

# **SELVBESTEMT DØD?**

**EN UTREDNING OM EUTANASISPØRSMÅLET  
AV HUMAN-ETISK FORBUNDS  
EUTANASIUTVALG**

**2004**



# INNHold:

<b>KAPITTEL 1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Innledning	1
1.2 Utvalgets mandat og sammensetning	1
1.3 Begrepsavklaringer	2
1.4 Om utredningen	3
<b>KAPITTEL 2 Lidelse og lindring</b>	<b>4</b>
2.1 Lidelse	4
2.2 Omfanget av lidelse	4
2.3 Lindrende behandling	5
2.4 Behandlingsavståelse	6
2.5 Helsepersonellens rolle	7
<b>KAPITTEL 3 Lovgivning</b>	<b>8</b>
3.1 Norsk strafferettslig regulering	8
3.2 Lovgivning i enkelte land som har åpnet for dødshjelp	10
3.2.1 Nederland	10
3.2.2 Belgia	11
3.2.3 Oregon	11
3.3 Norsk helselovgivning	12
3.4 Holdningsundersøkelser	13
<b>KAPITTEL 4 Menneskerettslige perspektiver</b>	<b>14</b>
4.1 Er eutanasi en menneskerett eller en krenkelse av menneskerettighetene?	14
4.2 Menneskerettslige kilder og materiale	14
4.3 Andre internasjonale rettskilder og uttalelser	15
<b>KAPITTEL 5 Filosofiske og etiske betraktninger</b>	<b>16</b>
5.1 Menneskeverd og likeverd	16
5.2 Råderetten over livet ("Drapstabuet")	19
5.3 Autonomibegrepet	19
5.4 Rettferdighet og dødshjelp	21
<b>KAPITTEL 6 Humanistiske verdier</b>	<b>21</b>
6.1 Humanistiske synspunkter	21
6.2 Den internasjonale humanist-bevegelsens syn på eutanasi	22
6.3 Human-Etisk Forbund om dødshjelp	23

<b>KAPITTEL 7 Argumenter</b>	<b>24</b>
7.1 Argumentliste	24
7.2 Særlig om utglidningsargumentet	26
<b>KAPITTEL 8 Utvalgets konklusjoner og anbefalinger</b>	<b>27</b>
8.1 Utvalgets syn på dødshjelpproblematikken	27
8.2 Utvalgets syn på om forbundet bør ta standpunkt	29
8.3 Veien videre	32
<b>Aktuell litteratur</b>	<b>33</b>

## KAPITTEL 1 Innledning

### 1.1 Innledning

Aktiv dødshjelp er et tema som vekker sterke følelser hos mange. Men selv om eutanasi er et vanskelig og følelsesladet tema er det ikke grunn til å unngå debatten. Unyanserte og dogmatiske holdninger til temaet er lite konstruktivt. Utvalget som av Human-Etisk Forbund ble bedt om å se nærmere på dette temaet tilstreber en åpen tilnærming. Utvalget ønsker med denne utredningen å bidra til en nyansert debatt.

I debatten om dødshjelp og samfunnets reaksjoner og holdninger har meningene ofte stått steilt mot hverandre, men det er interessant å observere at deltakere i debatten påberoper seg både respekt for individet og for menneskets verdighet når de underbygger sine standpunkt.

Eutanasi er et komplekst tema som berører mange fagfelt. Temaet har både medisinske, helsepolitiske, juridiske, menneskerettslige og etiske sider. Som med flere andre moralske spørsmål må man skille mellom hvorvidt dødshjelp kan være moralsk riktig i seg selv, og hvordan praksisen bør behandles strafferettslig. Vi skal vurdere begge disse spørsmålene.

### 1.2 Utvalgets mandat og sammensetning

Human-Etisk Forbunds sentralstyre vedtok 13. juni 2003 å oppnevne et utvalg som skal utrede eutanasispørsmålet for forbundet. Bakgrunnen var at Landsmøtet i 2002 vedtok følgende:

*"Det er ønskelig å lage en utredning av eutanasi-problematikken for å øke kunnskapen om temaet og stimulere til debatt. ...*

Human-Etisk Forbund har som mål for perioden:  
P5 Å lage en utredning av eutanasi-problematikken."

Utvalget ble gitt følgende mandat av sentralstyret: "Utvalget skal gi en oversikt over eutanasi-debatten internasjonalt og i Norge, samt en oversikt over de viktigste humanistorganisasjoners stillingtagen i dette spørsmålet. Utvalget skal

presentere de sentrale filosofiske og etiske argumentene for og mot eutanasi på en slik måte at det bidrar til å øke kunnskapene om temaet og stimulerer til debatt. Videre er det ønskelig at utvalget presenterer vurderinger av behovet for endringer i norsk lovgivning i relasjon til eutanasi-problematikken. På dette området bør utvalget stå fritt til å kunne legge fram forslag som HEFs organer kan vurdere. Det er ønskelig at utvalget forsøker å avklare hva Human-Etisk Forbund kan og bør si om eutanasi-problemet og hva det vil være rimelig å overlate til enkeltmedlemmene å ha en mening om.

Utvalget bes om å legge fram en utredning eller rapport, ikke nødvendigvis med en entydig innstilling, for sentralstyret innen 1. september 2004. Utredningen skal være et selvstendig arbeid som skal kunne danne grunnlag for videre diskusjon om eutanasi-problemet i og utenfor Human-Etisk Forbund."

Utvalget fikk følgende sammensetning:

**Lorentz Stavrum** (leder), advokat og tidligere styreleder i Human-Etisk Forbund, Lillehammer

**Petter C. Borchgrevink**, professor i anestesi og smertebehandling, NTNU/St. Olavs hospital, Trondheim

**Lars Gunnar Lingås**, fil. dr., forfatter og sosionom, tidligere generalsekretær i Human-Etisk Forbund, Holmestrand

**Wenche Malmedal**, psykiatrisk sykepleier med hovedfag i helsefag, høgskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag, avd. for helse- og sosialfag, og doktorgradsstipendiat i helsevitenskap, Trondheim

**Siri Gunn Simonsen**, sentralstyremedlem i Human-Etisk Forbund, anestesisykepleier og høgskolelærer i palliativ omsorg – helhetlig lindring i livets slutfase, ved Høgskolen i Gjøvik, Gjøvik

**Frode Sulland**, advokat, medlem av Straffelovkommisjonen, tidligere prosessfullmektig for Christian Sandsdalen, Oslo

**Kari Vigeland**, psykolog og tidligere styreleder og generalsekretær i Human-Etisk Forbund, sakkyndig i Sandsdalen-saken, forfatter av boken *Assistert død – en etisk utfordring*, Bærum

**Norunn Kosberg**, cand philol. og organisasjonssekretær i Human-Etisk Forbund, har vært utvalgets sekretær.

Eutanasiutvalget har i perioden september 2003 til august 2004 arbeidet med å oppfylle sitt mandat. Utvalget har på møtene presentert og diskutert sentrale momenter i forhold til døds-hjelp. Det er blitt holdt åtte utvalgsmøter, en todagers arbeidssamling, samt en heldagssamling. Et redaksjonsutvalg jobbet den siste tiden med ferdigstilling av utredningen. Utvalget leverte denne til sentralstyret 27.09.2004.

### 1.3 Begrepsavklaringer

Hvordan man velger å definere et fenomen kan si noe om holdning til det som defineres og hvilket ståsted man har i debatten. Det er derfor verdt å merke seg at en del av begrepsbruken innenfor dette feltet preges av standpunktet til dødshjelp og brukes demagogisk. Vi ser også ulik grad av spesifisering av definisjonene som brukes.

De to hovedformene for *aktiv dødshjelp* er *eutanasi* og *assistert suicid*. Ordet *Eutanasi* kommer fra gresk og betyr god død (eu = god, thanatos = død). *Eutanasi* kan defineres som intensjonelt drap etter anmodning fra en lidende person. Vi ser nærmere på andre definisjoner nedenfor. Assistert suicid eller (lege)assistert selvmord er medvirkning eller hjelp til selvmord, det vil si å hjelpe en person å begå selvmord etter personens frivillige og kompetente forespørsel. Ved eutanasi er døden en direkte følge av hjelperens handling, mens ved assistert suicid bidrar hjelperens handling indirekte til døden.

En kan skille mellom eutanasi og ikke-frivillig eller ufrivillig eutanasi. I det første tilfellet dreier det seg om en anmodning fra den som ønsker å dø. "Ikke-frivillig eutanasi" er et upresist begrep som brukes når personen som får avsluttet sitt liv ikke kan ta en avgjørelse selv – enten fordi det er snakk om et alvorlig sykt og lidende spedbarn, eller fordi en tidligere kompetent person ikke er ved bevissthet eller på grunn av annen sykdom eller ulykke ikke er i stand til å ta en avgjørelse. Innenfor denne kategorien kan vi plassere begrepene barmhjertighetsdrap eller medlidenshetsdrap, hvor det ikke nødvendigvis kreves samtykke eller anmodning fra pasienten i forkant.

Anmodning/frivillighet er som regel inkludert i definisjoner av eutanasi, men det varierer hvor uttrykkelig det kreves at den døendes vilje er kommet fram. Dette tydeliggjør at det fra person-en foreligger et samtykke eller et ønske om at en annen befrir en fra livet. På engelsk brukes begrepet "on request" som har en annen betydning enn det norske ordet "samtykke" som derfor er en dårlig oversettelse, mens "selvvalgt" eller "på anmodning" er en bedre oversettelse. Ordet "voluntær" understreker at det er snakk om forutgående samtykke fra den lidende pasienten, men fokuserer ikke på samme måte at det foreligger en aktiv anmodning. Når frivillighet/ anmodning inngår i selve definisjonen av eutanasi betyr det at eutanasi er synonymt med *voluntær eutanasi* og altså frivillig per definisjon. Hvorvidt det skal kreves en uttrykkelig anmodning fra den døende eller om samtykke/frivillighet skal være nok, blir mer et spørsmål om i hvilke tilfeller man vil godta eutanasi. Noen vil for eksempel kreve skriftlig anmodning eller at ønsket skal være gjentatt over tid. Det vesentlige i en definisjon av eutanasi er å understreke at det må være frivillig.

Eutanasi innebærer altså en eller annen viljeserklæring fra den syke som viser at vedkommende samtykker. Å utelate punktet om frivillighet kan føre til en uheldig definisjon. I den offentlige utredningen (NOU 1999:2) om livshjelp defineres eutanasi slik: "Med aktiv dødshjelp (eutanasi) forstås en aktiv handling med den hensikt og følge at pasienten dør (oftest umiddelbart)." Vi kan merke oss at denne definisjonen er identisk med drap på en pasient. Drap er nettopp en aktiv handling som fører til at noen dør. Definisjonen sier ikke noe om hensikten med den aktive handlingen som fører til at pasienten dør, hvem som skal utføre handlingen, eller hvorvidt handlingen er anmodet utført av pasienten selv. Det er en tendens til at motstandere av eutanasi bruker få vilkår i en definisjon, mens tilhengere gjerne innlemmer flere kriterier.

En definisjonsvariant av eutanasi som ikke har med frivillighetspunktet, tar utgangspunkt i det som er blitt kalt "*best-interest*"-argumentet. Her vektlegges at den som avslutter livet, A, avslutter livet til en annen person, B, for Bs skyld. Vi merker oss at eutanasi i følge denne definisjonen ikke nødvendigvis krever en anmodning/frivillighet fra Bs side. Her vekt-

legges det at man avslutter livet til en person for denne personens skyld, vanligvis fordi denne personen har, eller forventes å få, store lidelser.

Flere definisjoner er mer spesifikke og vektlegger for eksempel at det er en lege som skal utføre handlingen. En gruppe som kaller seg *Ethics Task Force* innenfor *The European Association for Palliative Care (EAPC)* har følgende definisjon av eutanasi: "A doctor intentionally killing a person by the administration of drugs, at that person's voluntary and competent request." *Assistert suicid* eller *physician-assisted suicide* blir av samme gruppe definert slik: "A doctor intentionally helping a person to commit suicide by providing drugs for self-administration, at that person's voluntary and competent request".

I Nederland er frivillig, aktiv dødshjelp lovlig – både eutanasi og legeassistert selvmord. Eutanasi forstås i Nederland som "en leges intenderte (tilsiktete) medisinske drap av en person med uutholdelig og håpløs lidelse, på personens frivillige, eksplisitte, gjentatte, veloverveide og informerte forespørsel". Den lovlige varianten av legeassistert selvmord defineres som "en leges frivillige, intenderte (tilsiktete) medisinske hjelp/assistanse/samarbeid i forbindelse med selvmordet til en person med uutholdelig og håpløs lidelse, på personens eksplisitte, gjentatte, veloverveide og informerte forespørsel om legens deltakelse". Vi ser her en svært grundig og spesifikk definisjon.

Andre sentrale begreper som ofte brukes i debatten skal også nevnes her.

*Behandlingsavståelse*, som også er blitt kalt *passiv dødshjelp*, innebærer at man i visse situasjoner avbryter, eller unnlater å sette i gang livsbevarende behandling slik at den syke dør en naturlig død. Det er blitt påpekt, blant annet innenfor helsevesenet, at betegnelsen *passiv dødshjelp* på dette fenomenet er misvisende og at det derfor er riktigere å bruke betegnelsen *behandlingsavståelse* eller *behandlingsunnlattelse*. Når pasienten dør av sin sykdom etter at behandlingen er avsluttet eller ikke påbegynt, er det et naturlig dødsfall og regnes ikke som en form for eutanasi. Behandlingsavståelse vil bli nærmere beskrevet i neste kapittel. (En nærmere nyansering av disse begrepene finnes i kapittel 2. Lidelse og lindring.)

Med *lindrende sedering til døende* menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået (også kalt nedsoving) for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpest på annen måte. Betegnelsen *terminal sedering* er også blitt brukt om dette fenomenet. Denne formen for lindrende behandling vil bli nærmere behandlet i neste kapittel.

*Dobbelteffekten* kalles det når smertelindrende og annen behandling kan ha den bivirkning at livet forkortes. Den medisinske utviklingen på dette området har ført til mer effektive metoder for smertelindring som langt på vei har eliminert slike alvorlige bivirkninger. Begrepet blir i dag ikke brukt innen moderne medisin.

*Strafferettslig nødrett* betegner en unntakssituasjon hvor en ellers straffbar handling kan anses straffri, når et gode eller en interesse ved handlingen redde fra en fare, og hvor det foreligger en særdeles betydelig interesseovervekt i favør av handlingen.

*Legalisering* av eutanasi m.v. innebærer at man innfører et regelverk som regulerer fremgangsmåte og vilkår for at vedkommende handling skal være tillatt.

## 1.4 Om utredningen

Utredningen er bygd opp som en beskrivelse og gjennomgang av aktiv dødshjelp (eutanasi og assistert suicid). Der ikke annet fremgår, brukes betegnelsen dødshjelp som samlebetegnelse for dette. Temaet behandles fra den medisinske og helsemessige siden (kapittel 2), den juridiske siden (kapittel 3), fra den menneskerettslige siden (kapittel 4), vi ser på etiske og filosofiske argumenter (kapittel 5) og vi ser spesielt på humanistiske synspunkter på dette temaet (kapittel 6). I kapittel 7 gis en oversikt over hovedargumentene for og mot dødshjelp, og i siste kapittel kommer utvalgets konklusjoner og anbefalinger. Til slutt gis det en oversikt over aktuell litteratur over emnet.

## KAPITTEL 2 Lidelse og lindring

### 2.1 Lidelse

Hovedargumentet for at eutanasi må tillates har generelt vært å befri mennesker fra lidelse. Lidelse kan av noen oppfattes som rent fysisk, knyttet til noe i kroppen som vi kan registrere vitenskapelig og påvirke, men har egentlig en mye videre betydning. Det var etter den annen verdenskrig at begrepet lidelse fikk en betydningsforskyvning mot sykdom og smerte, omtrent samtidig med at moderne medisin fikk sitt store gjennombrudd. Kroppslig plage ble gjenstand for forskning med muligheter for terapi, mens lidelse tidligere i blant annet en del kristne kretser ble oppfattet som noe nødvendig for å vinne evig liv.

Selv om fysisk smerte i dag ofte kan kontrolleres, har vi likevel trusselen om lidelse på andre områder, slik som psykisk og eksistensiell lidelse. Uavhengig av livssyn kan mennesker hevde at livet har en verdi uansett hvor meningsløs og uutholdelig lidelsene oppleves og at pasientens liv er verdifullt selv når pasienten ikke opplever det slik. Det kan imidlertid bli en belastning for pasienten dersom hun presses til å dele en slik oppfatning. Å påtvinge andre sin egen holdning til lidelse er det motsatte av å respektere andres autonomi (selvbestemmelse). En definisjon på paternalisme er en intensjonal begrensning av en annens autonomi som begrunnes med at det er en fordel for personen at hennes autonomi blir begrenset.

Ut fra et religiøst ståsted kan lidelse oppfattes som en del av Guds plan og dermed noe som skal godtas. Dødshjelp som befriir mennesker fra lidelsen er å gripe inn i Guds plan. Et motargument til denne tankegangen er at all smertebehandling i så fall vil innebære å gripe inn i gudens plan. Religiøse påbud om at bare guden skal råde over liv og død, kan kun gjelde for dem som har denne troen. Et slikt syn bør derfor ikke påtvinges andre eller gjøres til et prinsipp i et flerkulturelt samfunn.

Tanken at smerte og lidelse helt kan behandles bort er en holdning som overser at lidelse er et mer omfattende fenomen enn kun fysisk smerte. En persons opplevde livskvalitet og den totale

opplevelse av lidelse varierer fra person til person. Følelsen av tap av verdighet, hjelpeløshet, avhengighet, frykt, sorg og ensomhet kan inngå i det som oppfattes som lidelse. Men også fysiske lidelser som kvalme, brekninger, forstoppelse, pustevansker, langsom kvelning og generell utmattelse kan være vanskelig å behandle. Vissheten om at man har en uhell-bredelig sykdom kan sammen med ensomhet, savn og følelsen av å være til byrde, være tilleggs momenter som sammen med plager fra den uhelbredelige sykdommen gjør at noen ønsker eutanasi.

### 2.2 Omfanget av lidelse

Blant de som årlig dør i Norge var de hypigste dødsårsakene sykdommer i sirkulasjonsorganene (44 %), ondartede svulster (23 %), og sykdommer i åndedretsorganene (11 %). (Disse tallene baserer seg på opplysninger fra 1997) Ut fra legenes dødsattester er det umulig å vite hvor mange som har hatt sterkt plagsomme symptomer på grunn av henholdsvis hjertesvikt og lungesvikt den siste tiden, men vi vet at 60-80 % av kreftpasienter i sluttfasen har smerter.

