



Rett og urett

Spalten omhandler juridiske forhold av betydning for leger. Ideer og innlegg sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Straffelovkommisjonen om aktiv dødshjelp

I NOU 2002: 4 *Ny straffelov* behandler Straffelovkommisjonen blant annet lovreguleringen av aktiv dødshjelp. Stortinget skal ta stilling til forslagene i mars 2005. Her drøftes utredningens omtale av adgangen til straffrihet for aktiv dødshjelp av en anestesilege ved smerteklinikk, en filosof som er medisinsk etiker, og en jurist med erfaring som lege. De støtter Straffelovkommisjonens flertall som konkluderer med at det ikke bør gis adgang til straffrihet, men mener det er behov for å presisere at aktiv dødshjelp i utgangspunktet fortsatt bør være straffbart.

Et offentlig utvalg utnevnt for å utrede norsk straffelovgivning, Straffelovkommisjonen, berører flere steder i sin innstilling spørsmålene vedrørende aktiv dødshjelp. Kommisjonen har avgitt en delt innstilling når det gjelder bestemmelsene som skal erstatte dagens § 235 og § 236, og som setter forbud mot henholdsvis drap ved samtykke og assistert selvmord. Flertallet mener at dagens ordning som bare åpner for straffnedsettelse, må være tilstrekkelig. Det vises i denne forbindelse blant annet 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» (1). 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» (1). 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 nær forestående.

Vi vil her konsentrere oss om to forhold ved innstillingen som omhandler aktiv dødshjelp. Først vil vi diskutere kommisjonens drøfting av adgang til straffrihet ved nødrett. Deretter vil vi diskutere mindretallets endringsforslag om adgang til straffritak ved aktiv dødshjelp.

Hva er «aktiv dødshjelp»?

Uttrykket «aktiv dødshjelp» er velkjent fra den norske debatten og brukes også av Straffelovkommisjonen (1). Internasjonalt forstås aktiv dødshjelp i utgangspunktet som enten eutanasi eller legeassistert selv-

mord. Eutanasi kan defineres som «a doctor intentionally killing a person by the administration of drugs, at that person's voluntary and competent request», og legeassistert selvmord som «a doctor intentionally helping a person to commit suicide by providing drugs for self-administration, at that person's voluntary and competent request» (2). Begge disse definisjonene er på linje med nederlandsk teori og praksis på området (3–5). Ser man til Nederland, vil man finne at det både for eutanasi og legeassistert selvmord kreves at en forespørsel om disse former for aktiv dødshjelp kan etterkommes av en lege – og bare av en lege – når pasientens lidelse er «uutholdelig» og «håpløs»/«utsiktsløs», og forespørselen er frivillig, eksplisitt, gjentatt, veloverveid og informert (3, 6). En detaljert beskrivelse av nederlandske dødshjelpskriterier er gitt i en ny lov som trådte i kraft i 2002 (7).

Ved siden av eutanasi og legeassistert selvmord finnes ikke-frivillig og ufrivillig aktiv dødshjelp. Begge er forbudt i den nederlandske loven, men praktiseres i en viss utstrekning (5, 8). Dette dreier seg om medisinske drap på pasienter som enten ikke kan angi om de ønsker eutanasi eller legeassistert selvmord, eller som kan angi dette, men som ikke blir spurt og gis dødelige injeksjoner. Førstnevnte gruppe er de inkompetente, som følgelig ikke kan fremsette en forespørsel slik loven krever, mens de sistnevnte har sin forespørselsevne intakt. De to gruppene faller inn under det «klassiske» begrep om medisinske medlidendhetsdrap. Legens motivasjon er å sette en stopper for det han/hun oppfatter som en

ekstrem lidelse hos en pasient som enten ikke kan vite sitt eget beste, som her anses å være døden, som i den førstnevnte gruppen, eller som av en eller annen grunn ikke vil innse sitt eget beste, som i den sistnevnte gruppen.

Straffelovkommisjonen om nødrett

I saken mot dr. Sandsdalen, som fikk mye oppmerksomhet i Norge, avviste Høyesterett at nødrett kan anvendes i tilfeller av eutanasi, uansett hvor godt dødsønsket var dokumentert (9). Straffelovkommisjonen fremhever på sin side følgende: «Etter kommisjonens oppfatning bør man likevel ikke utelukke nødrett som straffrihetsgrunn i ethvert drapstilfelle, heller ikke når den drepte har samtykket. Det kan forekomme ekstreme nødssituasjoner hvor nødrettsbestemmelsen bør kunne benyttes» (1). Man viser her til et tilfelle som også tidligere har vært drøftet i litteraturen. I Sverige havarte et fly med to personer om bord. Den ene kom seg ut av det brennende vraket, mens kameraten ble sittende fast med livstruende brannskader. Det var ingen mulighet til å redde ham i tide, så kameraten trakk sin pistol og drepte ham for å gjøre slutt på lidelsene.

