

Legeforeningens uklarhet om «aktiv dødshjelp»

Rådet for legeetikk formulerte i 2015 en ny paragraf om såkalt aktiv dødshjelp, som samme år ble enstemmig vedtatt av Legeforeningens landsstyre. Imidlertid er paragrafen uklar og potensielt forvirrende. Dette er uheldig for både klinisk, etisk og politisk debatt om temaet. Det foreslås her en alternativ formulering som er mer presis.

Lars Johan Materstvedt
lars.johan.materstvedt@ntnu.no

I den senere tid er ulike varianter av «aktiv dødshjelp» blitt legalisert flere steder i vesten. Både Nederland og Belgia fikk i 2002 lover som regulerer praksisen, og Luxembourg fulgte etter i 2009 (1). I 2014 ble den nedre aldersgrensen i den belgiske loven fjernet, slik at nå kan selv små barn be om eutanasi (2). Samme år ble det vedtatt en eutanasilov i Quebec, Canada, og etter en høyesterettsdom ble eutanasi lovlig i alle landets provinser fra juni 2016 (3).

I henholdsvis 2013 og 2015 fikk de amerikanske delstatene Vermont og California lover om legeassistert selvmord, og fra før fantes slik lovregulering i Oregon, Washington og Montana (1). I 2015 vedtok man i Tyskland en lov om assistert selvmord som regulerer en praksis ikke ulik den man har hatt i Sveits i mange år (1). Storbritannia kan bli neste. Her har det vært fremsatt en rekke lovforslag etter Oregon-modellen (4).

Norske forhold

I Norges nye straffelov, som trådte i kraft i 2015, opprettholdes forbudet mot eutanasi gjennom formuleringen «dersom noen med eget samtykke er drept» i § 276 (5). Men tunge politiske motkrefter finnes. Fremskrittspartiet fattet i 2009 et prinsippvedtak om å arbeide for legalisering (1), og flere fylkeslag i AUF har nylig vedtatt at man går inn for «å lovliggjøre en form for aktiv dødshjelp under strenge regelverk» (6).

I en undersøkelse publisert i 2013 svarer to av ti norske medisinstudenter (19 %) at de vil tillate eutanasi ved terminal sykdom, og hele 31 % vil tillate legeassistert selvmord ved samme tilstand (7). På spørsmål om fremtiden svarer leder av Rådet for legeetikk, Svein Aarseth, «at han tror eutanasidebatten vil stå sentralt» (8).

Ny § 5 i Etiske regler for leger

Nettopp derfor er det påkrevd at man er klar på hva man mener med «eutanasi» og nær-

liggende begreper. Men det er Legeforeningen ikke.

For det første forekommer ikke begrepet «eutanasi» i ny § 5 i Etiske regler for leger: «Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som aktiv dødshjelp» (9).

For det andre inneholder ny § 5 ingen begrunnelse for hvorfor behandlingsbegrensning «ikke [er] å regne som aktiv dødshjelp». I stedet fremsettes dette i påstands form – og avstedkommer derfor spørsmålet «hvorfor

«Ved behandlingsbegrensning dør pasienten naturlig av sykdommen, mens ved injeksjon eller oralt inntak av dødbringende medikamenter er *det* dødsårsaken»

ikke?»). Det er svært aktivt å begrense behandlingen av en pasient med amyotrofisk lateral sklerose så mye at denne dør etter ekstubering. Dermed ligger veien åpen for å misforstå denne normale medisinske handlingen som «en form for aktiv dødshjelp» (1).

Man kunne oppklart dette ved å vise til at ved behandlingsbegrensning dør pasienten naturlig av sykdommen, mens ved injeksjon eller oralt inntak av dødbringende medikamenter er *det* dødsårsaken. Dette skillet er uomtvistelig i en nederlandsk kontekst, eksemplifisert ved at leger som utfører eutanasi er pålagt å rapportere dødsfallet som «unaturlig» (10).

