



Den gode død?

REDAKSJONELT

JODALEN H

Eutanasi, sammensatt av de greske ordene eu og thanatos, betyr bokstavelig sett: den gode død. Med dødshjelp forstår vi i dag vanligvis barmhjertighetsdrap, det at en person ender livet til en annen person av hensyn til sistnevnte. I denne betydningen er to viktige forhold understreket. For det første innebærer det at handlingen er overlagt. For det andre skjer dette av hensyn til pasienten, og oftest på grunn av terminal sykdom.

Dødshjelp kan klassifiseres i tre former: frivillig, ufrivillig, eller ikke-ønsket.

Ved frivillighet yter noen dødshjelp etter et ytret ønske fra pasienten. Dette ligger svært nær assistert selvmord, der hjelpen innebærer å skaffe til veie dødbringende medisin. Ved frivillig dødshjelp kan ønsket være ytret på forhånd, i form av et livstestamente. Der en slik ytring ikke foreligger, vil man stå overfor ufrivillighet, som ved dødshjelp hos en bevisstløs pasient eller et alvorlig handicappet nyfødt barn (1).

Den tredje formen, ikke-ønsket dødshjelp, foreligger når en person kunne ha gitt eller avslått samtykke, men der dette ikke er skjedd. I rendyrket form forekommer dette sjelden, som når et gissel blir skutt av sine egne for å slippe unna torturister. Imidlertid er det hevdet at den utbredte praksis med intens smertebehandling som kan fremskynde døden, faller i denne kategori (2). Det samme gjelder der behandling blir tilbakeholdt uten pasientens samtykke.

Disse tre former kan alle være enten aktive eller passive. Aktiv dødshjelp innebærer en aktiv handling som tar livet av pasienten, mens det med passiv dødshjelp forstås at pasienten får dø som følge av at livreddende behandling holdes tilbake eller avsluttes. Grenseoppgangen mellom aktiv og passiv dødshjelp er meget vanskelig, og det er ett av tre spørsmål som står sentralt i den pågående dødshjelpdebatt. De andre spørsmålene er skillet mellom forutsigbar kontra intendert død, og skillet mellom normal kontra ekstraordinær behandlingsinnsats.

Alle kjente kulturer har restriksjoner mot det å ta liv, men det er store variasjoner med hensyn til når dette betraktes som galt. Går vi til røttene av vår vestlige tradisjon, til grekere og romere, vil vi finne at både eutanasi og infanticid hadde bred aksept. De fleste historikere som beskjefteger seg med vestlig moral, er enig om at jødedommen og kristendommen bidrog vesentlig til oppfattelsen av at livet er hellig og ukrenkelig. Denne oppfatning var faktisk enerådende inntil Thomas More (1478-1535) i sin Utopia foreslo dødshjelp for alvorlig syke som del av sitt idealsamfunn (2, 3). Senere har filosofer som David Hume (1711-76) og John Stuart Mill (1806-73) utfordret religionsbasert moral og det absolutte forbud mot dødshjelp og infanticid (2).

Fortsatt er det lovstridig med aktiv dødshjelp i alle land, med ett nærliggende unntak. I Nederland ser vi et sosial- og helsepolitisk eksperiment som er epokegjørende (4).

Hvilken vei går så utviklingen i Norge? Reidun Førde og medarbeidere viser at det har foregått en liberalisering i befolkningens holdninger til aktiv dødshjelp fra 1982 til 1995 (5). Imidlertid synes den norske legestand å ha et langt mer restriktivt syn på aktiv dødshjelp enn befolkningen som helhet. Legers holdninger til aktiv dødshjelp ser fortsatt ut til å være i tråd med en lederartikkel fra Tidsskriftet i 1988: Leger skal ikke ta liv (6).

Det er betryggende å finne klare holdninger på dette punkt. Diskusjonen om dødshjelp gir oss anledning til å tenke gjennom sentrale spørsmål, som forholdet mellom mennesket og teknikken, vårt forhold til forakten for det svake, og den overtro at vi skal kunne oppnå stadig større kontroll over våre liv. Mange føler uro ved tanke på utviklingen i Nederland. Uroen blir betydelig sterkere ved lesning av Åge Wifstads artikkel fra Tyskland på 1930-tallet (7). Det som medisinsk og ideologisk ble ansett som livsuverdige liv, ble "behandlet" i hundretusenvis med dødshjelp - uavhengig av ofrenes ønske. Dette er en presentasjon av et av medisinenes skammeligste kapitler. Artikkelen er et solid bidrag til å avsløre mange av mytene rundt dette mørke kapittel i historien og til å avdekke idéhistoriske sammenhenger og forutsetninger for ugjerningene. Wifstads arbeid gir en rekke tanker som også er relevante i dag; de kan gjenfinnes i den aktuelle debatt, om abort på selektivt grunnlag.

Harald Jodalen

LITTERATUR:

1. Randall F, Downie RS. Palliative care ethics. Oxford: Oxford University Press, 1996.
2. Kuhse H. The sanctity-of-life doctrine in medicine - a critique. Oxford: Oxford University Press, 1987.
3. More T. Utopia (1518). Harmondsworth: Penguin, 1951.
4. Nylenna M. Der dødshjelp er dagligdags. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1175-6.
5. Førde R, Aasland OG, Nilsen TH. Medisinsk avslutning av liv. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1135-7.
6. Nylenna M. Leger skal ikke ta liv. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1275.
7. Wifstad Å. Medisinenes holocaust. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1131-5.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no