I 1979 var det å få kreftdiagnosen ensbetydende med å belage seg på en pinefull død, i følge en lederartikkel i Tidsskrift for den norske lægeforening. I en tilsvarende lederartikkel i 1991 ble nye undersøkelser, blant annet en norsk, oppsummert. Her så man en stor fremgang på grunn av at man på 1980-tallet lærte å bruke morfintabletter på en riktig måte, selv om altfor mange fortsatt hadde sterke smerter i livets sluttfase. Vi vet nå at 80-90 % av kreftpasientene med smerter kan få god smertelindring med enkle behandlingsprinsipper alle leger læres opp til å beherske. Undersøkelser viser like fullt at bare drøyt halvparten av disse kreftpasientene får optimal behandling. 10-20 % av kreftpasientene som har smerter de siste ukene av livet, kan ikke behandles tilfredsstillende med vanlige smertestillende midler, men kan få lindring for sine sterke smerter med spesialbehandling fra smerteklinikker eller palliative enheter. Dette er imidlertid i dag et spørsmål om både kapasitet og tilgjengelighet.



I dag har alle landets fem helseregioner hver sine kompetansesentra for lindrende omsorg, hvor det i tillegg til forskning tilbys rådgivning og oppfølging. Det foreligger konkrete planer for systematisk utvikling av palliative team og smerteklinikker for hele Norge. I tillegg er det i ferd med å komme palliative enheter på alle universitetssykehus. Leger og sykepleiere får nå bedre utdanning i lindrende behandling. Likevel vil ikke dette hindre at noen vil ha et sterkt ønske om eutanasi.

Med "eldrebølgen" vil omfanget av personer med lidelser i livets slutfase øke. I 2050 vil det være over dobbelt så mange over 67 år, 1,1 millioner (omtrent 20 prosent av Norges befolkning), og det vil bli omtrent fem ganger så mange over 90 år som det er i dag. Folk vil sannsynligvis leve lengre med kronisk, uhelbredelig sykdom. Behandlingen kurerer ikke kronisk sykdom, men holder den syke i live, trolig på et noe bedre nivå. Mange vil være skrøpelige, ensomme og savne sine nærmeste som har gått bort. Noen vil kunne føle at de er til byrde for samfunnet og sine barn. Mange vil oppleve at de har et uverdigg liv og en meningsløs lidelse.

Når det gjelder kreft, regner man med at noe over 15 000 personer til enhver tid lever med aktiv, uhelbredelig kreftsykdom og at rundt 60 % dør innen ett år fra diagnostidspunktet. Antallet pasienter med langtkommen kreftsykdom vil sannsynligvis øke betydelig. Det vil bli flere eldre og det vil bli en absolutt økning i antallet krefttilfeller.

På grunn av det økende antall eldre vil det i fremtiden bli et kraftig økning i behovet for palliativ medisin. Eldrebølgen fordrer at samfunnet er rustet til å møte de utfordringene økt behov for pleie og omsorg vil innebære.

### **2.3 Lindrende behandling**

Lindrende (palliativ) medisin behandler pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid, ofte definert som mindre enn 9-12 måneder. I tillegg er forskning og fagutvikling viktig for fagfeltet. Lindrende behandling hadde en sentral plass innen helsevesenet og legeyrket inntil moderne medisin fikk gjennomslag. I nyere tid har slik behandling igjen fått en større plass innen medisinen. Legeetikens far, Hippokrates, skrev

om legeyrkets forpliktelser: "Jeg vil noen ganger helbrede, ofte lindre, men alltid trøste. Livet er kort, (lege)kunsten er lang: Det rette øyeblikk er flyktig, eksperimenter kan slå feil, bedømmelsen er vanskelig." Dette er like aktuelt i dag. Palliativ medisin er i ferd med å bli en viktig lege-spesialitet i mange land, og lindrende behandling og omsorg har en svært sentral plass i kreft-sykepleien.

Symptomlindring er blitt et viktigere begrep enn smertebehandling alene. Måling av livskvalitet basert på individets egen opplevelse har vunnet fram som anerkjent prinsipp. Tradisjonelt har fagfeltet i hovedsak omfattet pasienter med kreftsykdommer, men i samarbeid med smerteklinikker er det også i ferd med å bli et tilbud til pasienter som ikke har kreft, men som av andre grunner har store lidelser i livets slutfase.

Hospice-bevegelsen, en slags forløper for palliativ medisin, ble i Norge bygget ut parallelt med de palliative enhetene på universitetssykehusene. Hospice er verken et hus eller en teknikk, men snarere en filosofi for medisinsk omsorg og pleie av pasienter og deres pårørende når livstruende sykdom forårsaker en for tidlig død. Begrepet er hentet fra middelalderens gjestehus eller veikroer, hvor vandrere pilegrimer kunne finne husly og mat på sin vandring. I vår tid ble det utviklet i England på 1970-tallet, som selvstendige pleietilbud både hjemme og i institusjoner, hvor ideen var å gi helhetlig omsorg i livets slutfase, ikke bare tilbud om operasjoner og medikamenter. Hovedvekten legges på smertelindring og symptomkontroll. Familie, venner, frivillige og velskolert helsepersonell samarbeider for å gjøre livet så rikt som mulig, for at den syke kan få fortsette å utfolde seg helt til livet tar slutt. Estetikk, kunst, musikk og samtale blir viet like stor plass som de rent medisinske tiltak.

Behandling av smerter med morfinlignende medikamenter kan gi bivirkninger, og det er spesielt nedsettelse av pustefunksjonen som kan bidra til å forkorte livsprosessen. Derfor er det viktig at man finner den riktige dosen for hver enkelt, og at denne blir gitt kontinuerlig, enten som morfin i depottabletter eller med infusjonspumpe. Først for ca. 20 år siden lærte man seg dette prinsippet. Før dette ble det gitt store doser morfin som injeksjoner i

muskulatur, en behandlingsmåte der individuell dosejustering er svært vanskelig, om ikke umulig. Derfor ble det ansett å være stor risiko for den såkalte doble effekt, som altså inne-bærer smertelindring, men også pustehemming som i noen tilfeller kunne forkorte dødsprosessen. Også i dag kan avansert smertebehandling, som morfin-, spinal- og epiduralbehandling, i sjeldne tilfeller gi bivirkninger som fremskynder døden.

Med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevissthetsnivået (også kalt nedsoving) for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpest på annen måte. Lindrende sedering skal bare gis unntaksvis, ved utålelig lidelse som springer ut fra og domineres av fysiske symptomer. Psykisk lidelse alene er ikke indikasjon for lindrende sedering. Lindrende sedering til døende skal bare gis til pasienter som antas å ha få dager igjen å leve.

Etter den såkalte Bærums-saken, der en lege ga en kontinuerlig tilførsel av sovemedisiner til en pasient med store smerter (se kapittel 3.1), ble det reist kritikk om at det manglet retningslinjer for slik behandling. Den norske Lægeforening har nå laget slike retningslinjer. Hvis disse følges nøye og avgjørelser og forløp dokumenteres i journal, skal denne behandlingen være lovlig. Lindrende sedering omfattes ikke av eutanasilovgivningene i Nederland. Det kan imidlertid oppstå grensetilfeller og livsforkorting som dobbelteffekt av denne behandlingen.

Avgjørelsen om å starte slik behandling skal bygges 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. Pasienten må, dersom han er i stand til det, gi uttrykkelig samtykke til behandlingen. Videre forutsetter retningslinjene at pasienten bare skal sederes tilstrekkelig dypt til at plagene lindres. Heving av bevissthetsnivået må vurderes og forsøkes. Blir det i løpet av oppvåkningen åpenbart at pasientens situasjon fortsatt er uholdbar, kan det forsvares at pasienten sederes på nytt uten at bevisstheten gjenvinnes. Pasienten skal overvåkes godt nok for kontroll med bevissthetsnivået, samtidig som pasienten skal ha frie luftveier og effekt av behandlingen. Kontrollen må omfatte bivirkninger av behandlingen slik at disse kan tas hånd om. Pasienter som selv har sluttet å drikke, trenger ikke intravenøs væsketilførsel. Der pasienten fortsatt er i stand til å ta til

seg drikke av betydning, og der sederingen gjør pasienten ute av stand til å ta til seg væske, bør intravenøs væske gis. Behandlingen skal dokumenteres i journalen, og det skal sendes rapport til legeforeningens etiske råd.

## 2.4 Behandlingsavståelse

Behandlingsavståelse er en situasjon hvor helsepersonell følger henholdsvis helsepersonellovens §7 og pasientrettighetslovens §4-9 og avstår fra gjenopplivingstiltak når en person ikke lenger er i stand til å leve uten medisinske tiltak eller avslutter kunstig livsforlengende behandling i samråd med pasient og pårørende. I dag blir behandlingsavståelse betraktet som moralsk forsvarlig, mange vil også si at det å ikke avstå fra behandling i noen tilfeller er moralsk uforsvarlig.

Betegnelsen ”behandlingsavståelse” kan forbindes med noe positivt. Begrepet som har vært benyttet mest, er imidlertid ”behandlingsunnlattelse”, som kan oppfattes som en passiv og negativ handling. Behandlingsavståelse er imidlertid en aktiv handling i den forstand at leger må diskutere dette og anføre vurderingene i journalnotat.

De teknologiske nyvinningene innen moderne medisin har gjort det mulig å holde mennesker kunstig i live i stor skala. Legenes behandlingssiver har vært et problem. ”Legekårsundersøkelsen” fra 90-tallet reflekterer legenes holdninger. En av tre leger svarte at de av og til eller svært ofte hadde fortsatt den medisinske behandlingen til tross for en overbevisning om at behandlingen burde stoppes.

På grunnlag av de nye lovene om pasientrettigheter og helsepersonell som kom i 2001 (se kapittel 3), kom Statens helsetilsyn i 2002 med et rundskriv til somatiske sykehus som blant annet setter forutsetninger for forhåndsvurdering for avståelse fra å gi hjerte-lunge-redning (HLR minus): Pasienten må være døende, helsepersonellet må finne at pasienten ikke ønsker å motta livsforlengende behandling, pasientens pårørende må gi uttrykk for tilsvarende ønsker. I tillegg heter det at helsepersonellet må finne at pasientens og pårørendes ønske åpenbart bør respekteres.

I en leder i Tidsskrift for den norske Lægeforening året etter etterlyste man tilsvarende retningslinjer for forhåndsvurderinger av vilkårene for behandlingsavståelse også på sykehjem, som for eksempel også må gjelde avståelse fra kunstig ernæring eller antibiotikabehandling. På denne måten vil man kunne spare den syke, dennes pårørende og personellet fra opplevelsen av at en naturlig dødsprosess forstyrres unødige. Helsevesenet har i dag en større respekt for at mennesker skal få en naturlig død, noe som generelt oppfattes som positivt.

Avståelse fra eller avslutning av meningsløs livsforlengende behandling er tiltak som også har blitt kalt "passiv dødshjelp". De vanligste handlingene er avstå fra å starte eller å avslutte intravenøs væskebehandling, antibiotikabehandling, tilførsel av hjertestyrkende medisiner, hjertelunge-redning, mekanisk pustebehandling og blodrensing. Dette er tiltak for å forhindre at pasienter skal utsettes for en uverdige og langvarige dødeprosesser når alt håp er ute, siden den raske utviklingen i medisinsk teknologi har gjort det mulig å holde de fleste døende mennesker i live i lang tid. Den nye norske helselovgevingen fremhever pasientens rett til å nekte livsforlengende behandling. Det er blitt påpekt, blant annet innen helsevesenet, at betegnelsen "passiv dødshjelp" er uklar, misvisende og lett skaper forvirring. Den kan gi inntrykk av at avståelse fra meningsløs livsforlengende behandling når alt håp er ute, er handlinger som befinner seg i en gråsoner i forhold til eutanasi. Begrepene "passiv dødshjelp" og "behandlingsunntak" er også lite dekkende i forhold til de kravene den nye helsepersonellovgivingen har til aktiv handling før slike tiltak settes i verk, bl.a. om faglige indikasjoner og drøftelser samt diskusjoner med og informasjon til pasient og pårørende.

## **2.5 Helsepersonellens rolle**

En bekymring mange har uttrykt angår helsepersonells forpliktelser dersom det skulle bli en åpning for eutanasi. Et argument er at det blir feil dersom leger, som har som oppgave å redde liv, også skal ha mandat til å kunne ta liv. Helsepersonell har tradisjonelt omsorg for mennesker som lider, både fysisk, psykisk og sosialt. Helsepersonell har gjennom sin godkjenning og autorisasjon pålegg om behandling og omsorg.

Oppgavene til helsepersonell blir beskrevet både i lovgiving og faggruppers etiske retningslinjer.

De senere år har rasjonalisering og effektivisering skapt store frustrasjoner hos helsepersonell som har vært opptatt av å yte god omsorg i livets slutfase. Parallelt med nye høyteknologiske tiltak, har det vokst fram private tilbud med omsorg for alvorlig syke og døende. Den første offentlige utredningen om omsorg for alvorlig syke og døende kom i 1984, og har senere blitt fulgt opp med planer for kreftomsorg, kvalitetsforskrifter i eldreomsorgen og prioriteringer i helsevesenet.

Eldre skal sikres en verdig livs avslutning i trygge og rolige omgivelser. Verdens Helseorganisasjon har beskrevet hva som betegner en verdig alderdom: Man bør tilstrebe at pasienten kan få dø der hun/han ønsker det og legge forholdene til rette for en verdig død. Pasienter som er i terminalfasen skal dessuten være informert om sin tilstand, tildeles enerom, slippe å være alene, få lindring av smerter og andre symptomer og gis anledning til å snakke om eksistensielle og åndelige spørsmål. Tradisjonelt har sykehus hatt et tilbud om sykehusprester, noe Human-Etisk Forbund har betraktet som en diskriminering av ikke-kristne pasienter. I Belgia og Nederland har det i mange år vært offentlig ansatte humanistiske samtalepartnere for eksistensielle spørsmål. Dette kom i stand etter initiativ fra de humanistiske organisasjonene. Slike verdslige tilbud eksisterer i svært begrenset grad i Norge.

Et dilemma kan oppstå hvis behandlingssiver, trang til å teste/prøve nye tiltak eller finansielle stimulerings tiltak kommer klarere fram enn personens ønske om å dø. Det samme gjelder dersom familie og pårørende til en alvorlig syk har vanskeligheter med å akseptere den lidendes ønske om å avstå fra behandling. Overgangen fra helbredende til lindrende behandling er vanskelig og innebærer at både familie, den syke og helsepersonellet har fått en samlet forståelse av at døden er nært forestående og at muligheten til helbredelse ikke er til stede.

Det er ikke kjent at noen har forsvart det standpunkt at leger skal pålegges en plikt til å utføre eutanasi. Her er det nærliggende å sammenlikne med diskusjonene i forkant av

abortlovgivningen. En klar reservasjonsrett for helsepersonell som av samvittighetsgrunner ikke ønsker å utføre denne type inngrep, er en selvfølge. Slik reservasjonsrett foreligger i de land der eutanasi/assistert suicid praktiseres (se kapittel 3.3). Likevel råder det blant mange innen helsevesenet skepsis til aktiv dødshjelp, basert på tanken om at det vil være feil at de som har som oppgave å redde liv, også skal ha mandat til å kunne ta liv.

## KAPITTEL 3 Lovgivning

### 3.1 Norsk strafferettslig regulering

Utgangspunktet i straffeloven fra 1902 er at den som forårsaker en annens død straffes for drap etter strl. § 233. Denne bestemmelsen rammer både aktive handlinger og unnlater. Ved unnlattelse gjelder også bestemmelsen i straffelovens § 387, som oppstiller straff for den som ikke hjelper den som er "i øiensynlig og overhængende livsfare". På tross av dette vil man ikke i alle tilfeller anses strafferettslig ansvarlig dersom man forårsaker en annens død.

Unntak fra straffbarhet gjelder for det første handlinger eller unnlater som ikke anses rettsstridig. Ulike former for behandlingsunnlattelse ("passiv dødshjelp"), eller ulike former for smertelindring som også forkorter liv ("dobbelteffekten") som er basert på et forsvarlig legeetisk skjønn, vil således ikke anses rettsstridig, selv om det kan sies å være en årsakssammenheng mellom handlingene/unnlattelsene og dødstidspunktet. Så langt synes altså norsk strafferett å ha basert seg på at handlinger som er legeetisk aksepterte også skal anses rettmessige og ikke omfattes av straffelovens § 233, se nedenfor om Riksadvokatens uttalelse i den såkalte Bærums-saken. Det må imidlertid presiseres at det foreligger allmenn aksept for at man ikke skal fortsette hensiktsløs livsforlengende behandling og at det intensivmedisinske fagområdet anser dette som feilbehandling.

Etter norsk strafferett kan også straffansvar i helt spesielle tilfeller utelukkes etter bestemmelsen om nødrett (§ 47) og om nødverge (§ 48).

Straffeloven har videre to bestemmelser om straffnedsettelse som kan få anvendelse på ulike tilfeller av dødshjelp. Dette gjelder straffelovens § 235, som gir adgang til å nedsette straffen dersom noen blir drept med eget samtykke. Det samme gjelder dersom noen har "af medlidenhet berøvet en håbløs syk livet". I disse tilfellene kan altså ikke handlingen bli straffri, men straffen kan settes under minstestrafen og til en mildere straffart. Etter straffelovens § 236 kan straffen på samme måte nedsettes dersom noen medvirker til selvmord.

Enkelte mye omtalte saker fra de senere år har bidratt til å klargjøre hvor grensene for hva som er strafferettslig akseptabelt skal trekkes.

Den første saken som kom opp gjaldt overlege Stein Husebø. Husebø satte i begynnelsen av august 1991 en dødelig injeksjon på en pasient som var uhelbredelig syk og flere ganger hadde anmodet Husebø om å få en injeksjon som gjorde slutt på livet og smertene. Etter at det var innhentet flere omfattende sakkyndige vurderinger, besluttet Riksadvokaten at Husebø skulle gis påtaleunnlattelse. Påtaleunnlattelse innebærer at handlingen anses som straffbar, men at påtalemyndighetene ikke finner grunn til å forfølge saken videre i rettsapparatet for å få utmålt en straff. Husebøs handlemåte ble ansett som en overtredelse av straffelovens § 233, og altså i prinsippet straffbar, men vilkårene for straffnedsettelse etter § 235 forelå. Riksadvokaten fant derfor at "*det offentlige krav om strafforfølgning reduseres til et behov for å få fastslått det lovstridige og straffbare i Husebøs handlemåte*".