«Aktiv og passiv dødshjelp»

Det var filosofen James Rachels som i 1975 lanserte begrepsparet «active and passive euthanasia» i en nå klassisk artikkel med samme tittel i *New England Journal of Medicine* (11). «Aktiv og passiv dødshjelp» er fornavnet (1). Men i Nederland har man for mange år siden vraket dette begrepsparet (1, 2, 10). Skillet finnes heller ikke i forskningslitteraturen i landet (12). Nederlandsk forskning har satt standarden for internasjonal forskning (13).

Når Legeforeningen likevel velger å bruke begrepet «aktiv dødshjelp», benytter man således et begrep som både er potensielt forvirrende (1) og utdatert (2) – og uten forskningsmessig forankring. I stedet burde Legeforeningen bedrive folkeopplysning ved å bruke, og forklare, de presise standardbetegnelse «eutanasi» og «legeassistert selvmord» (1, 2, 7, 13, 14).

En annen uheldig side ved «aktiv dødshjelp» er at man overlater til legaliseringsaktiviteter å spille «passiv dødshjelp»-kortet, noe de stadig gjør (15). Slik presses man på defensiven og må svare på hvorfor det ene er forbudt, mens det andre er lov, når det kliniske utfallet død er likt i begge tilfeller. Det er spesielt viktig å kunne møte denne utfordringen i de tilfeller døden følger omtrent like raskt ved eutanasi som ved seponering av livsoppholdende tiltak – eksempelvis kan det gå få minutter fra ekstubering til pasienten dør.

På den annen side: At «aktiv dødshjelp» er mest kjent i offentligheten og i norsk juridisk litteratur (16, 17), er i seg selv et argument for å bruke begrepet. Så kan man tilføye, noe som er blitt gjort av Rådet for legeetikk i mediene, at med dette forstår man eutanasi – som så i sin tur forklares (18).

Men «bivirkningen» av å ta denne begrepsmessige omveien er fortsatt at man ikke blir kvitt den logiske motsatsen «passiv dødshjelp». Like lite som «ondt» forsvinner som begrep om man bare snakker om «godt», like lite kan man snakke om «aktiv» uten at «passiv» følger med som nissen på lasset. Og man fortsetter således med å gi vann på mølla til dem som vil (mis)bruke «passiv dødshjelp»-begrepet for alt det er verdt.

To motstridende tolkninger av «aktiv dødshjelp»

Som vi ser av § 5 skiller Legeforeningen mellom aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord. I så måte er man på linje med Rachels (11). Men denne distinksjonen kan selv gi opphav til forvirring. For «aktiv dødshjelp» brukes gjerne som samlebetegnelse for eutanasi og legeassistert selvmord. Det er eksempelvis tilfellet i NOBAS (Norwegian Bioethics Attitude Survey) fra 2015 (19). Debattant og overlege i nevrologi Morten Horn gjør det samme: «Aktiv dødshjelp kan være eutanasi (legen gir en dødbringende injeksjon), eller legeassistert selvmord (legen skriver ut en dødbringende gift som pasienten selv inntar)» (20). En slik sammenslåing er naturlig ettersom det også er aktivt å hjelpe en pasient til å dø ved assistert selvmord.

Rådet for legeetikk ved nestleder Karsten Hytten og leder Aarseth skriver derimot i et innlegg og konsistent med § 5: «Aktiv dødshjelp (eutanasi) innebærer at en lege injiserer dødbringende medisin på pasientens forespørsel. Med rene ord betyr det at legen tar livet av pasienten. Legeassistert selvmord betyr at pasienten selv inntar slike medisiner som han/hun har fått av sin lege slik at pasienten skal ha mulighet til å ta sitt eget liv» (18).

Behandlingsbegrensning og «hensiktsløs» behandling

Det er videre egnet til å forundre at Legeforeningen mener behandlingsbegrensning bare omfatter «hensiktsløs» behandling. Verken klinisk eller juridisk er dette tilfellet. Pasientrettighetsloven slår fast i § 4-9 at «en døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling» (21). For eksempel regnes antibiotikabehandling av en terminal kreftpasient som livsforlengende. Dersom pasienten sier nei til mer antibiotika, har vi et tilfelle av behandlingsbegrensning der han eller hun sier nei til potensielt «hensiktsmessig» eller meningsfull behandling.

