

Dødshjelp – i medisins randsone?

Michael 2009;6:499–504.

Begrepet dødshjelp bør brukes i stedet for aktiv dødshjelp. Saklig informasjon til befolkningen om døden er viktig. Vi har i dag har kompetanse og kunnskap til å sikre fredelige og verdige dødsleier uten unødig plage og smerte. Samfunnet må stille nødvendige ressurser til rådighet, og dødshjelp må ikke bli en lettveit utvei. Dødshjelp er i strid med de etiske grunnholdningene for leger og sykepleiere.

Ordene vi bruker

Dødshjelp, eller aktiv dødshjelp som mange kaller det, er et tilbakevendende tema i samfunnsdebatten. I 2009 har vi fått en ny bølge av debatt om temaet etter at Fremskrittspartiet etter et benkeforslag på sitt landsmøte vedtok å legalisere aktiv dødshjelp.

Hva mener vi egentlig med uttrykket *aktiv dødshjelp*? «Livshjelputvalget» ga denne definisjonen (1):

Med aktiv dødshjelp (eutanas) forstås en aktiv handling med den hensikt og følge at pasienten dør (oftest umiddelbart).

Det er mange lignende definisjoner av aktiv dødshjelp, men kjernepunktet er at hensikten, intensjonen, er å avslutte livet. Vanligvis brukes *eutanas* synonymt med *aktiv dødshjelp*, slik Livshjelputvalget gjorde her.

Å avstå fra eller avbryte livsforlengende behandling blir ofte betegnet som *passiv dødshjelp*. Men mange tar etter hvert avstand fra bruk av uttrykket *passiv dødshjelp*, ut fra tankegangen at det er en prinsipiell og fundamental forskjell mellom aktiv dødshjelp og det å avstå fra eller avbryte livsforlengende behandling. Ved aktiv dødshjelp gir legen medikamenter i den hensikt at døden skal inntreffe, vanligvis etter ønske fra pasienten. Livsforlengende behandling er behandling og tiltak som kan utsette en pasients død. Det må være helt klart at også når livsforlengende behandling

avbrytes eller ikke igangsettes, skal palliativ behandling, pleie og medisinsk omsorg selvsagt gis (2). En ny veileder våren 2009 fra Helsedirektoratet drøfter beslutningsprosesser rundt livsforlengende behandling (3). Også når livsforlengende behandling ikke gis eller avbrytes, skal en døende pasient ha smertelindring og godt stell, og dette er aktive tiltak fra leger og pleiere (4). I uttrykket *passiv dødshjelp* er både ordet *dødshjelp* og ordet *passiv* misvisende, og det er derfor logisk at begrepet *passiv dødshjelp* er på vei ut.

Kan så begrepet *aktiv dødshjelp* erstattes av ordet *dødshjelp*? Vi ser en gradvis utvikling i retning dette kortere begrepet, men er det fortsatt grunn til å nøle? Ville noen forstå ordet *dødshjelp* som den pleie og omsorg vi alltid bør gi i livets aller siste fase? I min språkforståelse er *hjelp til å dø*, eller *dødshjelp*, noe helt annet enn *hjelp og lindring når døden nærmer seg*. Uttrykket *aktiv dødshjelp* vil trolig etter hvert erstattes av *dødshjelp*. Selv bruker jeg ikke betegnelsen *passiv dødshjelp*, og foretrekker uttrykket *dødshjelp* i stedet for den tradisjonelle betegnelsen *aktiv dødshjelp* om handlingen med intensjon å forkorte livet.

Begrepet *legeassistert dødshjelp* brukes om at en lege aktivt og med hensikt avslutter en pasients liv ved å tilføre medikament. Hensikten er både å redusere lidelse og å fremskynde døden (5), mens *legeassistert suicid* angir at legen på oppfordring forsyner pasienten med legemiddel for at pasienten selv kan avslutte livet. *Legeassistert dødshjelp* og *legeassistert selvmord* regnes som *aktiv dødshjelp* eller *dødshjelp* (6, 7).

Hvorfor er folk for dødshjelp?

Hva er grunnen til at store deler av befolkningen synes å være tilhengere av *aktiv dødshjelp*? Mange har trolig dannet seg et skremmebilde av døden, en oppfatning om smerter og plager som ikke kan lindres. Dette kan ha sammenheng med at døden i vår tid er institusjonalisert, dødsfall finner sted i sykehus og sykehjem, ikke som en naturlig del av dagliglivet. Døden er ikke noe vår tids mennesker opplever og erfarer gjennom oppveksten og videre i livet. Den moderne tids menneske er opptatt av planlegging av og kontroll med livet sitt, noe som gjenspeiles ikke minst når det gjelder prevensjon og tidspunkt for graviditet, nå skal alt være planlagt i detalj på en helt annen måte enn før de moderne prevensjonsmidlenes tid.