Riksadvokaten slo fast at det ikke forelå noen straffrihetsgrunn (f.eks. § 47 eller § 48 i straffeloven), men det ble drøftet nærmere hvorvidt handlingen likevel kunne være rettmessig (det vil si ikke rettsstridig). I denne drøftelsen ble det blant annet vist til at Husebøs handlemåte i følge Riksadvokaten gikk ut over det som kunne aksepteres som passiv dødshjelp. Likevel var det en rekke omstendigheter som kunne tale for at handlingen ikke var rettsstridig; blant annet at pasienten utvilsomt var "*håpløs syk*", at Husebø hadde et udiskutabelt medlidenhetsmotiv, at pasienten hadde tryglet om å få dø, at forkortelsen av livet var ubetydelig, samt at alternativet var en snarlig og meget smertefull

dødskamp. Stein Husebø valgte å akseptere påtaleunntakelsen selv om han under politietterforskningen hadde nektet for å ha begått en straffbar handling.

Noen år senere ble dr. Christian Sandsdalen tiltalt for overtredelse av straffelovens § 233 etter at han i juni 1996 etterkom Bodil Bjerkmanns sterke ønske om å få dø. Under et hjemmebesøk hos Bjerkmann, som led av kronisk, progredierende multipel sklerose og var uhelbredelig syk, satte Sandsdalen flere injeksjoner med dødelig virkning. Etter flere runder i rettapparatet ble Sandsdalen i april 2000 domfelt ved at Høyesterett forkastet anken over lagmannsrettens dom, hvor Sandsdalen ble ilagt såkalt domsutsettelse. Domsutsettelsen innebar at Høyesterett fastslo at handlingen var straffbar, men ikke utmålte noen straff.

I Sandsdalen-saken ga Høyesterett uttrykk for at lovgiver gjennom straffnedsettelsesbestemmelsen i § 235, annet ledd, hadde *"tatt uttrykkelig stilling til hvorledes drap med samtykke og drap forøvet av medlidenhet overfor den håpløse syke skal bedømmes strafferettslig"*. Det ble anført videre: *"Noen bestemmelse om straffrihet for medlidenhetsdrap av den håpløse syke synes ikke å ha vært i lovgiverens tanker, heller ikke på nødrettsgrunnlag"*. Sandsdalens handling kunne derfor ikke anses rettmessig, heller ikke etter bestemmelsen om nødrett. Høyesterett bemerket i tillegg (uten at det var nødvendig for resultatet): *"As (Sandsdalens) handling skiller seg fra tilfeller hvor leger i samsvar med legeloven behandler uhelbredelig syk og døende pasienter for sterke smerter. Dette gjelder f.eks. kreftpasienter med smerter som i livets slutfase ikke kan lindres på annen måte enn gjennom tilførsel av opiater og andre smertestillende medikamenter, der behandlingen etter omstendighetene kan medvirke til at pasientens liv forkortes. Denne behandlingen har til formål å lindre smerte, ikke å avslutte livet. A tilpasset ikke dosen av morfin og ketogan med det for øyet bare å lindre smerter. Tvert om sørget han for at morfindosen og ketoganoppløsningen var slik at Bs liv der og da ble avsluttet."*

Etter Sandsdalen-saken har Riksadvokaten også behandlet en annen sak som berører de samme spørsmål, nemlig saken fra Bærum sykehus (jf kapittel 2.3). I den saken var overlege Stig Ottesen anmeldt for å ha begått en straffbar handling i forbindelse med smertebehandling av en uhelbredelig syk og døende pasient. Ottesen

var anmeldt av en kollega som mente at Ottesens anvendelse av såkalt *"terminal sedering"* i realiteten var et medlidenhetsdrap og derfor burde bedømmes på samme måte som Sandsdalen-saken. Riksadvokaten uttalte under henvisning til Husebø-saken og Sandsdalen-saken: *"Selv om behandling av en uhelbredelig syk og døende pasient med sterke smerter skulle forkorte livet, er dette – som det fremgår – ikke straffbart dersom formålet er å lindre smerte, ikke å avslutte livet."*

Riksadvokaten fant at det i denne saken *"klart ikke forelå bevis for at formålet med overlege Ottesens handling var et annet enn å lindre sterke smerter hos en uhelbredelig syk og døende pasient"*. Riksadvokatens konklusjon ble etter dette at saken måtte henlegges etter bevisets stilling.

I de senere år har det vært fremmet flere forslag om endringer av denne rettsstilstanden. Professorene Johs. Andenæs, Anders Bratholm og Finn Seyersted foreslo allerede i 1992 en endring av straffelovens § 235, slik at det skulle åpnes for at domstolene kunne fritta for straff dersom dødshjelp var foretatt *"for å imøtekomme en bestemt og veloverveid anmodning"*. Forslaget om en nærmere utredning av dette ble imidlertid nedstemt i Stortinget.

Et offentlig utvalg som var utnevnt for å utrede norsk straffelovgivning, Straffelovkommissjonen, fremla i 2002 sitt forslag til ny straffelov (NOU 2002:4). Kommisjonen behandler flere steder i sin innstilling spørsmålene omkring dødshjelp. I forbindelse med bestemmelsen om nødrett fremholder kommisjonen at *"det bør likevel ikke være utelukket med straffrihet ut fra nødrettbetraktninger i slike tilfeller"*, det vil si ved *"livsforkortende behandling av terminalt syke og døende pasienter"*.

Når det gjelder bestemmelsene som skal erstatte dagens §§ 235 og 236 har kommisjonen avgitt en delt innstilling. Flertallet mener at dagens ordning som bare åpner for straffnedsettelse må være tilstrekkelig. Flertallet viser i denne forbindelse til at man ved å åpne for straffrihet *"ikke kan utelukke at enkelte vil kunne ta sitt valg om å anmode om å bli drept på bakgrunn av et virkelig eller innbilt press fra omgivelsene"*.

Et mindretall i kommisjonen foreslår å supplere regelen om straffnedsettelse med en adgang til straffritak dersom drapet ble foretatt etter en "bestemt og veloverveid anmodning fra den drepte", jfr. formuleringen i forslaget fra professorene Andenæs, Bratholm og Seyersted. Mindretallet mener at det i tillegg bør kreves at man står overfor en person som er terminalt syk, eller at døden av andre grunner er nært forestående. Mindretallet mener at en slik bestemmelse om straffritak vil være et nødvendig supplement til bestemmelsen om nødrett. Det er grunn til å ha en egen bestemmelse, fordi en slik særbestemmelse kan oppstille mer spesifikke vilkår. Det understrekes samtidig at det her vil dreie seg om en skjønnsmessig adgang for domstolene til å gi straffritak og at flere andre momenter vil kunne komme inn i den totalvurdering som vil måtte foretas i hvert enkelt tilfelle.

Det samme mindretallet foreslår at bestemmelsen i straffelovens § 236 om straffnedsettelse ved medvirkning til selvmord skal suppleres med en tilsvarende adgang til straffritak. Vilkårene for straffritak i slike tilfeller foreslås å være tilnærmet identiske med vilkårene for straffritak for drap med samtykke.

Dessuten foreslår ett av medlemmene i kommisjonen at det også ved medlidenhetsdrap, hvor det altså ikke foreligger noen anmodning, bør være en adgang til straffritak. Forutsetningen må i slike tilfeller være at det var klare holdepunkter for å kunne anta som sikkert at den drepte selv ønsket at en slik handling skulle foretas. Dessuten må det kreves at vedkommende var terminalt syk eller at døden av andre grunner var nært forestående. Det fremholdes i tillegg at en annen regel vil innebære en umotivert forskjellsbehandling av tilnærmet identiske tilfeller.

Det er ikke kjent hvordan Straffelovkommisjonens forslag til de enkelte straffebestemmelser er mottatt i høringsrunden. Justisdepartementet har imidlertid nylig (juli 2004) i odelstingsproposisjon nr. 90 for 2003-2004 om straffeloven i drøftelsen av nødrettsbegrepet uttalt at Høyesteretts avgjørelse i Sandsdalen-saken fremdeles gir uttrykk for gjeldende rett i slike situasjoner og at departementet ikke tar sikte på å endre rettsstillingen for så vidt gjelder aktiv dødshjelp (eller barmhjertighetsdrap). Departe-

mentet uttaler videre at det ikke kan utelukke at det kan oppstå helt særegne og akutte tilfeller og mener derfor at det er utilrådelig å operere med en absolutt grense for bruk av nødrett.

### **3.2 Lovgivning i enkelte land som har åpnet for dødshjelp**

I utgangspunktet er eutanasi og assistert selvmord ulovlig og straffbart i de aller fleste land. Det er her naturlig å se nærmere på situasjonen i noen land som har åpnet for dødshjelp, nemlig Nederland, Belgia og delstaten Oregon i USA. Også andre land har hatt diskusjon om ulike former for legalisering og grader og kriterier for straffritak, som også er blitt praktisert i noen grad, for eksempel i regionen Northern Territory i Australia. Andre steder debatteres temaet for tiden, og det er ventet at debatten i sentrale europeiske nasjoner som Frankrike, Sveits og Luxembourg vil forsterkes i årene som kommer. Også i overnasjonale organer som Europarådet og EU har problemstillingen vært viet betydelig oppmerksomhet de seneste år.

#### **3.2.1 Nederland**

Nederland står på mange måter i en særstilling. Her har det gjennom flere tiår skjedd en gradvis utvikling. I utgangspunktet har Nederlands lov tidligere uttrykkelig forbudt alle former for dødshjelp. Sterke krefter, blant annet legeföreningen, arbeidet imidlertid for en legalisering, men dette var gjennom 30 år ingen realistisk politisk løsning.

Folkemeningen var imidlertid klar for en oppmykning av regelverket, og dette medførte en utvikling hvor både påtalemyndigheten og domstolene gradvis i praksis aksepterte større rom for straffefrihet for leger. Gjennom kjente rettsavgjørelser ble det trukket opp etter hvert klare kriterier for straffbarheten (for eksempel "Postma-saken" fra 1973, "Chabot-saken" fra 1993/1994, "Brongersma-saken" fra 1999/2000 og andre). Et utviklingstrekk var at man i senere avgjørelser åpnet for en subjektiv tolkning av begrepet "uutholdelig lidelse" og "utsiktsløshet", noe som ga pasientens egen opplevelse avgjørende betydning.

Loven av 10. april 2001 er innholdsmessig stort sett i samsvar med de kriterier for dødshjelp (eutanasi og assistert suicid) som rettspraksis gjennom denne utviklingen på forhånd hadde trukket opp. Forenklet kan disse oppsummeres slik: Legen må være overbevist om at pasienten ønsker å dø, at ønsket er frivillig og veloverveid, at pasientens lidelse er uutholdelig og utsiktsløs med henblikk på en bedring, og at pasienten er velinformert om den situasjonen han eller hun befinner seg i. Teknisk sett innebærer lovendringen at dødshjelpsforbudet (som stadig er der) ikke lenger er absolutt, dersom de nevnte kriterier foreligger.

I Nederland er det ingen forutsetning at eutanasi bare kan gis i terminalfasen, selv om dette gjelder i de aller fleste av tilfellene. Det gis også her en åpning for at barn helt ned til 12 år kan innvilges dødshjelp på skjerpede vilkår. Unntaksvis kan dette også gis ved alvorlige psykiske lidelser som ikke lar seg helbrede eller lindre, men hvor personen er i stand til å gi en kompetent, gjentatt og veloverveid anmodning.

Lovgivningen har vært sterkt omstridt, også i andre land og internasjonale fora. FNs menneskerettskomité har uttrykt bekymring for utviklingen i Nederland og bedt staten fortløpende vurdere om tilstanden er forsvarlig. Men så langt er ingen rettssak blitt reist om praktiseringen av den nye loven, og den er heller ikke klaget inn for noe internasjonalt organ.

### 3.2.2 Belgia

Situasjonen i Belgia har hatt klare forskjeller fra den i nabolandet Nederland. Den katolske kirke har tradisjonelt stått sterkt, og verdidebatten nådde et høydepunkt i forbindelse med abortstriden rundt 1990. Først etter valget i 1999 ble sammensetningen av parlamentet slik at det var aktuelt å foreslå en eutanasilov, med grunnlag i en bred koalisjon utenom de katolske partier. Et annet særtrekk i forhold til Nederland var at man ikke hadde hatt den gradvise utviklingen i rettpraksis, hvor kriteriene for straffefrihet ble utpenslet. Samtidig viste undersøkelser at en overvekt av dødshjelpsavgjørelsene som i praksis ble tatt i Belgia, ikke skjedde etter anmodning fra pasienten.

Belgias lov om eutanasi ble vedtatt i mai 2002 og trådte i kraft noen måneder senere. Den har mange likhetstrekk med den nederlandske loven og oppstiller meget detaljerte regler med kriterier og prosedyrer som må følges for at eutanasi skal anses lovlig. Handlingen skal, som i Nederland, foretas av lege som kjenner pasienten godt og som skal forsikre seg om at pasienten er habil og bevisst, at standpunktet er frivillig og gjentatt, at han eller hun er i en håpløs medisinsk situasjon og lider av en konkret og utålelig fysisk eller mental smerte som ikke kan helbredes og at dette er et resultat av en alvorlig og uhelbredelig tilstand.

Siden Belgia ikke forut for innføring av loven hadde etablert nærmere tolkninger av kriteriene gjennom rettspraksis, er det flere spørsmål som må anses uløst ved det nå vedtatte regelverk, blant annet forholdet til mindreårige. Dessuten omhandler loven formelt ikke assistert suicid. Debatten etter at loven ble vedtatt har i stor grad dreid seg om hvem som har rett til å nekte å delta, legen eller sykehuset, og hvordan pasientens anmodning skal håndteres dersom det i praksis er vanskelig å finne helsepersonell som er villige. Helsepersonell skal ha adgang til å reservere seg mot deltakelse i eutanasi.

For øvrig er situasjonen snart to år etter ikrafttredelsen av det nye regelverket at loven ennå ikke er prøvd rettslig, verken for nasjonale domstoler eller internasjonale klageorganer.

### 3.2.3 Oregon

Eutanasi er ikke lovlig i USA. Noen delstater har imidlertid hatt debatt om legalisering av assistert suicid, (for eksempel Michigan, som har vedtatt en lov som forbyr dette) og Oregon, som etter folkeavstemning i 1994 med knappast mulig flertall vedtok loven som gir rett til assistert suicid ("The Oregon Death with Dignity Act"). Ingen andre amerikanske delstater har per dags dato vedtatt lignende lov, og det er ennå usikkert hvilken endelig skjebne loven vil få.

Lovens kriterier for å gi dødshjelp er noe annerledes enn i Nederland. Ved assistert suicid er det alltid pasienten selv, ikke legen, som foretar den avgjørende handlingen, det vil si inntar medikasjonen som legen foreskriver. Legen kan bare gi slik dødshjelp til personer i

terminalfasen. Pasienten som anmoder om legens bistand må være voksen, kompetent og velinformert om lidelsen, og anmodningen må være gjentatt, både skriftlig og muntlig og med et visst minste tidsmellomrom, minimum 14 dager. Detaljerte regler om dokumentasjon, konferering med andre leger, protokollføring og etterfølgende granskning er gitt.

Statistikk fra det statlige helsedepartementet viser at i 2002 ble assistert suicid i henhold til lovens retningslinjer anvendt ved ca. 0,1 % av dødsfallene. Begrunnelsene var hovedsakelig (i følge "New England Journal of Medicine" 6. mars 2003) "bekymring vedrørende tap av selvbestemmelse, en redusert evne til å delta i aktiviteter som gjør livet verdt å leve og det å miste kontroll over kroppslige funksjoner". En 5 års oversikt viser at pasientgruppen hadde gjennomsnittlig alder på 69 år, de fleste var menn (55 %) og med god utdanning. Det klareste uttrykte argumentet for gruppen som helhet var autonomiargumentet (85 %).

USAs føderale administrasjon brakte loven inn for retten med påstand om at den stred mot konstitusjonen. Loven sto seg i første instans, og saken står nå for appellretten. Det er uklart når en avgjørelse kan ventes.

USAs høyesterett behandlet imidlertid to andre saker om rett til assistert suicid i 1997 og fastslo at slik rett ikke forelå etter grunnloven. Men disse sakene gjaldt stater som ikke hadde legalisert assistert suicid, og avgjørelsen har således ingen direkte virkning på Oregons tilfelle.

Den medisinske profesjon i USA er delt i spørsmålet om legalisering av dødshjelp. Det er en økende samfunnsdebatt om temaet, samt om beslektede emner som terminal/lindrende sedering. Helselovgivingen atskiller seg fra mange andre lands ved at man i USA ikke har noen generell rett til helsetjenester (derimot til å nekte å ta imot behandling).

### 3.3 Norsk helselovgivning

Fra 1.1.2000 ble mange tidligere lover som beskrev helsepersonells yrkesutøvelse samlet. Nå er blant annet legelov og sykepleielov samlet i en felles lovtekst. Forsvarlighet og autorisasjons-

krav, dokumentasjonsplikt og klageoppfølging blir presisert.

Omfattende reformer i den helsepolitiske lovgivningen har gitt pasientene flere rettigheter, og mange dilemmaer er slik blitt redusert. Etter de nye bestemmelsene plikter helsepersonellet blant annet å etterkomme et menneskes ønske om å avstå fra helsehjelp. Pasienter har dessuten anledning til å bestemme om de vil avstå fra å bli gjenopplivet hvis plutselig livstruende sykdom eller ulykke skulle ramme dem. Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan for behandling og pleie, og pasientene har dessuten rett til å medvirke i utformingen av sin individuelle plan. I tilfeller der en syk eller skadd person blir hindret fra å dø gjennom tiltak som pustehjelp og kunstig ernæring, kan og skal livsoppholdelsen avsluttes når det er klart at personen selv ville foretrekke det. Man skal avslutte eller avstå fra tiltak dersom det ikke foreligger god dokumentasjon på at en aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet. Denne bestemmelsen skal gi pasientene mer medbestemmelse. Likevel gjenstår mange utfordringer, fordi mange ikke kjenner sine rettigheter til selvbestemmelse ved sykdom og død. Likeledes gjenstår å sikre et system der enkeltmenneskers ønsker i forhold til svært alvorlige sykdommer og død blir formidlet til helsepersonell som skal gi helsehjelp. Det fins ikke noe offentlig register med nedtegnelse av siste ønsker, selv om en del enkeltmennesker på egen hånd eller gjennom foreningen Mitt Livstestamente har formulert slike ønsker.

