmord kan være rasjonelle, var det mulig å gå videre til spørsmålet om det finnes gode begrunnelser for eutanasi. I kapittel 3 diskuterte jeg ulike forståelser av "verdighet" og hvordan de ulike forståelsene bunner i ulike verdier. Mange trekker frem de grunnleggende ideene om verdien av et menneskeliv når spørsmålet om eutanasi dukker opp. Jeg la frem to hovedforståelser av verdighet: "verdighet som livets hellighet" og "verdighet som autonomi," og forsvarte den siste forståelsen. Den legger til grunn at alle mennesker har en lik og høy moralsk status, men utleder fra dette (i motsetning til det andre synet) at verdighet krever respekt for andre menneskers autonomi, på den måten at om de ønsker å dø bør få tillatelig assistanse til dette.

I kapittel 4 diskuterte jeg andre viktige argumenter mot eutanasi: at palliativ behandling er et godt nok alternativ til eutanasi, at det er verre å drepe enn å la dø, at eutanasi strider mot legens etiske mandat, skråplanseffekten, at eutanasi som legalt alternativ kan gjøre at pasienten føler seg som en byrde, og diskrimineringsargumentet. Jeg konkluderte med at ingen av disse argumentene utgjør en overbevisende innvending mot eutanasi. For dårlig palliativ behandling bør ikke være en begrunnelse for eutanasi. Uansett hvor god den

palliative behandlingen blir, vil det være noen som fortsatt ikke får lindret sine smerter og av ulike grunner ønsker eutanasi. Forskjellen mellom å drepe og å la noen dø er ofte utydelig, og det er ikke klart at det i sykehussituasjoner er en moralsk forskjell mellom de to. Eutanasi trenger ikke nødvendigvis å stride mot legens mandat. En lege må i sin arbeidshverdag jobbe mot flere ulike mål samtidig, og den medisinske virkeligheten har endret seg kraftig siden Hippokrates' prinsipper ble nedtegnet. Om det allikevel skulle bli enighet om at dette strider mot legens mandat, er ikke det i seg selv et argument mot eutanasi, da det vil være mulig for andre å gjennomføre selve handlingen. Vi bør være på vakt mot skråplaneffekter, men en kausal mekanisme mot de verst tenkelige utfallene kan ikke påvises. En mild holdningsendring bør vi ikke frykte. Vi bør imidlertid være på vakt mot at pasienter begynner å føle seg som en byrde fordi eutanasi som alternativ blir innført. Jeg finner det lite sannsynlig at det vil skje innenfor vårt helsesystem. Eutanasi er ikke ment som et universelt tilbud, men en strengt regulert mulighet.

I kapittel 5 så jeg på erfaringene før og etter legalisering av eutanasi i Nederland og Belgia, og sammenlignet Norge og disse landene. Erfaringene med legalisering fra Nederland og Belgia er ikke entydig positive sett med norske briller, men mye ser ut til å fungere godt. Problemene henger muligens sammen med at ulike former for dødshjelp var svært utbredt også før dette ble formalisert gjennom lov. Det kan være en fordel at Norge ikke har det samme utgangspunktet.

Jeg har vist at det finnes gode argumenter for å hevde at eutanasi er moralsk akseptabelt. Jeg mener det følger av dette at Norge bør legalisere eutanasi. Til tross for de innvendingene jeg har diskutert i denne oppgaven, vil en slik legalisering høyst sannsynlig ha flere gode enn negative konsekvenser, og derfor er det moralsk riktig å gjøre. Dessuten støtter et flertall av den norske befolkning en slik lovendring. Med en lovendring vil de som trenger et slikt tilbud få det. Jeg mener det er riktig å tilby dem slik hjelp.

## Bibliografi

### Bøker:

Audi, Robert (red), *The Cambridge Dictionary of Philosophy*, 3. Utgave, New York: Cambridge University Press., 2015

Ball, Howard. *At Liberty to Die: The Battle for Death with Dignity in America*, New York: New York University Press, 2012.