Mange vil si at vi her står overfor et paradigmatisk eksempel på et medlidendhetsdrap, og at kameratens handling var fullt ut forsvarlig. Spørsmålet er om eksemplet er et egnet argument for straffrihet ut fra nødrettsbetraktninger ved eutanasi. Vi mener nei, ettersom eksemplet med pilotene er en situasjon hvor det ikke finnes andre utveier enn drap for å stoppe den ekstreme lidelsen. Kameraten har ikke tilgang på medikamenter, og et ambulanseteam vil ikke kunne nå frem i tide.

Ved sykdomstilfeller er situasjonen en annen. Selv i ekstreme situasjoner av uutholdelig lidelse grunnet symptomer som ikke lar seg kontrollere med konvensjonelle intervensjoner, for eksempel smerte, kan man som en siste utvei ty til terminal eller lindrende sedering til døende, og hvor Legeforeningen har utarbeidet retningslinjer (10). Selv om denne behandlingsformen er kontroversiell internasjonalt,

og det diskuteres om den skiller seg vesentlig fra eutanasi (11), er slik behandling nå blitt akseptert i Norge når strenge retningslinjer blir fulgt. Også i nederlandsk sammenheng er dette å betrakte som medisinsk behandling og ikke som eutanasi (3, 12, 13).

Samme oppfatning finner man i Høyesteretts avgjørelse i Sandsdalen-saken (9). Straffelovkommisjonen fremhever at «både tilhengere og motstandere av en utvidet adgang til dødshjelp er enige om at dødshjelp ikke skal være løsningen i tilfeller hvor helsevesenet mangler ressurser til å yte den nødvendige behandlingen» (1). En slik nødvendig behandling kan altså være lindrende sedering, selv om tilfellene vil være sjeldne innenfor et godt utbygd, nasjonalt system av kompetent palliativ behandling og pleie. Vi oppfatter at Straffelovkommisjonen gir uttrykk for at eutanasi i utgangspunktet ikke vil være lovlig i helsevesenet, selv i en ekstrem lidelsessituasjon hvor lindrende sedering ikke er en opsjon grunnet ressursmangel. Piloten i eksempelet er også i en situasjon av ressursmangel når det gjelder muligheten for å lindre kameratens ekstreme lidelse, men har færre relevante valgmuligheter. Kommisjonen viser gjennom henvisningen til ressursituasjonen i helsevesenet at legestyrt eutanasi skiller seg fra situasjonen i flyksempelet.

Det kan også argumenteres for at kameraten ikke bare handlet moralsk tillatelig eller akseptabelt da han drepte sin flykollega, men at det nærmest kan være tale om noe så sjeldent som en moralsk *plikt* til å drepe i den aktuelle situasjonen dersom vedkommende ikke skulle være forhindret fra dette av religiøse eller moralske grunner. Igjen er parallellen med eutanasi dårlig: Verken i Nederland eller i Belgia har leger en plikt til å etterkomme en forespørsel om eutanasi. Retten til eutanasi er bare en rett til å spørre en lege om dette (14, 15).

Videre foreligger det i flyksempelet en utvetydig, objektiv tilstand av ekstrem lidelse. Det er hevet over tvil at lidelsene vil være uutholdelige for en hvilken som helst person som befinner seg i den aktuelle situasjonen. Dette er imidlertid ikke tilfelle i mange dødshjelpssituasjoner, og det kan ikke sies at eutanasi eller legeassistert selvmord i Nederland alltid er et svar på en nødssituasjon (6). Det er ikke uvanlig at pasienter får utført eutanasi relativt tidlig i sykdomsforløpet dersom de betrakter det som «uutholdelig» å vente på å bli enda dårligere (3). Legen kommer da eksempelvis hjem til pasienten, som har samlet sin nærmeste familie rundt seg for å ta farvel og for at de skal få overvære at legen setter de dødelige injeksjonene. Man er heller ikke ukjent med at pasienter avviser palliativ

behandling i livets slutfase og ber om, og får, eutanasi i stedet (3, 6). Å kalle slike tilfeller «nødssituasjoner» vil derfor være å strekke dette begrepet alt for langt. Like fullt betrakter altså pasienten situasjonen som uutholdelig. Dette betyr at man må ta høyde for at selv uutholdelig lidelse kan ha en sterkt subjektiv karakter, i motsetning til lidelsens objektive karakter i flyksempelet. Straffelovkommisjonens argumentasjon for at nødrettsbetraktninger skal kunne føre til straffrihet, hviler derfor på den premiss at det vil være mulig å fastslå hva som objektivt sett er en «ekstrem nødssituasjon» (1). Denne begrepsbruken gir assosiasjoner til ulykkessituasjoner og ikke til en situasjon hvor pasienter, på mer eller mindre subjektivt grunnlag, ber om eutanasi.