Pasienters rettigheter er utferdiget i en egen lov, Lov om pasientrettigheter. Her gis pasienter i sin helhet stor grad av autonomi og råderett over egen kropp. Tidligere hadde mange pasienter opplevd at sykepleiere og leger tok beslutninger de selv ikke hadde medbestemmelse i. Den viktigste lovparagrafen som berører vårt tema er § 4-9. *Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner.* Her presiseres det at en døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er en døende pasient ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker og helsepersonellet etter en selvstendig



vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres. Helsepersonell må forsikre seg om at pasient som nevnt i første og annet ledd er myndig og at vedkommende er gitt tilfredsstillende informasjon og har forstått konsekvensene for egen helse ved behandlingsnektelsen. Personalet har plikt til å informere og gi alle muligheter for pasienten til å ta avgjørelser. Pasienter har rett til å bestemme etter at de har fått grundig forståelse for hva et tiltak innebærer og hva som ventes å skje hvis en ikke gjør noe.

For helsepersonell hjemles retten til å avstå fra livsforlengende behandling i Lov om helsepersonell. I alle situasjoner hvor helsepersonell arbeider, skal mennesker i Norge føle seg trygge på at hjelp blir gitt for å sikre liv. Det er nedfelt i helsepersonelloven at "lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste". Videre at: "Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandelende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell."

Når det gjelder øyeblikkelig hjelp, som behandles i § 7, heter det at helsepersonell straks skal gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen. Behandlingsavståelse er altså situasjoner hvor helsepersonell følger henholdsvis helsepersonellovens § 7 og pasientrettighetslovens § 4-9 og avstår fra gjenopplivingstiltak. Å avslutte kunstig livsforlengende behandling når pasientens ønsker er avklart er ikke å forstå som eutanasi. Flere forskrifter er utformet for å gi trygge og forutsigelige livsvilkår. Forhold rundt det å lindre gjennom smertestillende medisin og sovemidler (lindrende sedering) er søkt avklart gjennom retningslinjer.

Definisjoner av død er ofte kulturbestemt og knyttet til åpenbare tegn som respirasjon og hjerteaktivitet. Fordi teknisk medisin har gitt mange nye behandlingsmåter, ble forståelsen av når et menneske er dødt og ikke kan vekkes til live igjen, revidert i 2004. Følgende definisjon legges nå til grunn for diagnosen død ifølge "Forskrifter om dødsdefinisjon" utgitt av helsedepartementet: "Døden er inntrådt når det foreligger total ødeleggelse av hjernen med komplett

og varig opphør av alle funksjoner i storehjerne, lillehjerne og hjernestamme." Ut fra et medisinsk perspektiv vil disse lover og forskrifter gi gode retningslinjer både til å behandle og til å avslutte behandling. Samarbeid og respekt for det enkelte menneskes rett til å bestemme over sitt liv skal bli vektlagt og ivaretatt. Det kan bli et problem at helsepersonell og pasienter ikke kjenner til de nye bestemmelsene, og man risikerer at pasienter engster seg unødige.

### 3.4 Holdningsundersøkelser

I kjølvannet av diskusjonen etter lovforslag og rettsaker på området er det blitt foretatt en rekke holdningsundersøkelser både i representative befolkningsutvalg og blant helsepersonell, spesielt leger i de fleste vestlige land, Norge inkludert. I følge Kari Vigelands bok *Assistert død – en etisk utfordring* fra 1995 har resultatene vist en økt oppslutning om dødshjelp de senere tiår. Undersøkelser viser grovt sett at rundt tre fjerdedeler av befolkningen mener at det finnes tilfeller hvor leger straffritt bør kunne utføre eutanasi (eller gi aktiv dødshjelp) når en uhelbredelig og håpløst syk anmoder om det. Blant legene mener cirka en halvpart det samme, og omtrent like mange av legene ønsker en lovendring som gjør at dette kan gjøres straffritt. (I Norge er tallet noe lavere.) Det har i de siste årene vært reist kritikk mot metodene for de ulike spørreundersøkelsene. Blant annet er det i en gjennomgang av 30 publiserte spørreundersøkelser som i hovedsak var rettet mot leger, påvist at mellom 21 og 78 % var positive til legalisering av såkalt "aktiv eutanasi". Innenfor det palliative fagmiljøet er en opptatt av å utvikle standardisert og sammenlignbar forskning internasjonalt for holdningsundersøkelser på området.

## KAPITTEL 4 Menneskerettslige perspektiver

### 4.1 Er eutanasi en menneskerett eller en krenkelse av menneskerettighetene?

I debatten om eutanasi trekkes ofte forholdet til menneskerettighetene inn. Tilhengerne av eutanasi argumenterer for eksempel med at det bør være en menneskerett å få bestemme over avslutningen av eget liv, mens motstanderne gjerne viser til prinsippet om menneskelivets ukrenkelighet og om livet som uavhengelig gode. Uansett hvilket standpunkt man tar i forhold til legalisering av eutanasi, vil det menneskerettslige aspekt være et moment av betydning.

Menneskerettighetsproblematikken har flere sider, blant annet filosofiske, politiske og juridiske. Det særlig aktuelle filosofiske spørsmål om innholdet i menneskeverds-begrepet, blir behandlet på et annet sted i utredningen. Historiske og politiske elementer av menneskerettstenkningen skal ikke behandles her. Derimot skal vi se nærmere på det juridiske, altså om man med støtte i menneskerettighetene kan gjøre krav på dødshjelp, eventuelt om staten har plikt til å nekte å legalisere en slik adgang og til å straffeforfølge slike handlinger.

### 4.2 Menneskerettslige kilder og materiale

FNs Verdenserklæring om menneskerettigheter er et politisk dokument, en moralsk rettesnor for FNs medlemsstater, men ikke et juridisk bindende dokument. Innholdet er blitt brukt som utgangspunkt i mange nyere internasjonale konvensjoner og avtaler, og enkelte av disse innebærer en større grad av forpliktelse for landene som slutter seg til. I 1968 ble det i FN enighet om at erklæringen "stadfester forpliktelser for medlemmene av det internasjonale samfunnet". Erklæringen har hatt stor innflytelse på nasjonal lovgivning, og det har etter hvert blitt vanlig å innlemme rettighetene i de enkelte staters grunnlover.

Rettighetene definerer hva det enkelte menneske har rett på, men sier ikke noe om hvem som har

plikt til å innfri rettighetene. Det tradisjonelle synet er at myndighetene i de enkelte land har ansvar for å sikre innbyggernes rettigheter. Det er også ulikt syn på hvorvidt menneskerettighetene er evige og uforanderlige størrelser eller dynamiske normer under stadig utvikling.

Verdenserklæringen inneholder ikke noen egen bestemmelse om dødshjelp. Retten til liv er derimot en grunnleggende rettighet (artikkel 3). Noen har ment at retten til liv gir enkeltmennesket rett til også å velge om man skal leve eller ei og at retten til å dø er en logisk konsekvens av retten til liv. Et annet synspunkt er derimot at eutanasi ikke kan være forenlig med en grunnleggende rett til liv.

Også andre artikler kan sies å berøre dødshjelpsspørsmålet. Verdenserklæringens artikkel 5 påpeker at ingen må utsettes for grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Noen mener å finne støtte for aktiv dødshjelp i denne artikkelen, ettersom mennesker som nektes eutanasi i mange tilfeller utsettes for grusomme smerter og lidelser. Artikkel 7 beskriver retten til å ikke bli diskriminert. Det er blitt henvist til denne rettigheten ettersom de som ber om eutanasi ønsker samme mulighet til å avslutte livet som en person som selv er i stand til dette. Artikkel 12 slår fast at ingen må utsettes for vilkårlig innblanding i sitt privatliv. Det å tvinge et menneske til fortsatt lidelse ved å nekte den som ønsker det eutanasi, er av noen blitt sett på som krenkelse av retten til privatliv.

Verdenserklæringen etablerer som nevnt ikke i seg selv noen juridisk forpliktelse eller rettighet. Som etisk rettesnor har den likevel stor betydning. I forordet til erklæringen betegnes rettighetene som "uavhengelige". For mange innebærer dette at rettighetene ikke er noe man kan gi avkall på. Denne tankegangen kan også ses som en videreføring av naturrettslige prinsipper om rettigheters vesen og kommer til uttrykk i ulike sammenhenger. For andre fremstår rettighetene som av mer pragmatisk karakter. Noen viser til at også menneskerettighetene er gjenstand for utvikling og nyansering og at det sentrale er *retten*, ikke plikten, til godene/rettighetene.

Norge har sluttet seg til en rekke senere menneskerettslige konvensjoner og avtaler, som er juridisk bindende. Mest relevant i

denne sammenhengen på internasjonalt nivå er FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter fra 1966, som inneholder en rekke bestemmelser om vern av retten til liv etc., i hovedsak tilsvarende som i Verdenserklæringen.

FNs overvåkingsorgan for sivile og politiske rettigheter (den såkalte menneskerettskomiteen) behandler utviklingen i de enkelte land og tar stilling i konkrete klagesaker, der enkeltindivider påberoper seg menneskerettskrenkelser. Eutanasi-spørsmålet som sådan har ikke vært behandlet. Flere kommentatorer har imidlertid gitt uttrykk for at en forsvarlig og gjennomregulert nasjonal lovgivning som tillater assistert suicid, ikke uten videre kan innebære konvensjonsbrudd.

Heller ikke Den europeiske menneskerettighetskonvensjon har eksplisitte bestemmelser om eutanasi. Konvensjonens artikler er innholdsmessig stort sett sammenfallende med Verdenserklæringen og FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter. Fram til 2002 forelå det ingen autoritative uttalelser om hvordan eutanasi antas å forholde seg til de relevante bestemmelser.

Med "Diane Pretty-saken" fra England i 2002 ble dette endret. Vi skal derfor se litt nærmere på den. Britiske Diane Pretty var terminalt syk med kort forventet levetid og lam fra halsen og ned. Hun ønsket å selv få bestemme når hun skulle dø, for å bli spart for lidelser. Hun var ikke selv i stand til å ta sitt eget liv og ønsket at mannen hennes skulle hjelpe henne, noe han var villig til. Men ettersom det i England i likhet med Norge er straffbart å medvirke til selvmord, søkte Pretty om garanti for at det ikke skulle bli reist tiltale mot mannen i etterkant. Søknaden ble avslått, også av den øverste domstolen (tilsvarende norsk Høyesterett). Pretty brakte deretter saken inn for Den europeiske menneskerettighetsdomstol hvor saken ble behandlet som hastesak ettersom Pretty hadde kort forventet levetid.

Pretty argumenterte med at det var brudd på hennes menneskerettigheter å ikke tillate henne å bli spart for store lidelser ved livets slutt. Det var særlig tre menneskerettigheter som ble trukket fram i hennes argumentasjon: Retten til liv, forbudet mot tortur og umenneskelig behandling og retten til respekt for privatliv. I tillegg ble forbudet mot diskriminering også diskutert.

Retten til liv som er nedfelt i artikkel 2 i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon ble av menneskerettighetsdomstolen avvist som relevant argument. Domstolen slo fast at retten til å dø med hjelp fra andre ikke kunne avledes fra artikkel 2 i Den europeiske menneskerettighetskonvensjon. Heller ikke argumentet om umenneskelig behandling (artikkel 3) førte fram. Det ble blant annet lagt vekt på at det her ikke var staten som påførte smerte. Selv om domstolen i andre tilfeller har gått langt i å akseptere at stater har en positiv plikt til å hindre umenneskelige og nedverdiggende behandling, fastslo man altså at denne plikten ikke omfattet Pretty krav.

Derimot var retten i større tvil med hensyn til argumentet om at respekten for privatlivet (artikkel 8) tilsier selvråderett over livets avslutningsfase. Selv om heller ikke dette argumentet førte fram, uttalte domstolen at man ikke kunne utelukke at det her i prinsippet kan foreligge en beskyttelsesverdig rett. Når man likevel ikke gav Diane Pretty medhold, var dette fordi den såkalte "skjønnsmarginen" innebærer en viss grad av frihet for den enkelte stat til å ta hensyn til nasjonale forhold ved tolkningen av menneskerettslige forpliktelser, herunder om den aktuelle handlingen vil kunne skape risiko for misbruk.

Pretty-dommen gir ikke en endelig avklaring på hvorvidt menneskerettighetene kan brukes som argument i diskusjonen om legalisering av aktiv dødshjelp. Domstolen aksepterte verken at retten til liv (tolket som retten til å få dø) eller forbudet mot umenneskelig behandling kan innebære en rett til dødshjelp. På den andre siden avviste ikke domstolen at retten til respekt for privatlivet er en rettighet som er relevant i forhold til ønsket om å få hjelp til å dø. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen har innrømmet den enkelte stat et forholdsvis vidt skjønn til å avgrense selvråderetten i livets slutfase. Diskusjonen om hvilke krav menneskerettighetene setter til de nasjonale lovgivningene vil fortsette.

### **4.3 Andre internasjonale rettskilder og uttalelser**

Europarådets parlamentarikerforsamling vedtok i 1999 den såkalte anbefaling nummer

1418 ("Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying"). Dokumentet inneholder en sterk erklæring mot eutanasi og baserer seg på argumentene om respekt for individet og menneskets verdighet. Anbefalingen er blitt intenst diskutert på dette punkt. En senere uttalelse vedtatt av Europarådets komité for sosial-, helse- og familiesaker i september 2003 ber Europarådet analysere den faktiske praktiseringen av eutanasi og assistert suicid i medlemslandene, samt lovgivningen om dette i Nederland og Belgia. Det anmodes videre om å vurdere avkriminalisering av eutanasi for å håndtere fenomenet på en mindre tilfeldig måte enn det som skjer nå i de fleste europeiske land. Uttalelsen, som bygger på en rapport fra det sveitsiske parlamentsmedlem Dick Marty, er også svært kontroversiell. Endelig behandling av denne saken er ikke foretatt i Europarådets organer.

FNs menneskerettskomité har i sin konklusjon etter gjennomgåelsen av den nye loven i Nederland (se nærmere i punktet om Nederland), uttrykt bekymring over antallet tilfeller av eutanasi og assistert suicid, og i særdeleshet over at den nye loven åpner for eutanasi på barn.

Konklusjonen er at menneskerettighetene ikke gir et entydig svar på dødshjelpproblematikken. Selv den mest ytterliggående rettslige regulering, nemlig den nederlandske, er ikke stemplet som menneskerettsstridig. Heller ikke Den europeiske menneskerettsdomstol har uttalt seg slik, selv om den i Pretty-saken utvetydig fastslår at retten til liv ikke innebærer en tilsvarende rett til å dø. Rettskildemessig er situasjonen i dag at eutanasi verken kan sies å representere en menneskerett eller et brudd på menneskerettighetene. Det enkelte land står relativt fritt til å vurdere hvilken lovgivning som er ønskelig på dette området.

## KAPITTEL 5 Filosofiske og etiske betraktninger

### 5.1 Menneskeverd og likeverd

Den eldste etiske tenkning om menneskers behandling av og holdning til hverandre kommer

til uttrykk i ulike varianter av *gjensidighetsprinsippet* eller den gyldne regel, det vil si å handle mot andre som en vil at andre skal handle mot en selv, og i dens motstykke, hevneprinsippet eller *lex talionis*, som innebærer å hevne eller ta igjen de ugjerninger en mener andre har gjort mot en selv. Disse prinsippene finner vi tilbake i skrifter som er over 4000 år gamle, og de finnes i alle kulturer og verdensreligioner i ulike varianter. Troen på at mennesket er spesielt blant alle livsformer og/eller utvalgt av høyere makter kjenner vi fra den hebraisk-kristne tradisjonen. Ut fra denne tenkemåten, som langt på vei deles av islam, anses mennesket å være skapt i Guds bilde og tildelt en spesiell plass i "skaperverket", slik at det å krenke mennesket dermed blir å krenke sin skaper. Den greske filosofen Aristoteles (384-322 f.v.t.) mente mennesket var spesielt i kraft av sin evne til å tenke. Vi overgår både planter og dyr ved ikke bare å oppta næring og følge våre instinkter, men ved å ha tenkeevne. "Mennesket er det eneste dyr som vet at det skal dø", hevdet han.

På 1500-tallet brukes uttrykket *menneskeverd* for første gang og anses som en del av humanismens historiske røtter. 1700-tallets opplysningsfilosofier gjorde opprør mot den religionen som underkjente individet. De hevdet at mennesket i kraft av å være menneske har naturlige rettigheter, og de første systematiske tankene om individuell selvbestemmelse (autonomi) så dagens lys. Den første menneskerettighetserklæringen fra 1689 begrunnet menneskeverdet naturrettslig. Senere kom den nordamerikanske uavhengighetserklæringen i 1776, som systematisk formulerte menneskerettighetenes sammenheng med menneskeverdets ukrenkelighet, og den franske revolusjonens menneskerettighetserklæring i 1789, der menneskeverdet og likeverdet begrunnes naturrettslig og ikke-religiøst. Grunnlaget var lagt for senere erklæringer om menneskeverdet og dets ukrenkelighet i form av våre moderne menneskerettigheter.

Den menneskelige person ble gradvis utviklet til å bli ansett som en verdi i seg selv. FNs Verdenserklæring om menneskerettighetene omtaler alle mennesker som unike og med et "iboende" verd. FNs menneskerettighetserklæring begrunner menneskets ukrenkelighet på tvers av livssynsmessige, politiske og

ideologiske skiller. Kjernen er menneskets rett til å eie seg selv, sin kropp og sine tanker, altså en understrekning av den individuelle autonomi. Og mennesket er likeverdig, uavhengig av et hvert *ytre* kjennetegn som rase, kjønn, klasse, hudfarge, etnisk bakgrunn, utseende, funksjonsevne osv. og uavhengig av "*indre*" kjennetegn som tro, tanke, politisk syn osv. Dette er tanker som i første rekke har rot i europeisk åndsliv.

De ulike artiklene i Menneskerettighetserklæringen innledes med ordet "*Enhver* (har rett til og så videre)". Dette understreker at menneskeverdet og menneskerettighetene er uløselig forbundet med hverandre og tilkjennes enkeltmennesket overalt. Likeverdet er tett knyttet til forestillingen om det unike menneskeverd. Så snart menneskeverdet rangeres som ulikt mellom personer eller grupper, rakner selve grunntanken. Likeverdet har mange idéhistoriske røtter, både i kristendom, i opplysningsfilosofien og i liberale og sosialistiske politiske tradisjoner. Likhetsprinsippet omfatter også prinsippet om positiv diskriminering. Om funksjonshemmede mennesker må ha en kompensatorisk behandling for å fungere på like fot i samfunnet, betyr det at noen får noe som ikke alle får. Det blir en ulikebehandling som sikter mot likhet i resultat – som forutsetning for å realisere et verdig liv. Dette aksepteres vanligvis også i den liberale tradisjonen hvis den funksjonshemmede er uforskyldt funksjonshemmet. Her ligger en grunnleggende respekt for at menneskers kroppslige forutsetninger og ytre livsbetingelser kan være ulik og skape ulikhet, men dette vil aldri i seg selv kunne forsvare en diskriminering i form av sortering eller i form av noens rett til å hevde at andre ikke har rett til å leve eller å leve likeverdig.