Barbagli, Marzi. *Farewell to the World – a history of suicide*. Oversatt av Lucinda Byatt. Cambridge: Polity Press, 2015

Bieri, Peter. *Human Dignity - A Way of Living*. Oversetter Diana Siclovan, Cambridge: Polity Press, 2017

Bjordal, Kristin og Aass, Nina. "Hvordan avgjøre om man skal avbryte eller unnlate å starte videre behandling?" I *Uutholdelige liv – om selvmord, eutanasi og behandling av de døde*, redigert av Henning Herrestad og Lars Mehlum, 173-193, Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2005

Brock, Dan W. "Medical Decisions at the End of Life." I *A Companion to Bioethics*, 2. Utgave, redigert av Helga Kuhse og Peter Singer, 263-273, West Sussex: Blackwell publishing, 2012

Darwall, Stephen. "Equal Dignity and Rights," I *Dignity: a history*, redigert av Remy Debes, 181-201 (New York: Oxford University Press, 2017)

Debes, Remy. *Dignity: a history*, New York: Oxford University Press, 2017

Dworkin, Gerald, Frey, R. G. og Bok, Sissela. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* Cambridge: Cambridge University Press, 1998

Dworkin, Ronald, *Life's Dominion*, New York: Vintage Books, 1994

Frey, R.G. "Ending life", I *The Routledge Companion to Ethics*, redigert av John Skorupski, New York: Routledge, 2010

Glover, Jonathan. *Causing Death and Saving Lives*, London: Penguin Books, 1990

Løkke, Håvard. "Stoikerne om selvmord." I *Uutholdelige liv – om selvmord, eutanasi og behandling av de døde*, redigert av Henning Herrestad og Lars Mehlum, 196-206, Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2005

Griffiths, John, Bood, Alex og Weyers, Helen. *Euthanasia and the Law in the Netherlands*, Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998

Griffiths, John, Weyers, Helen og Adams, Maurice. *Euthanasia and Law in Europe*, Portland: Hart Publishing, 2008

Hartogh, Govert den. "The Slippery Slope Argument" I *A Companion to Bioethics*, 2. Utgave, redigert av Helga Kuhse og Peter Singer, 321-332, West Sussex: Blackwell publishing, 2012

Herrestad, Henning. "Bruken av skråplanargumenter mot legalisering av aktiv dødshjelp." I *Uutholdelige liv – om selvmord, eutanasi og behandling av de døde*, redigert av Henning Herrestad og Lars Mehlum, 133-147, Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2005

Hill jr., Thomas E. "Killing ourselves." I *Life and Death*, redigert av Steven Luper, 264-281, Cambridge: Cambridge University Press, 2014

Hume, David. *On Suicide*, London: Penguin Books, 2005

Husebø, Stein. "Kan alle forvente 'en god død'?" I *Uutholdelige liv – om selvmord, eutanasi og behandling av de døde*, redigert av Henning Herrestad og Lars Mehlum, 154-172, Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2005

Jennings, Bruce. "Autonomy." I *The Oxford Handbook of Bioethics*, redigert av Bonnie Steinbock, Oxford: Oxford Handbooks Online, 2009

Kagan, Shelly. *Death*, New Haven/London: Yale University Press, 2012

Kant, Immanuel, *The Moral Law*. Oversetter, kommentar og introduksjon H. J. Paton Oxfordshire: Routledge: 2005

Kosberg, Norunn. *Aktiv dødshjelp*, Oslo: Humanist forlag, 2018

Lewis, Penney. *Assisted Dying and Legal Change*, Oxford: Oxford University Press, 2007

Lunde, Erik. *Uønsket*, Oslo: Vårt Land forlag, 2017

Materstvedt, Lars Johan. "Bør man ikke selv få lov til å bestemme hvordan man skal dø?." I *Uutholdelige liv – om selvmord, eutanasi og behandling av de døde*, redigert av Henning Herrestad og Lars Mehlum, 108-129, Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2005

McMahan, Jeff. "Human Dignity, Suicide, and Assisting Others to Die." I *Human Dignity and Assisted Death*, redigert av Sebastian Muders, 13-29, Oxford: Oxford University Press, 2018

McMahan, Jeff. *The Ethics of Killing*, Oxford: Oxford University Press, 2002

McNaughton, David A. og Rawling, J. Piers. "Deontology." I *Principles of Health Care Ethics*, andre utgave, redigert av R.E. Ashcroft, A. Dawson, H. Draper and J.R. McMillan, 65-71. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd, 2007

Mill, John Stuart. "On Liberty." I *The Collected Works of John Stuart Mill*, redigert av Robson, Toronto: University of Toronto Press, 1963.