En annen sak er at begrepet «hensiktsløs», eller «nytteløs», er langt fra klart (14). En nylig publisert multisenterstudie av praksis ved intensivavdelinger setter dette på spissen: 14 % av tilfellene der man vurderte videre livsoppholdende behandling som fåfengt og derfor trakk den tilbake, ble pasienten utskrevet i live (22). Det ble med andre ord antatt at nytten av videre behandling var ikke-eksisterende eller helt marginal. Så selv i paradigmatisk eksempler på nytteløshet kan man ta radikalt feil. Hvilket viser hvor vanskelig dette farvannet kan være.

Legeforeningen tar simpelthen begrepet «hensiktsløs» for gitt i ny § 5, det samme

gjør en av Tidsskriftets medisinske redaktører i en lederartikkel publisert for ikke så lenge siden (23, 24). Dette er påfallende, også i lys av Helsedirektoratets nasjonale veileder *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*, der man i betydelig grad drøfter og problematiserer begrepet (25).

Avsluttende bemerkning – og et forslag

Ifølge rådsleder Aarseth representerer den nye § 5 – som ble vedtatt av et enstemmig landsstyre – en «forbedring gjennom forenkling» (26). Einsteins syn var at «every-

«I 4 % av tilfellene der man vurderte videre livsoppholdende behandling som fåfengt, ble pasienten utskrevet i live»

thing should be made as simple as possible, but not simpler» (27). Rådet for legeetikk, og landsstyret med, synes å ha gått i denne forenklingssammenheng. Det er uheldig for klinisk, etisk og politisk debatt om det meget intrikate temaet eutanasi og legeassistert selvmord.

På bakgrunn av argumentasjonen over skulle følgende reformulering av § 5 være dekkende: «Leger skal ikke utføre eutanasi og legeassistert selvmord, der pasienten dør unaturlig av medikamenter gitt for å ta liv. Å begrense livsforlengende behandling, og ikke å sette i gang eller trekke tilbake antatt nytteløs behandling, er derimot normal medisinsk praksis; her dør pasienten av sin sykdom.»

Denne er bare noe lengre enn den nye § 5. Etiske regler er i form gjerne korthugne, men for eventuelt å klargjøre hva som menes med begrepene kunne paragrafen utstyres med følgende fotnote for å unngå misforståelser – eller den utdypende teksten publiseres annetsteds, med lenke til denne fra § 5:

«Eutanasi innebærer at en lege injiserer dødbringende medisiner på pasientens frivillige forespørsel; ved legeassistert selvmord inntar en samtykkekompetent pasient selv slike medisiner som vedkommende har fått utskrevet av en lege, der formålet er at pasienten skal ta sitt liv. I begge tilfeller brukes medikamenter for å ta liv, slik at

pasientens død er unaturlig. Begrensning av potensielt livsforlengende behandling, herunder lindrende sedering i livets slutfase der symptomkontroll trappes opp, er derimot normal medisinsk praksis. Det samme er tilbakeholdelse eller tilbaketrekking av det som vurderes å være nytteløs behandling. I alle disse tilfellene dør pasienten naturlig av sin underliggende sykdom.»

Lars Johan Materstvedt (f. 1960)