I forhold til å forsvare menneskeverdet og likeverd mellom mennesker ligger den største trusselen i dag i tendensene til å avhumanisere enkeltmennesket. Avhumanisering kan eksempelvis skje ved rangering av menneskeverdet. Vi snakker da i verste fall om risikoen for å utvikle sorteringskriterier for retten til liv. Menneskeverd kan rangeres etter *markedsverdi*. Den friske, effektive og produktive gis i praksis et annet menneskeverd enn den "unyttige", den funksjonshemmede uførepensjonisten som ofte er syk, som ikke er i arbeid og som føler seg til bry i samfunnet. Menneskeverd kan også rangeres ut fra *alder*. Eldre kan oppleve at de stiller bakerst i

helsekøen når profesjonelle fotballspillere og travle direktører trenger hasteoperasjoner.

Rasehygieniske og sosialdarwinistiske teorier har nå liten oppslutning i vitenskapen. Men *rase* er likevel et anvendt rangeringskriterium. Oppgjørene med den behandling vi her i landet hadde opp til nyere tid av samer og tater er heldigvis tatt. Men ennå finner vi at mennesker fra såkalt fjernkulturelle områder får rangert sitt menneskeverd lavere enn andre. Likedan ser vi at eugenikken (genmanipulering) er på vei tilbake til den medisinske profesjon i kjølvannet av mer biologisme knyttet til sammenhengen mellom egenskaper, lidelser og sykdommer på den ene side og genetiske forutsetninger på den annen side. Eugenikken kan dermed brukes ikke bare til å bekjempe sykdommer og lidelser ved pasienters samtykke, men også til å rendyrke en jakt på det perfekte menneske som er gitt en spesiell rang i kraft av å inneha bestemte kroppslige egenskaper eller intellektuelle og kunstneriske evner.

Rangering etter *funksjonsevne* skjer når vi stempler ulike grupper som avvikere fra det normale på grunnlag av persepsjonshemninger, bevegelsehemninger, forstandshemninger, og andre funksjonshemninger, innbefattet avvik med hensyn til utseende. Slik rangering er ikke bare en del av vår historie, men gjør seg gjeldende i vår hverdag gjennom at mennesker rangeres i forhold til alder, funksjonsevne eller kjønn, kulturell bakgrunn og andre forhold. Kriterier som eksempelvis ikke legitimt kan ligge til grunn for en rangering av menneskeverd er egenskaper som alder, kjønn og etnisitet.

Avhumanisering i form av objektgjøring kan spenne fra byråkatiets fremmedgjørende virkning for brukere av offentlige og private tjenester til behandlingsprofesjonenes tendens til å tenke formålsrasjonelt og instrumentelt omkring pasientenes livssituasjon. Slike objektgjørende fenomener kan lett få mennesker til å tenke på meningen med sitt liv ut fra egen opplevd evne til å innfri gitte og objektiviserte idealer. Ut fra dette kan menneskeverdet påvirkes av krefter som bidrar til å undergrave følelsen av egenverd hos den enkelte. Og dette kan igjen resultere i egenforakt og ønske om utslettelse og livsavkortning. For funksjonshemmede ser vi at det

ofte skjer en avhumanisering som består i at man mer identifiseres med sitt handikap enn sin person. Man kategoriseres og stigmatiseres og fratras på den måten sin egenverd som menneske. Når omgivelser eller en selv forbinder menneskeverdet til funksjonsevner, kan dette også resultere i en forakt for svakhet som i verste fall kan slå ut i vurdering av retten til å leve. En spesiell form for objektgjøring er den vurdering av andres livskvalitet som kommer til uttrykk i betegnelsen ”grønnsak” om mennesker som er bevisstløse etter ulykker.

Når man i dødshjelpsproblematikken taler om verdig død og verdig liv, er det lett å blande et verdighetsbegrep som er knyttet til omgivelsenes respekt overfor den lidende, med et verdighetsbegrep som er knyttet til dette menneskets egenverd. Menneskerettighetene er nært forbundet med menneskeverdtenken. Menneskerettighetene kan dypest sett forstås som et uttrykk for en anerkjennelse av alles like menneskeverd. Artikkel 1 i FNs erklæring om universelle menneskerettigheter av 1948 lyder: ”Alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter. De er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd”. Tanken om menneskeverd og menneskerettigheter er et normativt ideal. Hver dag over hele kloden blir mennesker behandlet ulikt, rangert og opplever sitt menneskeverd krenket. Avtaler og konvensjoner brytes, og statenes beskyttelse av individenes rettigheter er utilstrekkelig.

Menneskerettighetenes kjerne er menneskets rett til å eie seg selv, sin kropp og sine tanker. Rettighetene er altså en understrekning av den individuelle autonomi. Mennesket er likeverdige, uavhengig av både ytre og indre kjennetegn som rase, kjønn, klasse, hudfarge, etnisk bakgrunn, utseende, funksjonsevne og tro, tanke og politisk syn. Menneskeverd er således erklært å følge av selve det fenomenet å *være* et menneske, uansett ytre og indre kjennetegn. Likeverdistanken er altså tett knyttet til forestillingen om det unike menneskeverd. Så snart menneskeverdet rangeres som ulikt mellom personer eller grupper, rakner selve grunn tanken.

Menneskeverd er brukt som argument for at det alltid er galt å ta liv, livet har i seg selv verdi for mennesket. Det følger av denne tankegangen at livet må beskyttes for enhver pris for å unngå en generell reduksjon av menneskeverdet. Menne-

skeverdet er per definisjon knyttet til å være et levende menneske. Subjektet eller bæreren av verdigheten kan ikke frakoples verdigheten, og ethvert menneskeliv er verdig per definisjon. Denne tankegangen står i kontrast til tanken om at det stilles krav til hva som kan betraktes som menneskeverdige liv. Et liv som er preget av store lidelser kan for den det gjelder oppfattes som umenneskelig og uverdige. I slike tilfeller kan avvisning av dødshjelp med henvisning til respekten for personens menneskeverd, fremstå som et paradoks. Det å ikke etterkomme ønsket om å få dø fra et alvorlig sykt menneske, som er uten håp om bedring og som har store lidelser, vil av enkelte oppfattes som inhumant, og et overgrep mot denne personens menneskeverd. Ut fra denne tankegangen uthules ikke menneskeverdsbegrepet selv om det legges inn premisser og kriterier for hva som er menneskeverdige liv. Det knytter seg likevel problemer til å stille slike krav til hva som betraktes som menneskeverdige. Aktuelle spørsmål er blant andre hvilke kriterier som skal ha gyldighet ved en verdighetsvurdering, og hvem skal foreta en slik vurdering.

En av farene er at man som helsepersonell eller pårørende overfører sitt eget syn på hva som er menneskeverdige liv. Dette kan skje ved at man overidentifiserer seg med pasienten og overfører sin egen følelse på pasienten. Det er den andre som må være i fokus, ikke omgivelsenes egen smerte over å se lidelse. Det er en selvfølge at ingen skal fratras sitt iboende menneskeverd gjennom livsavkortning fordi andre ikke holder ut å se dette mennesket lide. Det må ikke bli slik at vi ønsker å fjerne det vi ikke tåler å se, altså lidelsen. Når det gjelder synet på lidelse og smerte er derfor et viktig skille mellom egen og andres smerte.

Viktigheten av å skille mellom egen og andres smerte kan også gjelde omvendt, når omgivelsene betrakter pasientens liv som verdifullt selv når pasienten ikke opplever det slik. Å påføre andre sin egen holdning til lidelse, uansett hvilken, er det motsatte av å respektere andres selvbestemmelse.

Argumenter både for og imot dødshjelp gis gjerne med henvisning til respekt for menneskeverdet. På den ene siden vil enkelte hevde at et menneskeliv er menneskeverdige per definisjon – dermed vil eutanasi i prinsippet

være et overgrep mot menneskeverdet. På den andre siden vil andre motsatt hevde at det finnes former for og tilstander av liv som ikke er menneskeverdige og at eutanasi derfor kan forsvares i enkelte slike tilfeller. Det kan her være tale om ulik forståelse av begrepet verdighet.

## 5.2 Råderetten over livet ("Drapstabuet")

Det henvises ofte til drapstabuet i eutanasi-debatten. En påstand er at forbudet mot drap er en nødvendig barriere mot utviklingen av et voldelig samfunn og at åpning for dødshjelp representerer et farlig brudd med drapstabuet. Barrieren mot drap er viktig, men man bør være oppmerksom på at drapsforbudet ikke gjelder absolutt. Et allment akseptert unntak fra forbudet mot å ta liv er retten til selvforsvar. Et annet unntak fra drapsforbudet, med utbredt aksept i mange land utenfor Norge, er dødsstraff.

I alle samfunn finnes det forbud mot å ta liv, men det er stor forskjell i ulike kulturer og til ulike tider når det å ta liv anses som galt. I gresk og romersk tradisjon var det utpreget aksept for spedbarnsdrap, selvmord og eutanasi. Med innføringen av kristendommen i Europa ble selvmord og eutanasi forbudt. Ettersom livet ble sett på som en gave fra Gud, kunne det ikke velges bort. Dette synet ble det rådende og ikke utfordret på mange hundreår. I Thomas Mores *Utopia* fra 1516 ble eutanasi for desperat syke beskrevet som et viktig element i et perfekt samfunn. Flere andre britiske filosofer, blant annet David Hume, Jeremy Bentham og John Stuart Mill utfordret, som vi skal se, den religiøse begrunnelsen for moralitet og det absolutte forbudet mot selvmord, eutanasi, abort og spedbarnsdrap.

Et syn er at vi ikke har full råderett over våre egne liv, men kun "bruksrett". Dette innebærer at vi ikke har rett til å ta vårt eget liv. "Bruksrettargumentet" stammer fra den kristne filosofen John Locke (1632-1704) som hevder at et menneske ikke råder over sitt eget liv og heller ikke kan gi andre tillatelse til å ta sitt liv: "Den som ikke har rett til å ta sitt eget liv, kan ikke gi en annen rådighet over det." Argumentet om at mennesket kun har bruksrett til sitt eget liv mens Gud har eiendomsrett, må avvises innenfor et humanistisk tanke sett. Argumentet er ikke gyldig

når man ikke godtar den metafysiske ideen om en allmektig gud som skal styre over menneskene.

Den tyske filosofen Immanuel Kant (1724-1804) presenterer en annen begrunnelse for at det å ta sitt eget liv ikke kan tillates. Kant hevdet, selv om han var kristen, at moral må begrunnes ut fra fornuft og ikke ut fra religion. Det var imidlertid ikke riktig, mente han, at mennesket kunne ta eget eller andres liv, ettersom det ikke er rasjonelt å utsette det rasjonelle. Å ta sitt eget liv strider dessuten mot Kants postulat om at mennesket må behandles som et mål i seg selv og ikke kun som et middel (det kategoriske imperativ). Det skal likevel nevnes at Kant støttet dødsstraff.

En rekke filosofer har imidlertid hevdet at selvmord er en akseptabel vei ut av et liv som ikke har noen positive kvaliteter. Den britiske filosofen David Hume (1711-1776) argumenterte for at mennesket hadde rett til å gjøre slutt på livet når det selv ønsket det. Argumentasjonen baserte seg på prinsippene om autonomi og nytte.

*Utilitarismen* står for det syn at hensikten med etikk og moral ikke er lydighet mot en gud eller andre abstrakte begreper, men å fremme mest mulig lykke for flest mulig (mennesker og dyr). Humanismen er sterkt påvirket av denne filosofiske retningen. Utgangspunktet for en handling er at den skal føre til mest mulig nyttige konsekvenser for alle berørte parter. Det relevante spørsmålet i den etiske vurderingen av selvmord og dødshjelp er hvorvidt handlingen fører til bedre eller dårligere konsekvenser for de det gjelder. Ut fra denne tankegangen er det ikke lydighet fra religiøse påbud som er kriteriet for at en handling er riktig eller god. Det er ikke Gud, men mennesket som styrer over seg selv – en god handling er en handling som tar sikte på å redusere lidelse og øke lykke. Den kjente utilitaristen John Stuart Mill (1806-1873) uttrykker: "Over Himself, over his mind and body, the individual is sovereign."

## 5.3 Autonomibegrepet

Det henvises ofte til respekt for individets autonomi i argumentasjonen både for og imot

eutanasi. Det kan derfor være verdt å se nærmere på dette begrepet. Etymologisk kommer ordet av gresk *auto* = selv, *nomos* = lov, altså selvlov-givning eller selvbestemmende. I sekulær tradisjon brukes begrepet som friheten fra ytre (herunder religiøse) autoriteter. Kritikere har imidlertid hevdet at det innenfor sekulære kretser legges for stor vekt på enkeltindividets autonomi og påpeker at det er en del problematiske sider ved dette. Et viktig spørsmål er om plikten til å redde liv skal overstyre prinsippet om respekt for den individuelle autonomi.

I filosofien knyttes autonomibegrepet ofte til Kant og handler i første rekke om menneskets bestemmelse over seg selv som fornuftsvesen. Når det autonome individet tar sitt liv fjerner det samtidig muligheten for i fremtiden å utøve sin autonomi, ettersom det ved å ta livet av seg selv utrydder sin egen autonomi. Kant omtaler selvmord som selvmotsigende, ettersom det innebærer destruksjon av det autonome. Dette strider imot fornuften og er dermed også umoralsk, ifølge Kant, og det kan derfor verken være en rasjonell eller etisk handling. Denne tankegangen kan overføres til eutanasi og assistert suicid, hvor en persons autonomi utslettes på tilsvarende måte som ved selvmord. Vi ser her at respekten for individets autonomi kan brukes i påstanden om at selvmord, eutanasi og assistert suicid verken er rasjonelt eller etisk. Som motargument kan man hevde at ønsket om å dø ikke nødvendigvis behøver å oppfattes som irrasjonelt eller illegitimt selv om det selvsagt fører til at både kropp og autonomi vil opphøre å eksistere.

Et velkjent argument i eutanasidebatten er at individers ønsker skal respekteres, og at man derfor må tillate dødshjelp dersom en lidende person har et sterkt ønske om dette. Selv om eutanasilhengere legger vekt på at enkelt-individers ønsker skal respekteres, blir eutanasi av de fleste sett på som så alvorlig at flere betingelser må oppfylles før det er riktig å etterkomme et ønske om eutanasi. De fleste tilhengere av eutanasi mener at flere kriterier, som uhelbredelig sykdom medførende sterke smerter eller at man befinner seg i terminal fase, må oppfylles før et så alvorlig ønske kan innfris. Samtidig som respekt for autonomi brukes som argument i debatten, legges det altså føringer og begrensninger på denne autonomien.

Det er blitt hevdet at syke mennesker har mindre autonomi enn friske mennesker og at deres ønsker av den grunn ikke er gyldig i like stor grad. Det er opplagt at syke, døende pasienter som er lenket til sykesengen ikke er selvstyrt i den forstand at de er i stand til å selv gjennomføre sine ønsker og forsetter. Syke personer kan imidlertid være klare i hodet selv om kroppen ikke fungerer, og de kan ha veloverveide ønsker og meninger. Enkelte vil mene at det er spesielt viktig å respektere et ønske når den som spør ikke er i stand til fysisk å utføre det selv. Noen mener tvert imot at man nesten må være frisk for at en så viktig beslutning skal være plausibel, og betrakter nærmest den dødssyke personen som "inhabil". Som motargument til dette kan man hevde at lidelse og smerte tvert imot må være en del av en erfaring som gjør ønsket om å få dø til et kvalifisert ønske og som friske personer kanskje ikke er kompetent til å vurdere. Kanskje man nettopp må være svært syk med alvorlige smerter for å ha kompetanse til å fremme en kvalifisert forespørsel om eutanasi?

Det stilles som regel et kompetansekrav til den som ber om eutanasi, men altså ikke et krav om at pasienten skal være fysisk frisk. Pasienten skal være kompetent i den forstand at han skal kunne ytre en veloverveid, eksplisitt og vedvarende forespørsel. Dette krever blant annet at pasienten er tilregnelig. Personer med alvorlige depresjoner, som har utviklet Alzheimers, som ikke er ved bevissthet, psykisk utviklingshemmede og spedbarn er blant dem som ikke blir betraktet som kompetente.

Vi kan konkludere med at respekten for autonomi er et hovedargument for å tillate eutanasi til lidende som har et sterkt ønske om å dø, men som ikke er i stand til å ta sitt eget liv. Samtidig finnes det de som i likhet med Kant vil hevde at det å etterkomme et ønske om å dø ikke kan være respekt for autonomi, ettersom man da utsletter seg selv og dermed sin autonomi. Enkelte vil også hevde at syke har en svekket autonomi – og at de nærmest er inkompetente når det gjelder viktige avgjørelser som berører liv og død.



## 5.4 Rettferdighet og dødshjelp

Prinsipper om rettferdighet og like muligheter har vært fremmet som argument til støtte for at eutanasi eller assistanse til selvmord skal tillates. En rettferdig handling krever likebehandling av like tilfeller. Tanken er at den som vanskelig kan utføre suicid på egen hånd må kunne få assistanse til å befris fra livet. Et rettferdighetsprinsipp, eller prinsipp mot diskriminering av de som vanskelig er i stand til å ta sitt liv uten assistanse, kan tale for at aktiv dødshjelp er akseptabelt i disse tilfellene. Et poeng som taler imot denne tankegangen er at mange som ytrer ønske om å ta sitt liv likevel ikke gjennomfører det.

En behandling av assistert suicid krever en avklaring av holdningen til selvmord. Enkelte vil hevde at ethvert ønske om å selvmord er uttrykk for et sykt sinn og at en person som ønsker å begå selvmord per definisjon er utilregnelig. Dersom man anerkjenner at det finnes kompetente og rasjonelle ønsker om selvmord, kan man også anerkjenne at ønsket om assistanse til suicid kan være rasjonelt. Et krav til kompetanse og tilregnelighet må være oppfylt også når det gjelder assistert suicid.

Ved assistert suicid er pasienten i fysisk stand til å klare å utføre den endelige handlingen selv, som vil si at personen dør ved selvmord. Medvirkning kan bestå i alt fra å gi råd om metoder og medikamenter, skrive ut resept på medikamenter til å legge en pille på tunga til pasienten som selv må svelge.