Molander, A. og L. I. Terum. *Profesjonsstudier*, (Oslo: Universitetsforlaget, 2013)

O'Neill, Onora. *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002

Schei, Edvin. *Hva er medisin*, Oslo: Universitetsforlaget, 2007

Sensen, Oliver. "Dignity – Kant's revolutionary conception." I *Dignity: a history*, redigert av Remy Debes, 237-261. New York: Oxford University Press, 2017

Stoecker, Ralf. "Dignity and the Case in Favor of Assisted Suicide." I *Human Dignity and Assisted Death*, redigert av Sebastian Muders, 30-45, Oxford: Oxford University Press, 2018

Stoffell, Brian. "Voluntary Euthanasia, Suicide, and Physician-assisted Suicide" I *A Companion to Bioethics*, 2. Utgave, redigert av Helga Kuhse og Peter Singer, 312-320, West Sussex: Blackwell publishing, 2012

Sumner, L. W. "Dignity through Thick and Thin." I *Human Dignity and Assisted Death*, redigert av Sebastian Muders, 13-29, Oxford: Oxford University Press, 2018

Syse, Aslak. "Uutholdelig liv – et rettslig perspektiv." I *Uutholdelige liv – om selvmord, eutanasi og behandling av de døde*, redigert av Henning Herrestad og Lars Mehlum, 84-106, Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2005

Thorvik, Arne. "Suicidets etikk." I *Uutholdelige liv – om selvmord, eutanasi og behandling av de døde*, redigert av Henning Herrestad og Lars Mehlum, 207-225, Oslo: Gyldendal norsk forlag, 2005

Torbjörn Tännsjö, *Noen ganger skal man drepe* (Oslo: Pax forlag, 2007)

Wood, Allen W. "Respect and recognition", i *The Routledge Companion to Ethics*, redigert av John Skorupski (New York: Routledge, 2010)

### **Artikler:**

Bernheim, J.L., Distelmans, W., Mullie, A. et al. "Questions and Answers on the Belgian Model of Integral End-of-Life Care: Experiment? Prototype?", *Bioethical Inquiry* 11, no. 4, (2014) 507.

Biller-Andorno, Nikola. "Physician Assisted Suicide Should Be Permitted", *The New England Journal of Medicine* 368, no.15, (April 2013)

Boudreau, Donald J. "Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Can You Even Imagine Teaching Medical Students How to End Their Patient's Lives?" *The Permanente Journal* 14, no. 4 (høst 2011)

Boudreau, J. Donald og A. Somerville, Margaret. "Physician-assisted Suicide Should Not Be Permitted," *The New England Journal of Medicine* 368, no. 15, (April 2013)

Cassell, Eric. "The Nature of Suffering and the Goals of Medicine," *The New England Journal of Medicine* 306, no. 11, (mars 1982): 639-645

Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, Deliens L. "Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey," *Canadian Medical Association Journal* 182, no. 9 ( juni 2010): 895-901

Chohinov, Harvey Max, Cpsych, Thomas Hack, Hassard, Thomas, Kristjanson, Linda J., McClement, Susan, Harlos., Mike. "Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study," *The Lancet* 360, no. 9350 (December 2002): 2026-30

Cohen-Almagor, Raphael. "First do no harm: Pressing concerns regarding euthanasia in Belgium," *International Journal of Law and Psychiatry* 36, no. 5-6 (September-December 2013): 515-521

Hill, Thomas E. "Self-regarding Suicide: a Modified Kantian View," *The Official Journal of the American Association of Suicidology* 13, no. 4 (Winter 1983) 254-275

Hudson, Peter L, Kristjanson, Linda J, Ashby, Michael, Kelly, Brian, Schofield, Penelope, Hudson, Rosalie, Aranda, Sanchia, O'Connor, Margaret og Street, Annette., "Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review," *Palliative Medicine* 20, no. 7 (October 2006): 693-701

Kass, Leon. "Neither for Love nor Money: Why Doctors must not Kill," *The Public Interest* 94, no. 25, (Winter 1989): 25-46

Lo, Berard. "Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere?" *The Lancet* 380, no. 9845, 8-14 (September 2012): 869-870

O'Mahony, Conor, "There is no such thing as a right to dignity," *International Journal of Constitutional Law* 10, no. 2 (2012): 551-574.