Fra nødrett til legalisering i Nederland

Straffelovkommisjonens flertall konkluderer med at straffeloven § 235 andre ledd, om redusert straff ved samtykke, ikke bør suppleres med noen adgang til straffrihet. Vi leser flertallet slik at det i all hovedsak ønsker å videreføre dagens rettstilstand hvor det er straffbart å yte aktiv dødshjelp, konferer Sandsdalen-saken. Men samtidig sås det tvil om dette standpunktet, siden Straffelovkommisjonen samlet går inn for å kunne åpne for straffrihet ut fra nødrettsbetraktninger i sjeldne, dvs. mer ekstreme, situasjoner.

Dersom Straffelovkommisjonen skulle tolkes slik at nødrettsbetraktninger er relevante for eutanasiatilfellene, vil dette fremdeles kunne virke som et moderat standpunkt og bare som et forsiktig steg. Imidlertid var det nettopp straffrihet ut fra nødrettsbetraktninger som ledet frem til legaliseringen i Nederland i 2002. I den mye omtalte Schoonheim-saken fra 1984 slo nederlandsk høyesterett fast at leger som utfører eutanasi eller legeassistert selvmord, kan appellere til nødrett (3, 14). Etter dette har rettsavgjørelser gitt nærmere presisering av betingelser for at leger kan appellere til nødrett; betingelser utformet som «due care criteria» (3, 14). I dag er «due care criteria» formulert i den nye loven (7).

Skulle Stortinget finne at nødrettsbetraktninger bør kunne føre til frifinnelse i mer klassiske situasjoner med aktiv dødshjelp, overlates vanskelige og verdimessige avveininger til påtalemyndigheten og domstolene, som vil måtte avgrense rettmessig nødrett fra urettmessig. Slike verdimessige vurderinger bør primært foretas av Stortinget. Etter vår oppfatning bør aktiv dødshjelp i tradisjonell forstand fortsatt være straffbart, men slik at straffen kan nedsettes eller utsettes i tråd med de to mest kjente sakene i Norge, Husebø-saken og Sandsdalen-saken.



Faksimile av forsiden til NOU 2002: 4 Ny straffelov

Mindretallets forslag om adgang til straffritak

Mindretallet i Straffelovkommisjonen foreslår at det kan fritas for straff under bestemte betingelser. De foreslår et tillegg til regelen om straffnedsettelse for drap ved samtykke i § 235 og for medvirkning til selvmord i § 236. Hvis man mener at det kan tenkes ekstreme situasjoner hvor eutanasi og assistert selvmord er moralsk riktige handlinger, kan det virke nærliggende med adgang til straffrihet i slike tilfeller. Det kan oppfattes som inkonsekvent å opprettholde en rettstilstand hvor handlinger som anses som moralsk riktige og høyverdige, likevel per definisjon vil medføre straffeansvar. Slik sett kan kanskje forslaget ved første gjennomlesning virke moderat.

Mens Straffelovkommisjonens samlede standpunkt kan tenkes å åpne for en gradvis legalisering hvis det ikke gjøres klarere vedrørende adgangen til nødrett, vil etter vårt syn mindretallets forslag utvilsomt kunne få vidtrekkende konsekvenser, selv om det skal være en forutsetning at handlingen må ha vært foretatt etter en «bestemt og veloverveid anmodning» (1). Som understreket av mindretallet, vil det dreie seg om en skjønnsmessig adgang til straffritak. Flere momenter vil måtte komme inn i totalvurderingen i det enkelte tilfellet. Det er betenkelig at så stor makt over grensedragningen overføres fra lovgivende til dømmende myndighet. De nederlandske erfaringene viser faren for at utvidet adgang til straffritak vil kunne oppleves som en adgang til å ta andres liv, med andre ord en etisk skråplan-effekt. Selv om tradisjonene er ulike, og det kanskje er usannsynlig at utviklingen vil gå like fort eller like langt i Norge som i Nederland, kan ingen med sikkerhet vite hva en

slik skjønsmessig adgang til straffritak vil kunne medføre på lengre sikt.