Der selvmord og selvmordforsøk ikke er ulovlig, er det i enkelte land, som Norge og England blitt innført spesielle regler som rammer medvirkning til selvmord. Andre land, som Sverige, Sveits og Tyskland, har aldri hatt slike regler, og det er straffritt å assistere suicid. Det at selvmord ikke er straffbart i Norge, kan tale for at assistanse for å utføre denne lovlige handlingen heller ikke burde være straffbart. Det kan oppfattes som et paradoks at assistanse til en legal handling i Norge i prinsippet har lovens lengste straff. På den annen side er det forskjell på handlinger utført mot andre og handlinger mot seg selv. Ved assistert suicid er det handlende subjektet personen selv, noe som er en av grunnene til at assistert suicid generelt anses som mer akseptabelt enn eutanasi. En viktig grunn til dette er at personen selv har mer kontroll og ansvar.

Risikoen for misbruk blir mindre, det kan vanskeligere sås tvil om frivilligheten, og beslutningen om å avslutte livet er reell.

## KAPITTEL 6 Humanistiske verdier

### 6.1 Humanistiske synspunkter

Peker et bestemt syn på eutanasi seg ut som en konsekvens av det humanistiske livssynet? Selv om humanister har mange felles verdier innebærer ikke det nødvendigvis at de har et felles syn på eutanasi. Verdier som verdsettes av humanetikere, og som understrekes i Human-Etisk Forbunds vedtekter, er blant annet menneskeverd og selvbestemmelse. En person med et verdslig-humanistisk ståsted vil kunne vektlegge, i ulik grad, forhold som forpliktelsen overfor det lidende menneske, respekt for livet, medfølelse og respekt for den enkeltes autonomi. Det som er avgjørende er hvilke av disse verdiene som tillegges mest vekt og hvordan verdiene fortolkes. Følgelig er det ingen gitte, nødvendige konklusjoner i dette vanskelige spørsmålet, og flere standpunkter til eutanasi kan la seg forene med et humanistisk livssyn.

En avklaring av hvorvidt livet skal betraktes som absolutt ukrenkelig kan være avgjørende i en diskusjon om eutanasi. Et vanlig prinsipielt argument mot eutanasi er nettopp livets ukrenkelighet og hellighet. En religiøs begrunnelse er at det kun er gitt Gud, ikke mennesket, å ta liv. Også mennesker uten religiøs tro vil kunne hevde at livet har en egenverdi uavhengig av lidelse, og at det konsekvent er galt av mennesker å gripe inn. Som tidligere nevnt finnes det tilfeller hvor de fleste av oss mener det er legitimt å ta liv, som eksempelvis ved selvforsvar. En slik nødssituasjon vil være et unntak fra regelen om at det å ta liv er galt.

Innenfor alle kulturer er det en grunnregel eller et moralsk premiss at det å ta liv er galt. Likevel vil de fleste mene at det finnes unntak fra denne regelen. Drap i selvforsvar er et slikt

unntakstilfelle, som de fleste vil anse som moralsk forsvarlig. Det er imidlertid også ofte kulturelt betinget i hvilke tilfeller vi aksepterer unntak fra regelen. I USA mener et flertall av befolkningen at dødsstraff er moralsk forsvarlig. I Norge er det stor enighet om abortlovgivningen, som lar det være opp til hver enkelt gravid kvinne å avgjøre hvorvidt abort er riktig. Mange vil imidlertid hevde at abort ikke handler om å ta liv, fordi fosteret må betraktes som en del av kvinnens kropp. Selv om man finner unntak fra regelen om at det er galt å ta liv, står forbudet mot å ta liv sterkt. Forbudet begrunnes på ulike vis, det finnes både religiøse og ikke-religiøse begrunnelser. Drapstabuet veier tungt, også for humanister.

Felles for mennesker som ikke tror på et liv etter døden, er at det er den dennesidige tilværelse som betyr noe. Best-interest-argumentet, som vektlegger hensynet til hva som er i den håpløst sykes beste interesse, tar utgangspunkt i målet om et best mulig liv her og nå. Denne forestillingen har sitt utspring i verdslig og humanistisk tankegang og står i kontrast til det religiøst begrunnede synet om at ikke mennesket selv, men bare Gud har rett til å bestemme over liv og død.

Flere undersøkelser viser en sammenheng mellom religiøsitet og holdning til eutanasi. Samme tendens gjelder holdninger til selvmord og abort. Religiøst orienterte vil ha mer tiltro til skjebnen og guden som bestemmer over liv og død. Muligheten for mirakuløse helbredelser bidrar også til holdningen mot eutanasi blant religiøst orienterte. Selv om det er en viss sammenheng mellom livssyn og holdninger til eutanasi, gjelder ikke dette som en absolutt regel. På samme måte som et humanistisk livssyn ikke innebærer et bestemt syn på eutanasi er det ikke en nødvendig konsekvens av et kristent livssyn å være motstander av eutanasi.

## **6.2 Den internasjonale humanistbevegelsens syn på eutanasi**

Den internasjonale humanistbevegelsen har lenge støttet eutanasi som en mulighet for alvorlig lidende og døende mennesker. Allerede i 1973, i det andre humanistmanifest, ble eutanasi anerkjent som en del av individets rettigheter og friheter. Her heter det at individet må sikres frihet og verdighet, og at dette inkluderer anerkjen-

nelsen av individets rett til å dø med verdighet, eutanasi og rett til selvmord. I 1974 ble støtten til eutanasi erklært på etisk grunnlag ved den sjette kongressen til International Humanist and Ethical Union (IHEU), hvor Human-Etisk Forbund er medlem. Den fjortende verdenskongressen i IHEU, vedtok senest i Mumbai i 1999 å "støtte endringer i lovgivningen som tillater kompetente personer som er uhelbredelig syke å be en villig lege om assistanse til å dø raskt og fredelig". Temaet har utover de nevnte erklæringene sjelden blitt debattert i særlig grad i den internasjonale humanistbevegelsen.

I *Humanist Manifesto 2000*, underskrevet av en rekke kjente samfunnspersoner fra hele verden, heter det blant annet at: "... Humanister har argumentert for retten til en verdig død og for voksne og kompetente menneskers rett til å nekte medisinsk behandling, og dermed å redusere unødvendig lidelse og endog fremskynde døden. Humanister har også anerkjent hospice-bevegelsens viktige rolle når det gjelder å lette dødsprosessen."

I en rekke land har humanister engasjert seg og fremstått som frontfigurer i interesseorganisasjoner for dødshjelp og en verdig død. De ulike landenes humanistorganisasjoner har sine egne resolusjoner og de fleste har gått offisielt ut og støttet retten til eutanasi. I enkelte land har humanistorganisasjonene gått langt i sin støtte til eutanasi og har fungert som pådrivere for å få endret lovgivningen i sine land. Dette gjelder både for Nederland og Belgia.

Etter initiativ fra den belgiske humanistforeningen, er det nå rådgivere for eksistensielle spørsmål, finansiert av det offentlige, i alle kommuner i Belgia. Der kan mennesker som ønsker det, få hjelp til å planlegge slutfasen av eget liv. Mange som kommer vil i utgangspunktet drøfte eutanasi, men ender ofte opp med å finne andre løsninger på sine spørsmål. Hvis de opprettholder sitt ønske om eutanasi, kan rådgiver være behjelpelig med å formidle kontakt med en lege som tar slike oppdrag. Nederland har en lengre tradisjon der humanister, på linje med representanter fra religiøse trossamfunn, er ansatt av det offentlige som livssynsrådgivere og samtalepartnere blant annet på sykehus. Livsavslutning og dødshjelp blir ofte tema i dette arbeidet.

### 6.3 Human-Etisk Forbund om dødshjelp

Human-Etisk Forbund har ikke, slik mange tror, tatt stilling for eutanasi. En grunn til at mange har fått den oppfatningen, er at flere sentrale personer innenfor forbundet har uttrykt sin støtte til eutanasi. Human-Etisk Forbund er i dag den eneste store humanistorganisasjonen internasjonalt som *ikke* har tatt stilling for eutanasi. Denne situasjonen har ført til behov for avklaring, og er en av grunnene til at et eget eutanasiutvalg ble nedsatt. Ønsket om å avklare spørsmålet er formulert i forbundets Prinsipp- og arbeidsprogram for perioden 2002-2005:

*”I forhold til etiske problemstillinger som påvirkes gjennom lovgivning, vil forbundet vise stor aktivitet blant annet via høringsuttalelser. Det gjelder spørsmål som genteknologi, bioteknologi, selvbestemt abort, eutanasi og homofiles rett til adopsjon. I disse spørsmålene vil forbundet legge til grunn et verdigrunnlag som vektlegger rasjonalitet, respekt for menneskerettigheter, menneskeverd og selvbestemmelse. Det er ønskelig å lage en utredning av eutanasi-problematikken for å øke kunnskapen om temaet og stimulere til debatt.”*

Flere grunner taler for at aktiv dødshjelp ligger innenfor det område det er rimelig at Human-Etisk Forbund er opptatt av. Tematikken berører viktige prinsipielle etiske og juridiske forhold og omhandler forhold som menneskeverd, holdning til liv, død og lidelse, selvbestemmelse og individets frihet og rettigheter. Etter manges syn er eutanasi-debatten innenfor interesseområdet til Human-Etisk Forbund.

En tilgrensende problemstilling er abortspørsmålet, og det kan være interessant i denne sammenhengen å se på hvordan Human-Etisk Forbund har forholdt seg dette temaet. Allerede i 1974 gjorde forbundet lovfesting av retten til selvbestemt abort til en kampsak. ”Respekt for det enkelte menneske som selvstendig individ står sentralt i Human-Etisk Forbunds livssyn”, het det den gang. Dette var hovedgrunnen til at Human-Etisk Forbund mente at den enkelte kvinne selv skal kunne bestemme om hun vil ha svangerskapsavbrudd eller ikke. Abortsaken ble senest tatt opp til drøfting i sentralstyret i 1996 i

forbindelse med en høringsuttalelse. Her ble det presisert at: ”Vi må forsvare hovedprinsippet om selvbestemmelse, men åpne for debatt om delproblemstillingene som dukker opp.” Vi ser altså at prinsippet om selvbestemmelse har stått sterkt i liknende etiske problemstillinger forbundet har tatt stilling til.

I forbindelse med utvalgets arbeid ble det funnet en tekst av Kristian Horn om eutanasi fra 1975, som konkluderte med at det ikke var organisasjonens oppgave å ta stilling til problematikken.

Human-Etisk Forbund arrangerte i 1988 et seminar med temaet *Selvbestemt død*. Her ble temaet belyst fra flere fagfelt med profilerte foredragsholdere. Det ble i etterkant laget en seminarrapport med foredragsholderens innlegg. Seminaret var et ledd i en årlig seminarrekke som tok opp aktuelle samfunnsetiske temaer, uten at Human-Etisk Forbund nødvendigvis skulle ta stilling til spørsmålene som ble reist. Heller ikke her ønsket Human-Etisk Forbund å ta standpunkt som organisasjon, men innleggene fra forbundets representanter, Kari Vigeland og Levi Fragell, var til støtte for eutanasi. De øvrige innleggene gjenspeilet ulike synspunkter på saken.

Noen ledere i Human-Etisk Forbund har vært spesielt engasjert i eutanasidebatten. Levi Fragell var forbundets styreleder i perioden 1976-1981 og generalsekretær i perioden 1982-1991, og senere president i International Humanist and Ethical Union (IHEU) fra 1998-2003. Fragell har støttet forslag om avkriminalisering av legeassistert dødshjelp ved flere anledninger. Kari Vigeland, som var styreleder i perioden 1983-1987 og generalsekretær i perioden 1991-1992, har utgitt boken *Assistert død – en etisk utfordring*. Boken kom ut i 1996 og er en omfattende innføring i temaet. Hun støtter i boken et forslag om endring i straffeloven på området fremsatt av professorene Andenæs, Bratholm og Seyersted. Lars Gunnar Lingås, som var generalsekretær 1993-1997, gikk aktivt inn for at forbundet fortsatt skulle være åpent for begge syn. Forbundet har prinsippfestet å delta i debatten om aktiv dødshjelp på flere landsmøter på 1990-tallet.

Sist Human-Etisk Forbund uttalte seg som organisasjon var i en høringsuttalelse til Straffelovkommisjonens innstilling om ny straffelov. Her presiserer man at organisasjonen ikke har tatt stilling i spørsmålet om eutanasi. Det fremheves imidlertid at dette alvorlige temaet bør få en grundig vurdering i en bredt sammensatt offentlig utredning.

## KAPITTEL 7 Argumenter

### 7.1 Argumentliste

Vi vil i denne delen liste opp/systematisere noen av hovedargumentene for og imot aktiv dødshjelp – samt sentrale innvendinger mot disse. En grundigere behandling av enkelte av disse temaene finnes i kapittel 5 om filosofiske og etiske betraktninger. Argumentene er generelt formulerte og skiller ikke mellom de ulike juridiske formene for aksept av dødshjelp – altså hvilken lovteknikk man velger for å ”åpne” for dødshjelp. Det ene ytterpunktet her vil være legalisering, som innebærer et særskilt regelverk som regulerer nærmere kriterier og fremgangsmåte som forutsetning for straffrihet, slik som eksempelvis opptrukket ved den nederlandske loven. Ytterpunktet i den andre retningen vil være en bestemmelse om skjønnsmessig adgang for domstolene til å anse et tilfelle straffritt, slik mindretallet i Straffelovkommisjonen har foreslått for eutanasi og assistert suicid. Et mellomstandpunkt vil være avkriminalisering, altså slik at det gjøres uttrykkelig unntak for eutanasi (og assistert suicid) i straffebestemmelsene.

Argumentene for og imot dødshjelp er langt på vei de samme ved legalisering og adgang til straffrihet, men motargumentene får større vekt jo lengre man går i retning av positivrettslig regulering. I praksis betyr dette at et standpunkt om legalisering normalt vil foranledige flere og sterkere innvendinger enn et standpunkt om en mer moderat tilnærming – som for eksempel å innføre en skjønnsmessig adgang til straffrihet.

Argumentene her skiller heller ikke mellom ulike former for eutanasi eller mellom eutanasi og assistert suicid. Særlig fremheves det at hensynet til individets selvbestemmelse står sterkere ved assistert suicid, og at det derfor kan hevdes at andre hensyn må ha større vekt for å godta eutanasi. På samme måte vil også de andre argumentene kunne vektes mot hverandre. For eksempel vil kortere forventet gjenværende levetid kunne medføre svakere krav om egen anmodning.

Argumenter for aktiv dødshjelp:

Respekt for individers selvbestemmelse er et av hovedargumentene for at eutanasi må kunne tillates i enkelte tilfeller. Tanken er at hvis en lidende person ytrer et sterkt og vedvarende ønske om å få dø, må det være riktig å respektere dette ønsket. Det eneste riktige er at hver enkelt kan få bestemme over seg selv og sitt liv. Når alvorlig sykdom hindrer en lidende person i å selv ta sitt liv og vedkommende har et sterkt ønske om å dø, blir det feil hvis redsel for straff er til hinder for at denne personen får hjelp til å oppfylle sitt siste ønske og dermed får forlenget sine lidelser.

Innvending: Motstanderne av denne argumentasjonen stiller spørsmål ved autonomien til alvorlig syke og lidende personer; disse er farget av sine lidelser og vil kanskje egentlig ikke dø, men ønsker i virkeligheten bedre omsorg og smertelindring. Dessuten er muligheten til stede for plutselige endringer i sykdomsbildet. En religiøs variant av denne tanken er at mirakler kan skje, en alvorlig syk kan bli helbredet på tross av elendige prognoser. En annen innvending er at mennesker man har et nært forhold til bør ha medbestemmelse i en så viktig avgjørelse. En tredje innvending er at det er urimelig å be om at en annen skal ta liv.

Medfølelse eller barmhjertighet med lidende mennesker er et annet hovedargument for eutanasi. Dette er også kalt ”Best interest”-argumentet, ettersom tanken er at det er riktig å gjøre det som er til pasientens beste. Lidende mennesker ved livets slutt må få slippe unødvendig og meningsløs lidelse når de ønsker det. Dersom man som helsepersonell eller pårørende er vitne til sterk lidelse hos et menneske som ber om å få slippe å leve mer, er det barmhjertig å etterkomme dette ønsket.

Innvending: Det er en fare for å overføre sin egen ubehagsfølelse på pasienten, når man er vitne til lidelse. Medfølelse krever at man er til stede med trøst og omsorg og som gode støttepersoner, men ikke dermed at man etterkommer et ønske om å dø. Et annet motargument er at det i dag i land med velutviklet helsestell finnes så god smertelindring at sterke smerter sjelden behøver å forekomme.

Rettferdighet og ikke-diskriminering av syke er et argument som taler for å hjelpe den som har sterke ønsker om å ta sitt liv, men som har problemer med å utføre suicid på egen hånd. Selvmord er ikke straffbart i Norge, og assistanse til å utføre denne lovlige handlingen bør derfor heller ikke være straffbart.

Innvending: Mange selvmordskandidater har ikke mot til å begå selvmord, men trekker seg i siste øyeblikk eller overlever halvhjertede selvmordsforsøk. En person som sier han vil dø ville kanskje likevel ikke ha nok besluttomhet til å ta sitt liv selv – og da blir det feil å gi hjelp til dette. Mange selvmordsforsøk er dessuten i realiteten rop om hjelp. Personen har ikke et egentlig ønske om å dø, men ønsker i virkeligheten hjelp og støtte.

Aktiv dødshjelp foregår allerede i det skjulte, noe som er et argument for at dette bør lovreguleres. Retningslinjer vil bidra til ordnede forhold, klarhet i hva som tillates og sikre at kriterier overholdes. I Nederland må for eksempel en rekke kriterier følges og forutsetninger være til stede før avgjørelsen om eutanasi kan tas. (Noen av kravene er at minst to leger skal gi sin godkjenning og at pasienten må fremme sitt ønske om å få dø over en viss tid.)

Innvending: Det at ulovlige handlinger forekommer er ikke et argument for at denne praksisen bør være lovlig. En lovregulering fører ikke nødvendigvis til at eutanasi vil foregå innenfor regulerte rammer – det vil fortsatt kunne bli utført eutanasi som ikke rapporteres.

Argumenter mot aktiv dødshjelp:

Aktiv dødshjelp er et brudd med drapstabuet, noe som kan ha farlige og vidtrekkende konsekvenser. Å tillate å ta menneskeliv kan føre til nedgradering av mennesket og at menneskeverdet svekkes. Det er viktig å holde fast ved prinsippet om at menneskelivet er ukrenkelig – og at det å ta liv alltid er galt.