Preston, Robert. "Death on demand? An analysis of physician-administered euthanasia in The Netherlands," *British Medical Bulletin* 128, no. 1, (February 2018): 145-155

Macklin, Ruth. "Dignity is a useless concept," *British Medical Journal* 327, no. 7429, (December 2003): 1419-20

MacDonald M. "The medicalization of suicide in England: laymen, physicians, and cultural change, 1500-1870". *Milbank Q.* 1989;67 Suppl 1:69-91

Rachels, James, "Active and Passive Euthanasia", *The New England Journal of Medicine* 292 (1975) 78-80



Rurup, Mette L, Smets, Tinne, Cohen, Joachim, Bilsen, Johan, Onwuteaka-Philipsen, Bregje D, Deliens, Luc., "The first five years of euthanasia legislation in Belgium and the Netherlands: Description and comparison of cases," *Palliative Medicine* 21, no. 1 (juli 2011): 43-49

Saad, Toni C, "Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review," *Issues in Law & Medicine* 32, no. 2 (høst 2017): 183-204:

SC Kouwenhoven, Pauline, Raijmakers, Natasja JH, van Delden, Johannes JM, Rietjens, Judith AC, Schermer, Maartje HN, van Thiel, Ghislaine JMW, Trappenburg, Margo J, van de Vathorst, Suzanne, van der Vegt, Bea J, Vezzoni, Christiano, Weyers, Heleen, van Tol, Donald G, van der Heide, Agnes., "Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: a mixed methods approach," *Palliative Medicine* 27, no. 3 (juni 2012): 273-280

Vatne, May Elise og Nåden, Dagfinn. "Jeg ville dø, men er jo glad jeg lever - En studie av pasienters refleksjoner etter selvmordsforsøk," *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 15, (vår 2018)

Waldron, Jeremy. "Dignity, Rank and Rights" *The Tanner Lectures on Human Rights*, Delivered at University of California, Berkeley, April 21-23 2009

Wichstrøm, Lars. "Selvmordsforsøk hos norske ungdommer: resultater fra undersøkelsen Ung i Norge," *Suicidologi* 13, no. 1 (vår 2008): 28-33

#### **Andre kilder:**

Alliance Vita. "Belgium: 15 years After Legalizing Euthanasia." Vist 3. april 2018.  
<https://www.alliancevita.org/en/2017/06/belgium-15-years-after-legalizing-euthanasia/>

"Den siste reisen". *NRK Brennpunkt*. Første gang sendt: NRK2, torsdag 2. juli 2015 kl. 22:25  
<https://tv.nrk.no/program/MDDP12005215/den-siste-reisen>

Folkehelseinstituttet. "Dødsårsaksregisterets statistikkbank," Vist 23. Mars, 2018.  
<http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Jan Grue og Ole Martin Moen. "En brevveksling på død og liv," Intervju av Lena Lindgren og Marit K. Slotnes. *Morgenbladet*, 21.-27. Oktober 2016, årgang 197, no. 41. 8-13

Justice Laws Website. "An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)," Vist 15. April 2018  
[http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2016\\_3/FullText.html](http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2016_3/FullText.html)

Legeforeningen. "Ethiske regler for leger," Vist 7. Mars 2018.  
<http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>

MacDonald M. The medicalization of suicide in England: laymen, physicians, and cultural change, 1500-1870. *Milbank Q.* 1989;67 Suppl 1:69-91

Magelssen, Morten og Filtvedt, Ole Jakob. "Når menneskeverdet utfordres." *Minervanett*, 3. mars 2012. <https://www.minervanett.no/nar-menneskeverdet-utfordres/>

"More euthanasia in the Netherlands, nearly all cases in line with the rules." *DutchNews.nl*, 7. Mars 2018. <https://www.dutchnews.nl/news/2018/03/more-euthanasia-in-the-netherlands-nearly-all-cases-in-line-with-the-rules/>

Patients rights council. "Belgium," Vist 2. April 2018.  
<http://www.patientsrightscouncil.org/site/belgium/>

Sambandet.no. NOBAS – Norwegian Bioethics Attitude Survey. Vist 15. April 2018  
<http://sambaandet.no/wp-content/uploads/2016/04/NOBAS-rapport.pdf>

Synovate (2011) Holdninger til aktiv dødshjelp. En spørreundersøkelse utarbeidet for Human-Etisk Forbund, Oslo Fylkeslag

TNS Gallup for TV2 2015 <https://www.tv2.no/a/6844453>