er professor i filosofi ved Institutt for filosofi og religionsvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Han var leder av The Ethics Task Force on Palliative Care and Euthanasia, European Association for Palliative Care (EAPC), og medlem av en komité i Den norske legeforening som utarbeidet retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase, 2014.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Materstvedt LJ, Førde R. Fra aktiv og passiv dødshjelp til eutanasi og behandlingsbegrensning. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2138–40.
2. Materstvedt LJ, Magelssen M. Medical murder in Belgium and the Netherlands. J Med Ethics 2016. E-publisert 25.4.2016.
3. House of Commons of Canada. BILL C-14. An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Language=E&Mode=1&DocId=8309978 [23.6.2016].
4. Campaign for assisted dying. Lord Falconer's assisted dying bill. www.dignityindying.org.uk/assisted-dying/lord-falconers-assisted-dying-bill [18.5.2016].
5. Lov om straff (straffeloven). 20.5.2005. Ikrafttredelse 1.10.2015. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-10 [18.5.2016].
6. Salbu H, Skogan JH. Om 30 år vil aktiv dødshjelp være en selvfølge. Innlegg. Aftenposten 22.2.2016. www.aftenposten.no/meninger/sid/Om-30-ar-vil-aktiv-dodshjelp-vare-en-selvfolge--Salbu-og-Skogan-10599b.html [18.5.2016].
7. Nordstrand MA, Nordstrand SJ, Materstvedt LJ et al. Medisinstudenters holdninger til legalisering av eutanasi og legeassistert selvmord. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2359–63.
8. Andersen EJ. Etiske refleksjoner må forme leger. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 2242.
9. Den norske legeforening. Etiske regler for leger 2015. Vedtatt av landsstyret 1961 med endringer, senest 2015. http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitisk-utvalg/etikketiske-regler-for-leger [18.5.2016].
10. Griffiths J, Weyers H, Adams M. red. Euthanasia and law in Europe. Oxford: Hart Publishing, 2008.
11. Rachels J. Active and passive euthanasia. N Engl J Med 1975; 292: 78–80.
12. Materstvedt LJ, Kaasa S. Palliasjon og eutanasi. I: Kaasa S, Loge JH, red. Palliasjon. Nordisk lærebok. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2016.
13. Bosshard G, Materstvedt LJ. Medical and societal issues in euthanasia and assisted suicide. I: Chadwick R, ten Have H, Meslin EM, red. The SAGE handbook of health care ethics. Core and emerging issues. London: SAGE Publications, 2011.

>>>

14. Materstvedt LJ, Bosshard G. Euthanasia and palliative care. I: Cherny N, Fallon M, Kaasa S et al, red. Oxford textbook of palliative medicine. 5. utg. Oxford: Oxford University Press, 2015.
15. Foreningen Retten til en verdig død. www.livstestament.org [18.5.2016].
16. Husabø EJ. Rett til sjølvvalt livsavslutning? Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
17. Syse A. Helsehjelp ved livets slutt. I: Befring AK, Kjelland M, Syse A, red. Sentrale helserettslige emner. Oslo: Gyldendal Juridisk, 2016.
18. Hytten K, Aarseth S. Leger og dødshjelp. Debattinnlegg. Dagbladet 5.1.2015. www.dagbladet.no/2015/01/05/kultur/meninger/kronikk/debatt/dodshjelp/36981383 [18.5.2016].
19. Magelssen M, Supphellen M, Nortvedt P et al. Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment. BMC Med Ethics 2016; 17: 24.
20. Horn M. Aktiv dødshjelp bør ikke legaliseres. Debattinnlegg. TV2s nettside 10.1.2014. www.tv2.no/a/5213844 [18.5.2016].
21. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). 2.7.1999. Ikrafttredelse 1.1.2001. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63-KAPITTEL_4 [18.5.2016].
22. Lautrette A, Garrouste-Orgeas M, Bertrand PM et al. Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis: a multicenter study of the Outcomerea Research Group. Intensive Care Med 2015; 41: 1763–72.
23. Vangsnes L-E. Hvordan leger ikke ønsker å dø. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 919.
24. Berg SF. Re: Hvordan leger ikke ønsker å dø. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1220.
25. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Oslo: Helsedirektoratet, 1.4.2013. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling> [18.5.2016].
26. Johannessen CR. Tydeligere om aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1211.
27. Quote Investigator. <http://quoteinvestigator.com/2011/05/13/einstein-simple> [18.5.2016].

Mottatt 9.5. 2016 og godkjent 2.6. 2016. Redaktør: Ketil Slagstad.

 Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no