Innvending: Et slikt urokkelige prinsipp kan tvert imot få negative konsekvenser. Det å nekte å etterkomme et sterkt ønske om å dø fra en lidende person på grunn av prinsipper er å ofre enkeltmennesker på fellesskapets alter. Det vil i slike tilfeller være riktiger å vurdere hver situasjon individuelt. Å etterkomme et ønske om eutanasi kan oppfattes som respekt for den enkeltes menneskeverd.

Faren for misbruk eller utglidning er et av hovedargumentene mot en avkriminalisering av aktiv dødshjelp. Tanken er at praktiseringen av aktiv dødshjelp vil komme ut av kontroll hvis det først blir en åpning for å tillate dette. Dette vil igjen kunne få farlige konsekvenser, som at det å ta liv blir normalisert, institusjonalisert og legitimert. Når det blir legitimt å ta liv kan det ende med at vi tillater å ta livet av svake grupper i samfunnet som betraktes som unyttige, og vi kan ende opp med et sorterings-samfunn.

Innvending: Gode retningslinjer og kontroll er forutsetninger for å sikre at ikke misbruk skal forekomme. Spørsmålet om utglidning eller misbruk er dessuten i første rekke et empirisk spørsmål, og det er foreløpig lite som tyder på at utglidning er i ferd med å skje i land hvor aktiv dødshjelp er blitt tillatt.

Vi vil få et kaldere samfunn hvis vi skal begynne å ta livet av sterkt lidende pasienter. Det mennesker trenger ved livets slutt er omsorg og menneskelig nærhet og ikke tilbud om å dø før tiden er inne. Folk vil kunne komme til å be om aktiv dødshjelp fordi de føler at de er "til bry". God omsorg ved livets slutt er viktig.

Innvending: Tilhengere av aktiv dødshjelp mener også at god omsorg ved livets slutt er viktig og at aktiv dødshjelp ikke skal være et alternativ til god omsorg. Gode retningslinjer og god kontroll er nødvendige forutsetninger for å hindre at uheldige konsekvenser skal forekomme, selv om man ikke kan sikre seg hundre prosent. Opprustning av eldreomsorg og smerteklinikker og utvikling av palliativ medisin innebærer ingen motsetning til avkriminalisering av eutanasi.

Lidelse er en del av livet og det er naturlig og verdifullt å oppleve denne siste tiden av livet. Aktiv dødshjelp innebærer et lettvent forhold til døden.

Innvending: Det er paternalisme å påtvinge andre dette bestemte synet på lidelse. Det må respekteres hvis den lidende personen har et annet syn og ikke opplever sin situasjon som meningsfull og verdifull. Det er strenge kriterier som stilles før aktiv dødshjelp kommer i betraktning, og det blir derfor feil å hevde at dette er en lettvinnet løsning.

Ingen skal lenger behøve å frykte store plager ved livets slutt ettersom symptomlindringen ved smerteklinikker i dag er så velutviklet.

Innvending: Kun få av de tusener av kreftpasienter og andre som i slutfasen har invalidiserende smerter får denne optimale hjelpen, noe som gjelder særlig i en verdensmålestokk. Lidelse er også et mer sammensatt fenomen enn kun den fysiske smerten som kan avhjelpes med medisiner.

Folk vil slutte å reflektere over om noe er rett eller galt dersom det er legalisert. Dette er et standpunkt mot legalisering av aktiv dødshjelp.

Innvending: Det er liten grunn til å tro at en legalisering fører til mindre refleksjon omkring slike vanskelige og alvorlige temaer. Det er fortsatt slik at moralske lover ikke er identiske med juridiske lover og at det finnes brudd med moralske normer som ikke er brudd på juridiske lover.

Helsepersonell vil måtte gå inn i nye roller der de må avkorte liv. Det er galt å kreve at leger og annet helsepersonell skal innta en slik ny rolle. Det er moralsk problematisk å be andre om hjelp til å ta liv.

Innvending: Ingen vil påtvinges å ta liv. Det er snarere snakk om å åpne en mulighet for at en person som velger å følge sin overbevisning og hjelpe et medmenneske ut av håpløs og meningsløs lidelse, ikke med nødvendighet skal bli straffet for dette.

Vi skal i kapittel 8 se at medlemmer i utvalget har vektlagt argumentene ulikt.

## **7.2 Særlig om utglidningsargumentet**

Et argument som ofte er anført mot endringer i rettstilstanden er faren for misbruk eller utglidning som kalles ”slippery-slope”-argumentet på engelsk og skråplanargumentet eller utglidningsargumentet på norsk. Tanken er at praktiseringen av aktiv dødshjelp vil komme ut

av kontroll hvis det først blir en åpning for at aktiv dødshjelp kan tillates eller ikke lenger skal være helt ut straffbart. Skeptikere mener det er flere forhold som gjør at det kan skli ut: Ved å bryte med drapstabuet og la legen innta dobbeltrollen som både livredder og bøddel har man normalisert, institusjonalisert og legitimert det å ta liv. En annen bekymring er at den sterke vektleggingen av menneskets selvbestemmelsesrett vil bli vanskelig å begrense i ettertid. Andre går lengre i sin bekymring for hva en åpning for eutanasi vil føre til. Den katolske biskopen Joseph Sullivan går så langt som å hevde at det er god grunn til å tro at en legalisering av frivillig eutanasi i neste omgang vil føre til en lov om obligatorisk/ tvungen (compulsory) eutanasi.

Henvisningen til Nazi-Tysklands ”eutanasi-program” har vært brukt som eksempel på hva som kan skje når man hevder at enkelte liv ikke er verdt å leve. De første drapsprogrammene tok sikte på å utrydde svake elementer i egen rase, for eksempel utviklingshemmede og andre funksjonshemmede. Disse ble ansett som ”umennesker” og det ble legitimert med en slags barmhjertighet å ønske dem utryddet for at de skulle slippe å leve med sine avvik. Utryddelsen av jøder og andre ble drevet av et effektivt maskineri som ikke stilte spørsmål om ofrenes menneskeverd – de var per definisjon ikke regnet som mennesker og derfor ikke gjenstand for medlidenhet eller barmhjertighet. I utryddelsesprogrammet inngikk også eksperimentering på mennesker før de ble drept. Det er viktig å se hva manglende respekt for menneskeverd kan medføre av sorteringsmekanismer mellom verdig og uverdig liv. Det er imidlertid ingen likhetstrekk verken hva angår motiver eller metoder mellom det som skjedde i regi av tysk nazisme og eutanasi slik det diskuteres i dag.

Skråplanargumentet omhandler i hovedsak frykten for at manglende kontroll vil resultere i tvangsmessig avlivning av de svake i samfunnet. En annen frykt er at det skal føre til en forsterket tendens til å rangere menneskeverdet og i verste fall lede til en type ”sorteringssamfunn”. En innvending mot faren for utglidning er at det allerede foregår aktiv dødshjelp i det skjulte og at retningslinjer antas å ville bidra til ordnede forhold og klarhet i hva som tillates og hva som ikke skal tillates.

Spørsmålet er om en innføring av lover og reguleringer vil føre til mer eller mindre misbruk.

Bekymringen for utglidning innenfor eutanasi er blitt sammenliknet med andre typer utglidningsdiskusjoner. Konservative krefter har eksempelvis hevdet at dersom det tillates at homofile skal få rett til å gifte seg eller adoptere barn, vil hele samfunnsmorale skli ut, og familieverdiene trues – noe som neppe er en reell fare. Abortsaken er et mer nærliggende felt det kan være interessant å sammenlikne med, og hvor motstandere av dagens lovgiving argumenterte med at legalisering ville føre til utglidning. Retten til abort har foreløpig verken ført til at tvungen abort er blitt innført eller at dette blir sett på som en lettvinnt løsning – aborttallene i Norge har den siste tiden vært synkende.

En annen bekymring er hvorvidt en legalisering av aktiv dødshjelp vil influere på bevilgninger til forskning, behandling og pleie av uhelbredelige syke. Legalisering kan føre til at samfunnet nedprioriterer ressurser til palliativ behandling av terminalt syke. Det er en alvorlig bekymring at stramme helsebudsjetter kan føre til nedprioritering av de som trenger omsorg. Den palliative behandlingen er et forsømt område i dag, og det fryktes at dersom aktiv dødshjelp blir et alternativ kan det føre til at samfunnet blir mindre motivert til å bevilge midler til ressurskrevende behandling for syke og døende. Interessant er det at loven om aktiv dødshjelp i Nord-Australia ble utsatt i påvente av en opprustning av det palliative tilbudet. For at aktiv dødshjelp skal være et reelt valg for pasienten, må pasienten ha tilbud om adekvat pleie og omsorg.

En bekymring er også at svakstilte grupper kan bli påvirket til å betrakte sine liv som unyttige og uverdige og at de blir overbevist, overtalt eller presset på ulikt vis til å anmode om en dødshjelp de ikke ønsker. Bekymringen går på at tilbud gir etterspørsel i den forstand at når eutanasi blir en mulighet, så sender det signaler om at terminalt syke og andre svake gruppers liv ikke er verdt å leve. Følelsen av å være til byrde kan i fremtiden bli hovedgrunnen til å be om eutanasi. Press kan i en viss grad motvirkes med klare premisser og etablerte kontrollrutiner som kan skape tryggere forhold, men spørsmålet er om ulike former for press likevel vil kunne forekomme.

Når man diskuterer utglidningsfaren, er det relevant å se nærmere på hva som faktisk har

skjedd. I Nederland har det vært foretatt undersøkelser over frekvensen av ulike medisinske avgjørelser med livsavsluttende virkning, som er publisert i tidsskriftet *The Lancet* i juni 2003. Dødsatteststudier viste at frekvensen av eutanasi økte fra 1,7 % av alle de ca. 130.000 som døde i 1990, til 2,4 % i 1995, og videre til 2,6 % i 2001. I legeintervjustudier ble det ikke funnet noen ytterligere økning i 2001. Frekvensen av legeassistert suicid (0,2 %, 0,2 % og 0,2 %) og livsavslutning uten eksplisitt anmodning (0,8 %, 0,8 % og 0,7 %) holdt seg omtrent uforandret i alle disse årene.

Når det gjelder adgangen til eutanasi før den nederlandske loven trådte i kraft i 2002, skjedde det en utvidelse i den forstand at flere grupper kunne omfattes av ordningen (se kapittel 3.2.1 nest siste avsnitt), men den omtalte *Lancet*-artikkelen konkluderer med at det fra 1995 til 2001 ikke har skjedd noen vesentlig forandring i antallet tilfeller av dødshjelp og andre medisinske avgjørelser med livsavsluttende virkning.

## **KAPITTEL 8 Utvalgets konklusjoner og anbefalinger**

### **8.1 Utvalgets syn på dødshjelp-problematikken**

I utvalgets mandat (jf. kapittel 1.2) inngår at det anses ønskelig å få presentert ”behovet for endringer i norsk lovgivning i relasjon til eutanasi-problematikken”. Dette innebærer at utvalget må ta stilling til de norske rettsregler om dødshjelp, som er gjennomgått i kapittel 3. Som det er redegjort nærmere for der, er både eutanasi og assistert suicid i prinsippet straffbart i Norge. Kommisjonen samlet foreslår en viss oppmykning i forhold til en mulig anvendelse av bestemmelsen om nødrett (se kapittel 3.1). Samtidig har norsk helselovgivning åpnet for en klarere aksept av pasientautonomien (se kapittel 3.3).

Utvalget er bredt sammensatt med medlemmer fra ulike profesjoner og med ulik tilnærming til eutanasi-problematikken. Et samlet utvalg har lagt til grunn at problematikken omkring eutanasi og assistert suicid er uhyre komplisert både fra et faglig og mer allmennmenneskelig utgangspunkt og at det ikke finnes lettvinne konklusjoner. Flere av utvalgets medlemmer har gitt uttrykk for at spørsmålet om aktiv dødshjelp er så vanskelig at det har vært forbundet med stor tvil å komme fram til et standpunkt, både når det gjelder holdningen til aktiv dødshjelp og når det gjelder spørsmålet om hvorvidt Human-Etisk Forbund bør ha et standpunkt i saken.

Det er ulike syn blant utvalgets medlemmer når det gjelder i hvilken grad man kan akseptere dødshjelp. Utvalget står samlet om at det i dag ikke bør foreslås legalisering av eutanasi i Norge, slik det er gjort i Nederland og Belgia.

Når det gjelder legalisering av assistert suicid, slik det for eksempel er innført i Oregon, er oppfatningene blant utvalgsmedlemmene mer nyanserte. Det er imidlertid full enighet om at det ikke bør være utelukket å anvende nødrettsbetraktninger i forhold til både eutanasi og assistert suicid, slik en samlet Straffelovkommisjon har anbefalt. Derimot har utvalget delt seg når det gjelder adgangen til at domstolene etter en konkret, skjønnsmessig vurdering skal kunne fritta for straff i det enkelte tilfelle, slik kommisjonens mindretall har foreslått for eutanasi og assistert suicid.

Et flertall i utvalget, bestående av *Malmedal, Stavrum, Sulland og Vigeland*, mener at det finnes situasjoner hvor eutanasi og assistert suicid er moralsk riktige handlinger og at det derfor bør være adgang til å oppnå straffrihet i disse tilfellene, ut over de relativt snevre grensene for unntaksbestemmelsen om strafferettslig nødrett. Dette flertallet mener at det vil være inkonsekvent å opprettholde en rettstilstand hvor handlinger som anses som moralsk riktige og høyverdige, likevel per definisjon må medføre straffeansvar. Flertallet i utvalget mener at en lovendring som foreslått av straffelovkommisjonens mindretall på dette punktet vil være den minst vidtgående endring i forhold til eksisterende lovgivning og samtidig nødvendig ut fra en forutsetning om å oppnå samsvar mellom det moralsk høyverdige og det juridisk aksepterte. Flertallet legger vekt på at standpunktet om å innføre adgang til straffrihet er den konklusjonen som kan fremstå som et

”minste felles multiplum” i forhold til de ellers ulike nyanser i oppfatninger blant flertallet. Likeledes presiserer flertallet at den skisserte løsningen, med en adgang til straffrihet etter rettens skjønn i det enkelte tilfellet, ikke innebærer en generell avkriminalisering eller en legalisering.

Flertallet stiller krav om at flere kriterier skal være oppfylt for at en avgjørelse kan treffes om at eutanasi er riktig i det enkelte tilfelle. Det er en *totalvurdering* som må ligge til grunn, men to aspekter må fremheves særskilt, nemlig medlidenhetsaspektet og respekten for den sykes autonomi. Det første innebærer at det må dreie seg om en person i terminal fase av uhelbredelig sykdom, hvor det er tale om en begrenset forkortelse av fortsatt meningsløs lidelse. Det andre innebærer at en står overfor en kompetent og informert person, som frivilling og veloverveid gjentar en anmodning om bistand til å avslutte livet og der vedkommende ikke er i stand til å gjøre dette selv. Flertallet mener at når en person velger å hjelpe et medmenneske ut av håpløs og meningsløs lidelse, bør domstolene ha adgang til å unnlate å stemple handlingen som straffbar.

Flertallet mener også – som mindretallet i Straffelovkommisjonen – at assistert suicid bør kunne medføre straffrihet når tilsvarende vilkår som beskrevet over er oppfylt, men pasienten har mulighet til å foreta den siste og avgjørende livsavsluttende handling selv. I flere land, for eksempel Sverige, er medvirkning til selvmord ikke omfattet av straffeloven. Hvis man aksepterer at visse eutanasilfeller er moralsk forsvarlige og derfor etter en konkret vurdering skal kunne medføre straffrihet, må også den ”mildere” form for inngripen i dødsprosessen som assistanse til selvmord innebærer, kunne forsvares og den bør derfor ikke nødvendigvis medføre straffeansvar.

Noen av disse utvalgsmedlemmene er i prinsippet åpne for at tilsvarende adgang til straffrihet ved eutanasi og assistert suicid bør kunne vurderes også der pasienten ikke nødvendigvis er i terminalfasen. De viser særlig til at kronisk sykdom kan innebære lidelser over et relativt langt tidsrom, med forlenget meningsløs lidelse for den syke. De slutter seg likevel til flertallets generelle



vurderinger av forutsetningen for straffrihet, slik disse er beskrevet ovenfor.

Et mindretall i utvalget, bestående av *Borchgrevink, Lingås og Simonsen*, mener at det kan oppstå situasjoner hvor eutanasi og assistert suicid kan være etisk riktige handlinger, selv om handlingene ikke er tillatt eller kan gi straffefritak ut fra juridiske reguleringer av handlingen. De vil støtte den videreføring av dagens lovgivning – med visse presiseringer og oppdateringer – som flertallet i Straffelovkommisjonen har foreslått. Nødrettskriterier vil ikke kunne utelukkes som grunn også for fullt straffefritak, men det er etter mindretallets mening vanskelig å tenke seg konkrete situasjoner knyttet til eutanasi og assistert suicid, der nødrettslige kriterier vil kunne oppstå.

Mindretallet mener det ikke er mulig å oppstille tilfredsstillende og holdbare forhåndskriterier for å bedømme konkrete tilfeller av livsavkortning som etisk forsvarlige. Det er likevel to kriterier som er sentrale for å åpne for at den strafferettslige reaksjon bør settes lavere enn minstestraft eller til annen straffeart, slik også Straffelovkommisjonens flertall åpner opp for. Det ene er at det må dreie seg om en person i terminal fase av uheldelig sykdom, hvor det er tale om å forkorte fortsatt uutholdelig lidelse. Det andre innebærer at en står overfor en kompetent og informert person, som frivillig og veloverveid gjentar en anmodning om bistand til å avslutte livet der vedkommende ikke er i stand til å gjøre dette selv.

Det kan synes inkonsekvent å opprettholde en rettstilstand hvor etisk forsvarlige handlinger medfører former for straff. Men dette gjelder likevel på en rekke andre områder i samfunnet der en på etisk grunnlag finner at forbud kan komme i veien for en riktig handling, for eksempel i lovlig vedtatte, men irreversible miljøinngrep og andre områder der sivil ulydighet kan forsvares etisk.

I spørsmålet om aktiv dødshjelp frykter disse medlemmene at det kan få altfor store konsekvenser å åpne opp for legalisering eller nedkriminalisering. Slike konsekvenser må veies opp mot konsekvensene av unntaksvis og på samvittighetsgrunnlag å bryte et drapsforbud på etisk grunnlag. Et slikt brudd vil i så fall lede til en plassering av ansvaret og med tiltale i en prosess som avklarer motiv og omstendigheter og

som dermed bidrar til å opplyse sakens etiske sider.