Det er viktig at befolkningen har saklig informasjon om døden. Mange er urolige for smerter og ubehag, og ønsker seg en rask og plutselig død, å falle om «på skitur i Marka». Men også når døden kommer etter langvarig sykdom som kan medføre ubehag og smerter, vil god pleie og smertelindring bidra til et fredelig dødsleie uten opprivende plager. Kunnskap og kompe-

tanse om smertelindring når døden nærmer seg, er i dag utviklet på en helt annen måte enn for noen år siden.

Tilhengere av dødshjelp argumenterer ofte med at dødshjelp bør gis for å unngå uverdige og smertefulle dødsleier. Men det er underlig å karakterisere en unaturlig fremkalt død som verdig. Verdighet oppnås tvert i mot best ved trøst, god pleie og nødvendig smertelindring. Da sikres også gode muligheter for kontakt og avskjed mellom den døende og de pårørende. Overlege Stein Husebø skrev i en kronikk i mai 2009: Det er ikke mulig å krenke et menneskes verdighet mer, enn ved å tilby å drepe dem (8).

Mange tror god smertelindring kan forkorte livet. En forkortelse av livet med noen timer eller kanskje en dag eller to kan nok forekomme, men er neppe regelen. Det påstås av og til at passiv dødshjelp benyttes i Norge, ved at pasienter ikke får næring og væsketilførsel. Men behovet for næring og væske avtar hos den døende, og intravenøs væsketilførsel kan gi pasienten unødige plager. Det beste for den døende er ofte at væske- og næringsinntak reduseres (3, 4).

Noen tar til orde for dødshjelp ikke bare ved nært forestående død, men ved tilstander med betydelig nedsatt funksjon, kanskje total avhengighet av pleie og omsorg, tilstander vi som friske vanskelig kan tenke oss gir liv som er verd å leve. Det er mye som tyder på at pasienter i slike situasjoner likevel opplever god livskvalitet og har glede av livet når omsorg, pleie og medmenneskelig samvær sikres. En legalisering av dødshjelp kunne føre til at pleietrengende, hjelpeløse syke og gamle ville føle at de er til byrde og derfor bør be om dødshjelp. Det er holdepunkter for at ensomhet og depresjon fører til anmodning om dødshjelp, mens det da er en rekke andre tiltak som bør settes inn for å hjelpe.

Dødshjelp er straffbart

Aktiv dødshjelp kommer inn under straffelovens bestemmelser om drap, og er straffbart i Norge. Det er påtalemyndigheten som ut fra straffeloven skal vurdere om det foreligger aktiv dødshjelp, men en handling som innebærer aktiv dødshjelp ville falle inn under begrepet uforsvarlig behandling, som er et tema for helsemyndighetene ut fra helselovgivningen.

Vi har de senere år hatt flere kjente saker om aktiv dødshjelp i Norge. I 2000 forkastet Høyesterett anken fra lege Christian Sandsdalen, som dermed var kjent skyldig i overlagt drap på en pasient med multipl sklerose som hadde bedt ham om hjelp til å dø. Dommen legger vekt på hva som har vært legens formål med behandlingen, legens subjektive hensikt. Den slår fast at Sandsdalen ikke tilpasset dosene av morfin og ketogan med det for øye bare å lindre smerter, men tvert om sørget for at dosene var slik at

pasientens liv ble avsluttet der og da. Det var ikke legens hensikt alene som gjorde handlemåten ulovlig, men også at behandlingen var tilpasset denne hensikten. En behandling med smertestillende midler som medvirker til å forkorte livet noe, kan likevel være i samsvar med legeloven hvis behandlingen har til hensikt å lindre smerter. Høyesterett fastslo likevel at Sandsdalen ikke ble idømt straff, og den 82 år gamle legen slapp dermed å sone.

Dommen i Sandsdalen-saken er viktig. Samfunnets grense mot at leger skal gi aktiv dødshjelp er klar og tydelig. Det var ingen tvil om at Sandsdalens intensjon var å avslutte pasientens liv. Helsetilsynsetaten, der jeg den gang var helsedirektør og øverste sjef, hadde med en gang anmeldt saken til politiet da vi fikk kjennskap til den. Jeg har alltid vært overbevist om at helsetjenesten, helsepersonell og helsemyndigheter må ha en klar holdning mot aktiv dødshjelp. Alle som søker helsetjenesten skal føle seg helt sikre på å møte usvekket respekt for livet.

I Husebø-saken noen år tidligere hadde også legen erkjent intensjonen om å avslutte livet, som i Sandsdalen-saken. Helsetilsynet anmeldte saken, men påtalemyndigheten konkluderte med henleggelse etter bevisets stilling. Deretter fikk legen en advarsel fra Helsetilsynet, den strengeste reaksjonen før tap av autorisasjonen. Overlege Stein Husebø har selv senere markert seg som motstander av dødshjelp (8).