Mindretallets forslag om at pasienten må ha vært «terminalt syk» for å motta straffri dødshjelp (1), er et krav som medisinsk sett er svært upresist. Dette begrepet vil også kunne innbefatte pasienter med f.eks. kronisk lungesykdom og multipel sklerose og med livsutsikter på flere år. Disse har like fullt en kronisk sykdom som det er sannsynlig at de vil dø av. Begrepet «terminal sykdom» blir riktignok brukt i lovgivning i delstaten Oregon i USA, som regulerer adgangen til begrenset legeassistert selvmord, men forbyr eutanasi. Der er rekkevidden betydelig avgrenset: ««Terminal disease» means an incurable and irreversible disease that has been medically confirmed and will, within reasonable medical judgment, produce death within six months» (16).

Konklusjoner

Vi støtter Straffelovkommisjonens flertall i synet på at dagens rettsordning mht. aktiv dødshjelp bør opprettholdes. Samtidig håper vi at betraktningene omkring nødrett blir klarere formulert i det videre lovarbeidet. Det fremstår for oss som uriktig å ha en spesifikk adgang til straffrihet, ettersom en slik adgang vil bety en klar markering fra lovgiver og samfunnets side om at slike handlinger er akseptable. En nedbygging av det klare og entydige forbudet mot å ta liv kan oppfattes som en gradvis redusert respekt for menneskeverdet og livet. Det vil kunne få store konsekvenser å åpne opp for straffrihet, selv om aktiv dødshjelp i ekstreme unntakstilfeller vil kunne oppfattes som etisk forsvarlig. Det finnes andre eksempler hvor forbud opprettholdes, og som i unntakstilfeller kan komme i veien for en moralsk riktig handling, for eksempel i lovlig vedtatte, men irreversible miljøinngrep og andre områder der sivil ulydighet etisk kan forsvares (17).

Lars Johan Materstvedt

lars.johan.materstvedt@hf.ntnu.no

Filosofisk institutt

Det historisk-filosofiske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

7491 Trondheim

Aslak Syse

Det juridiske fakultet

Universitetet i Oslo

Petter C. Borchgrevink

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

og

Anestesiavdelingen

St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger – NOU 2002: 4. Ny straffelov. Straffelovkommisjonens delutredning VII.
2. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003; 17: 97–101.

3. Griffiths J, Bood A, Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.
4. van der Wal G. From the Netherlands. *Palliat Med* 2003; 17: 110.
5. Materstvedt LJ. Palliative care on the «slippery slope» towards euthanasia? *Palliat Med* 2003; 17: 387–92.
6. Materstvedt LJ. Om dødshjelp i Nederland – og om debatten i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2965–9.
7. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act 2002. www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ416729&CMS_NOCOOKIES=YES (30.11.2004).
8. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Koper D et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet* 2003; 362: 395–9.
9. Norges Høyesterett. Dom av 14.4.2000 i sak Inr. 25/2000, snr. 47/1999.
10. Retningslinjer for lindrende sedering til døende. Oslo: Den norske lægeforening, Rådet for legeetikk, 2001. www.legeforeningen.no/index.db2?id=3942 (30.11.2004).
11. Materstvedt LJ, Kaasa S. Er terminal sedering aktiv dødshjelp? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1763–8.
12. Sheldon T. «Terminal sedation» different from euthanasia, Dutch ministers agree. *BMJ* 2003; 327: 465.
13. Rietjens JA, van der Heide A, Vrakking AM et al. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. *Ann Intern Med* 2004; 141: 178–85.
14. Buijsen MAJM. Euthanasia in The Netherlands: national legislation and international law. I: Ars B, Montero E, red. *Suffering and dignity in the twilight of life*. Haag: Kugler Publications, 2004: 87–112.
15. Dayez B. The regulation of euthanasia under Belgian law. I: Ars B, Montero E, red. *Suffering and dignity in the twilight of life*. Haag: Kugler Publications, 2004: 113–39.
16. The Oregon Death with Dignity Act. Ballot measure no. 16. Oregon Revised Statute §127.800–127.897. www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ors.cfm (30.11.2004).
17. Christie N. Medskyldighet og samfunnstype. Om betingelsene for sivil ulydighet – og et forslag til forsterket rettsbeskyttelse ved naturinngrep. I: Hagtvet B. *Den vanskelige ulydigheten*. Oslo: Pax, 1981: 93–103.