Den lovendring som er foreslått av Straffelovkommisjonens mindretall på dette punktet innebærer en endring i forhold til flertallet i samme kommisjon som vil opprettholde prinsippene i eksisterende lovgivning. Disse medlemmene erkjenner at den løsningen Straffelovkommisjonens mindretall skisserer med en adgang til straffrihet etter rettens skjønn i det enkelte tilfellet, ikke innebærer en generell avkriminalisering eller en legalisering. Likevel vil det være to betenkeligheter knyttet til dette. Den ene betenkeligheten er å overføre så mye makt i slike vurderinger fra lovgivende til dømmende myndighet. Den andre betenkeligheten er knyttet til de nederlandske erfaringene som viser en fare for at utvidet adgang til straffritak vil kunne oppleves som en adgang til å ta andres liv og at den etiske skråplaneffekten således vil kunne utvikles – og dessuten på sikt medføre en generell legalisering. Det vil være uriktig å ha en spesifikk adgang til straffrihet, ettersom en slik adgang vil bety en klar markering fra lovgiver og samfunnets side om at disse handlingene er akseptable.

Disse medlemmene legger vekt på at en nedbygging av det klare og entydige forbudet mot å ta liv også i tilfeller av assistanse til selvmord, kan oppfattes som en gradvis redusert respekt for menneskeverdet og livet. Respekten for livet innebærer respekt for den naturlige og uunngåelige død når tiden er inne.

## **8.2 Utvalgets syn på om forbundet bør ta standpunkt**

Det ligger i utvalgets mandat å gi en avklaring på spørsmålet om hvorvidt Human-Etisk Forbund skal ta standpunkt i dødshjelpdebatten. Flere grunner tilsier at dødshjelp ligger innenfor det fagfelt det er naturlig at Human-Etisk Forbund er opptatt av. Tematikken berører viktige prinsipielle, etiske og juridiske spørsmål og omhandler forhold som menneskeverd, holdning til liv, død og lidelse, selvbestemmelse og individets frihet og rettigheter. Det er imidlertid ingen nødvendig sammenheng mellom det å være humanist og det å ha en bestemt oppfatning om aktiv

dødshjelp. Verdier som individets frihet og autonomi står sterkt for humanister. Det kan tale for å gå inn for at forbundet bør innta et standpunkt til støtte for aktiv dødshjelp. Men en humanist kan også vektlegge forhold som faren for utglidning, press mot eldre og svake eller livets ukrenkelighet og ut fra dette ønske å begrense individets autonomi til ikke å omfatte aktiv dødshjelp.

En begrunnelse for at organisasjonen ikke skal ta standpunkt er at det trolig er ulike oppfatninger blant medlemmene. På den annen side har forbundet tidligere tatt standpunkt om eksempelvis abort og homofili, hvor forbundets medlemmer ikke nødvendigvis har hatt samme oppfatning.

Bør Human-Etisk Forbund gjennomføre en avklaring i tråd med den internasjonale humanistbevegelsens standpunkt til støtte for eutanasi? Som verdens største humanistorganisasjon representerer Human-Etisk Forbunds medlemmer et bredere spekter av befolkningen enn mange andre lands humanistorganisasjoner, noe som kan tilsi at man bør være forsiktig med å ta standpunkt i en så kontroversiell og følsom sak som aktiv dødshjelp.

Momenter som taler *for* at Human-Etisk Forbund burde ha et ståsted i forhold til aktiv dødshjelp kan være at forbundet – som generelt arbeider for å fremme og respektere individers autonomi – kan forventes å ta standpunkt i denne saken. Tematikken omkring aktiv dødshjelp berører mange viktige prinsipielle spørsmål Human-Etisk Forbund er opptatt av. Organisasjonen arbeider for å ivareta sekulære verdier i samfunnet, som frihet og løsrivelse fra ytre, særlig religiøse, autoriteter. Aktiv dødshjelp handler blant annet om individets rett til å ta en viktig avgjørelse, som i første rekke berører individet selv. En parallell kan trekkes til abortsaken, hvor forbundet gjorde selvbestemt abort til en kampsak allerede på 1970-tallet. Flere sentrale tillitsvalgte i forbundet har vært involvert i diskusjonen om aktiv dødshjelp – noe som har gitt mange inntrykk av at Human-Etisk Forbund har et standpunkt i saken. Denne situasjonen har medført at mange har etterlyst en avklaring.

Momenter som taler *mot* at Human-Etisk Forbund tar et bestemt standpunkt i denne saken er at det blant Human-Etisk Forbunds medlemmer er en rekke helsefaglig utdannede mennesker som

gjennom sin yrkesetikk opplever å være forpliktet til å være imot aktiv dødshjelp. De mange medlemmene som arbeider som helsepersonell, vil kunne utsettes for ekstra påkjenning hvis forbundet vedtar å arbeide for eutanasi. Et annet moment som taler mot at forbundet skal ta et standpunkt for aktiv dødshjelp er at forbundet kan bli splittet og vi kan oppleve utmeldinger som følge av et bestemt standpunkt. Det er imidlertid ikke bare strategiske hensyn som taler imot å gå ut med en bestemt oppfatning om dette ømtålige spørsmålet. Respekt for at det finnes ulike meninger om dette spørsmålet er en legitim og respektabel grunn for forbundet til å avstå fra å innta en bestemt oppfatning.

Human-Etisk Forbund har tradisjoner for å være en fritenkerbevegelse, med mange individualistiske medlemmer som har sterke oppfatninger om mye. Man kan godt være en sterk forsvarer av at døden alltid skal skje uten aktiv medvirkning og likevel ha et verdslig, humanistisk livssyn som begrunnelse for en slik motstand mot aktiv dødshjelp. Likedan kan man godt være for å åpne opp for en adgang til aktiv dødshjelp og likevel være en sterk forsvarer av humanismens tradisjoner for respekt for liv. Livssynet konstitueres av viktige etiske prinsipper som blant andre autonomi, medlidenhet, menneskeverd, respekten for livet og respekten for døden. Men disse etiske prinsippene vil ikke nødvendigvis trekke i samme retning når det gjelder å ta stilling til aktiv dødshjelp, og ett og samme prinsipp, for eksempel autonomi, kan tolkes og forstås ulikt når en ønsker å ta stilling til spørsmålet. Hvis Human-Etisk Forbund etter en åpen og grundig debatt vedtar ikke å ha noe bestemt standpunkt, ville det være legitimt.

*Hele utvalget* er enig om at Human-Etisk Forbund må fortsette et sosialetisk engasjement i helsepolitiske spørsmål. Uansett syn på ulike former for dødshjelp er det enighet om at samfunnets innsats for pasienter med ekstreme lidelser i livets slutfase er viktig for at disse får en verdig død. Forbundet må fortsatt engasjere seg i diskusjonen om et menneskeverdig samfunn. Dette er viktig å diskutere i seg selv, og i tillegg tvinges vi da til å vurdere viktige humanistiske prinsipper som autonomi, medlidenhet, menneskeverd, respekten for livet og respekten for døden.

Et flertall i utvalget, bestående av *Malmedal, Stavrum, Sulland* og *Vigeland*, mener at flere grunner tilsier forsiktighet med å foreslå at foreslå at forbundet i dag skal ta et radikalt standpunkt i dødshjelpsspørsmålet – som det for eksempel ville være å gå inn for å gjennomføre legalisering på linje med den nederlandske og belgiske lovgivningen. Flertallet mener at det ikke vil være riktig å foreslå at forbundet som sådant tar et selvstendig standpunkt om å legalisere eller avkriminalisere eutanasi eller assistert suicid. Et slikt forslag vil ikke entydig kunne forankres i det humanistiske livssyn, og det må antas å kunne virke splittende.

Flertallet mener det vil være riktigst at forbundet begrenser seg til å innta et standpunkt om adgang til straffrihet. Forbundet har tidligere tatt standpunkt i vanskelige sosial-etiske spørsmål som ikke nødvendigvis kan sies å være en klar konsekvens av humanismen som livssyn. I samfunnsdebatten i kjølvannet av straffelovkommisjonens innstilling vil det være rimelig å forvente at forbundet deltar. En åpning for adgang til straffrihet under bestemte forutsetninger kan ses som en naturlig utvikling av vår strafferettsordning i liberaliserende retning. Dette vil være i tråd med det mange oppfatter som humanistbevegelsens generelle oppfatning om enkeltindividets selvbestemmelsesrett over de fundamentale spørsmål i hvert enkelt menneskes tilværelse. Selv om flertallssynet her ikke innebærer aksept av generell legalisering av dødshjelp – som den internasjonale humanistbevegelsen har prinsippfestet – vil en oppmykning av straffelovens bestemmelser som foreslått medføre større harmoni med den internasjonale humanistholdningen.

Etter flertallets syn må det være full adgang for det enkelte medlem i forbundet til å ha en avvikende mening til det forbundets organer formelt måtte vedta i dette spørsmålet.

Et mindretall i utvalget, bestående av *Borchgrevink, Lingås* og *Simonsen*, mener at forbundet ikke bør ta noen samlet og generell stilling til assistert suicid og eutanasi. Dette samsvarer med ett av de antydde alternativene i det mandatet sentralstyret ga utvalget, nemlig å stille medlemmene fritt. Mot dette kan det innvendes at humanetikere som er motstandere av adgang til å gi aktiv dødshjelp, selvsagt kan være medlem selv om forbundet skulle gå inn for en gradvis eller delvis legalisering eller

avkriminalisering av eutanasi. Dette er imidlertid en sak der en rekke sentrale, eksistensielle spørsmål kan settes opp mot hverandre, og der en nedbygging av det klare og entydige forbudet mot å ta liv av svært mange kan oppfattes som en gradvis redusert respekt for livet. Retten til et liv hvor menneskeverd ikke krenkes, er derimot et mål å arbeide for som klart kan forene alle medlemmer i organisasjonen.

Den viktigste grunnen til at forbundet ikke bør ta stilling til legalisering/avkriminalisering av eutanasi og assistert suicid, er at de grunnleggende etiske prinsippene som taler for og imot en slik stillingtagen ikke kan sies å være betinget av et humanistisk livssyn. Man kan godt være en sterk forsvarer av at døden alltid skal skje uten aktiv medvirkning, og likevel ha et verdslig, humanistisk livssyn som begrunnelse for en slik motstand mot aktiv dødshjelp. Likedan kan man godt være for å åpne opp for en adgang til aktiv dødshjelp og likevel være en sterk forsvarer av humanismens tradisjoner for respekt for liv. Poenget er at livssynet konstitueres av viktige etiske prinsipper som blant andre autonomi, medlidenhet, menneskeverd, respekten for livet og respekten for døden. Men disse etiske prinsippene vil ikke nødvendigvis trekke i samme retning når det gjelder å ta stilling til aktiv dødshjelp, og ett og samme prinsipp, for eksempel autonomi, kan tolkes og forstås ulikt når en ønsker å ta stilling til spørsmålet.

Et annet tungtveiende argument, er at det i forbundets medlemsmasse er en rekke helsefaglig utdannede mennesker som gjennom sin yrkesetikk er forpliktet til å være imot aktiv dødshjelp. De mange medlemmene som arbeider som helsepersonell, vil kunne utsettes for ekstra påkjenning hvis forbundet vedtar å arbeide for eutanasi. I legeetikken er det helt tilbake til den hippokratiske legeeden er lang tradisjon for å ikke medvirke til livsavslutning. Det er så å si legeprofesjonens essensielle ethos alltid å medvirke til livredning og ikke til livsavslutning. I sykepleien går det en lang etisk tradisjon tilbake til Florence Nightingales etiske tenkning, der sykepleiens grunnlag ligger i å arbeide i samsvar med de naturlige livsprosessene. Å bryte mot disse prosessene på en så radikal måte som å aktivt fremskynde et menneskes eller en pasients død, er etter denne yrkesetiske tradisjonen et faglig

overtramp. Vi skal ikke her ta stilling til om disse yrkesetiske tradisjonene er for enkle og stivbeinte på dette punktet. Mindretallet vil likevel hevde at disse tradisjonene er så betydningsfulle for alle medlemmene av helseprofesjonene at det trolig vil bli problematisk for mange å bevare eller å søke medlemskap i en livssynsorganisasjon som aktivt skulle komme til å motarbeide de samme etiske prinsippene.

Mindretallet er åpne for at det vil være situasjoner hvor en form for medvirkning til livsavkortning kan være foretatt ut fra høyverdige etiske motiver. De er kjent med at Straffelovkommisjonens innstilling om ny straffelov klargjør kriteriene for nedsatt straff eller annen straffeart. Det er trolig bred enighet, på tvers av politiske, etiske og livssynsmessige grenser og på tvers av involverte faggrupper, om at etisk begrunnet medvirkning til livsavkortning ikke kan vurderes på linje med alminnelig drap. Det er imidlertid neppe den samme enighet om en lovendring som øker adgang til straffefrihet, slik et mindretall i Straffelovkommisjonen foreslår. Mindretallet finner det likevel galt at Human-Etisk Forbund som organisasjon klart skal ta stilling for eller imot dette forslaget til straffefrihet, nettopp fordi det av noen oppfattes som å flytte grenser i forhold til prinsippet om livets ukrenkelighet.

Mindretallet vektlegger at forbundet er en stor medlemsorganisasjon med svært sammensatt medlemsmasse. Mange kjenner og identifiserer forbundet gjennom kontakt med seremoniene, noe som virker samlende. Et standpunkt fra organisasjonen i denne saken vil lett kunne gi medlemmer en følelse av ikke å høre sammen.

### **8.3 Veien videre**

Temaet aktiv dødshjelp er komplekst og sensitivt. Faneord som medfølelse, selvbestemmelse og menneskeverd preger debatten om en problematikk som innebærer mange aspekter, vurderinger og nyanser av moralsk, filosofisk, politisk og juridisk art. Gjennom et års arbeid med saken har utvalget gjennomgått og drøftet de ulike sidene ved temaet, i lys av mandatet gitt av Human-Etisk Forbunds sentralstyre.

Arbeidet har ikke vært enkelt, og de standpunkter som er referert i punkt 8.1 og 8.2 er for mange av oss resultatet av en prosess med vanskelige avveininger underveis. Emnet "selvbestemt død"

påkaller verken lettvinde standpunkter eller enkle løsninger.

Medlemmene av utvalget er ikke enige om alle svarene vi er bedt om å gi. At det kunne bli tilfellet, er allerede forutsatt i vårt mandat. Det sier seg derfor nærmest selv at de standpunkter utvalgsmedlemmene har tatt i løpet av vår prosess ikke bør binde noe annet enkeltmedlem av forbundet, i den forstand at man skulle føle forpliktelse til å dele denne oppfatningen, enten den tilhører et flertall eller mindretall i utvalget.

Spørsmålet om forbundet bør ha en mening om dødshjelp er til syvende og sist organisasjonspolitisk, og det er opp til forbundets politisk valgte organer å besvare det.

Forhåpentligvis vil denne utredningen inneholde faktiske opplysninger av betydning for diskusjon-en og kanskje også argumenter for den enkelte. Det samlede utvalget vil avslutte med å ønske forbundet en god arbeidsprosess med saken fremover. I denne prosessen er kanskje veien, ikke målet, det viktigste.

## Aktuell litteratur

della Mirandola, Giovanni Pico (1996). *Om menneskets værdighet*. Oversat med indledning og noter af Jørgen Juul Nielsen. København: Rennesansestudier bind 6 Museum Tusculanums Forlag

Den norske lægeforening, *Etiske regler for leger*, Årbok, 2000-2001

Den norske lægeforening, *Retningslinjer for lindrende sedering til døende*, 2001

Durkheim, Emilie, *Selv mordet – en sosiologisk undersøkelse*, Gyldendal norsk forlag, Oslo 1978

Europakonvensjonen: *Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter, 4. november 1950*

European Court of Human Rights, *Case of Pretty v. the United Kingdom (Application no. 2346/02)*, Strasbourg, 2002

Fragell, L. *Eutanasi – en menneskerett?*, Mennesker og rettigheter, 2: 1989

Fragell, L. *Barmhjertighet? Omsorg*, nr. 3, 2003

Habermas, Jürgen. *Den menneskelige naturs fremtid. Bidrag til den etiske debatten om genteknologi*. Oslo: Damm perspektiv, 2003

Human-Etisk Forbund, *Prinsipp- og arbeidsprogram 2002-2005*

Humanist Manifesto 2000, *Humanist Manifesto 2000 – A Plan for Peace, Dignity, and Freedom in the Global Human Family (What the World needs now)*

Husabø, Erling Johannes, *Legalisering av aktiv dødshjelp i lys av menneskerettene (med særlig fokus på Pretty-saka)*, Omsorg, nr. 3, 2003

Husabø, Erling Johannes, *Rett til sjøvvalt livsavslutning?*, Ad Notam Gyldendal, 1994

Husebø, Stein, *Aktiv dødshjelp – hva saken egentlig gjelder*, Omsorg, nr. 3, 2003

Lingås, Lars Gunnar (2000). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk (særlig kapittel 9)

Lingås, Lars Gunnar (2002). *Menneskesynet i livssynshumanismen*. Oslo: P2akademiet Bind W, NRK (side 122-133)

Materstvedt, Lars Johan, *Om dødshjelp i Nederland – og om debatten i Norge*, Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 25, 2001: sidene 2965-2969

Materstvedt, Lars Johan, *Palliative care on the "slippery slope" towards euthanasia?* Palliative Medicine, 17, 387-392, 2003

Norges offentlige utredninger: NOU 1984:30 "Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker"

Norges offentlige utredninger: NOU 1997:20 "Omsorg og kunnskap"

Norges offentlige utredninger: NOU 1999:2 *Livshjelp*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste 1999

Norges offentlige utredninger: NOU 2002:4 *Ny straffelov*, Oslo, Statens forvaltningstjeneste 2002

Norsk forening for palliativ medisin, *Standard for palliasjon*, 2003

Ot.prp.nr. 90 (2003-2004) *Om lov om straff*

Ruyter, Knut & Arne Johan Vetlesen (red) (2001): *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk (særlig kapitlene 1, 5 og 7)

Schioldborg, Per, *Studenters holdninger til aktiv dødshjelp, assistert suicid og foreslått lovendring*, Tidsskrift for Den norske lægeforening, 2283-8, 2000

Vetlesen, Arne Johan (2003). *Menneskeverd og ondskap. Essays og artikler 1991-2002*. Oslo: Gyldendal Akademisk (særlig del II)

Vigeland, Kari, *Assistert død – en etisk utfordring*, Tano Aschehoug, 1996

Vigeland, Kari (red.) *Selvbestemt død*, Oslo: Human-Etisk Forbund, 1988

Westlie, Bjørn (1988): *I grenselandet. Når forskning flytter grensen mellom liv og død*. Oslo: TANO

Westlie, Bjørn (1995): *Drømmen om det perfekte mennesket. Fra arvehygiene til genhygiene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

En mer omfattende litteraturliste finnes i Kari Vigelands bok *Assistert død – en etisk utfordring*