En annen kjent sak var den såkalte Bærum-saken i 1999–2000, der en overlege på Bærum sykehus innklaget en kollega til tilsynsmyndigheten for påstått aktiv dødshjelp etter at en døende kreftpasient hadde fått såkalt *terminal sedering* de siste dagene av livet mot ellers intraktable smerter. Saken vakte stor offentlig interesse og mediedebatten var intens i over et år, med kritikk av Helsetilsynet for påstått sviktende saksbehandling og bruk av påstått inhabil sakkyndig og medarbeider. Med unntak av en mindre saksbehandlingsfeil fikk verken disse beskyldningene eller påstanden om aktiv dødshjelp støtte i de senere vurderingene og avgjørelsene fra Justisdepartementets lovavdeling, Riksadvokaten og Statens helsepersonellnemnd. Saken illustrerte hvor lett det er å skape et opphisset mediebilde når spørsmålet om aktiv dødshjelp reises.

Det var grunn til å frykte at den faglige utviklingen som var godt i gang med sikte på bedre dødspleie og smertelindring kunne stanse opp etter det intense mediefokuset i Bærum-saken, med uro for beskyldninger om dødshjelp der smertelindring krevde stor innsats. Heldigvis ser det ut som helsetjenesten har fortsatt sitt faglige og etiske utviklingsarbeid for å sikre at vi kan gå døden i møte med trygghet for god pleie og uten frykt for u håndterlige smerter. Kanskje har Bærum-saken bidratt til at terminal sedering er

blitt bedre kjent i fagmiljøene, som en siste utvei i de sjeldne tilfellene der smertene ellers ikke kan lindres. Også her ser vi endring i terminologien, og behandlingsmåten betegnes nå *lindrende sedering*.

Leger og sykepleiere skal ta vare på liv

I kjølvannet av Bærum-saken kom Legeforeningen i 2001 med retningslinjer for lindrende sedering til døende (9). Lindrende sedering defineres her slik: *Med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevisstheten for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte*. Det slås fast at lindrende sedering, der en døende pasient ved hjelp av medikamenter settes i en tilstand med redusert bevissthet, i sjeldne tilfeller vil være et nødvendig og forsvarlig tiltak.

Et handlingsprogram fra helsemyndighetene for palliasjon i kreftomsorgen gir også nyttig veiledning til helsepersonell som behandler og har omsorg for døende pasienter (10). Dette er igjen et eksempel på at den faglige utviklingen går videre, og befolkningen vil forhåpentligvis etter hvert føle seg tryggere på at plager når døden nærmer seg kan håndteres. Så er det viktig at vi som samfunn er villige til å stille til rådighet de ressursene som trengs for å sikre god pleie, omsorg, trøst og smertelindring.

De fleste leger finner det uforenlig med legeetikken å medvirke til å ta livet av en pasient. Legeforeningens *Etiske regler for leger* sier i § 5: *Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Aktiv dødshjelp, dvs. tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død, må ikke anvendes. En lege må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp*.

Norsk sykepleierforbunds *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* sier i punkt 1.8: *Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død*. I punkt 1.9: *Sykepleieren bidrar ikke til aktiv dødshjelp (eutanasi) og hjelper ikke pasienten til selvmord*. Og i punkt 1.10: *Sykepleieren bidrar til en naturlig dødsprosess og død, der det er særlig viktig at nytteløs livsforlengende behandling avsluttes eller ikke påbegynnes*.

Leger og sykepleiere har som grunnholdning både å ta vare på livet og å lindre plager. Å pålegge leger å gi en behandling som tar pasientens liv vil stride mot denne grunnholdningen. Helsetjenesten har i dag kompetanse til å sikre verdige og fredelige dødsleier med nødvendig smertelindring. Vissheten om dette må formidles som en trygghet til befolkningen. Oppgaven for oss alle blir å sørge for at den nødvendige kompetansen og de nødvendige ressursene for god pleie og omsorg kontinuerlig er tilgjengelige. Dødshjelp må ikke velges som et billig alternativ til kompetent og tilstrek-

kelig utbygd palliativ pleie (11). Det ville være en fallitterklæring for et humant samfunn å legalisere dødshjelp.

Overskriften på kapitlet er formet som et spørsmål. Hva er så svaret? Er dødshjelp i en medisinsk randsoner? Nei, dødshjelp hører ikke hjemme i medisinen eller i medisinenes randsoner, men befinner seg definitivt *utenfor* randsonene.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger – NOU 1999: 2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*.
2. Tranøy KE. *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget 1999.
3. *Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende*. Helsedirektoratet 2009.
4. Horn M. Feil om dødshjelp. *VG* 30.5.2009: 49.
5. Westrin CG, Nilstun T. *Att få hjälp att dö*. Lund: Studentlitteratur 2005.
6. Materstvedt LJ. Om dødshjelp i Nederland – og om debatten i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121, 2965-9.
7. Norges offentlige utredninger – NOU 2002: 4. *Ny straffelov. Straffelovkomisjonens delutredning VII*.
8. Husebø S. En synders refleksjoner. *Aftenposten* 13.6.2009: 4.
9. *Retningslinjer for lindrende sedering til døende*. Den norske lægeforening, Rådet for lege-etikk 2001.
10. *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. IS-1529 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
11. Materstvedt LJ, Førde R. Intens debatt om eutanasi innen europeisk palliativ medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2735-7.

Anne Alvik
anne.alvik@medisin.uio.no
Hoffsvn. 60 b
0377 Oslo