

5.ÅRSOPPGAVE I STADIUM IV
MEDISINSTUDIET VED
UNIVERSITETET I TROMSØ

AKTIV DØDSHJELP - STATUS QUO I NORGE



Døden i sykeverrelset, av E. Munch

STUDENT: CECILIE ERIKSEN,
KULL-98

VEILEDER: DR. SIGURD SPARR,
UNN

TROMSØ,
VÅR 2003

1 INNHOLDSFORTEGNELSE:

SIDE:

1	INNHOLDSFORTEGNELSE.....	1-4
2	RESYME`.....	5
3	INNLEDNING.....	6-11
3.1	Presentasjon av tema/ problemstilling.....	6-7
3.2	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	8
3.3	Avgrensninger og presiseringer.....	9
3.3.1	Ansvar	
3.3.2	Utførelse	
3.3.3	Omfang	
3.3.4	Passiv dødshjelp	
3.3.5	Pasient	
3.4	Emnet sin aktualitet.....	10-11
3.4.1	Aktualitet for pasienten.....	10
3.4.2	Aktualitet for samfunnet.....	10
3.4.3	Aktualitet for legene.....	10
3.4.4	Aktualitet for sykepleiere/ annet helsepersonell.....	10-11
3.4.5	Aktualitet for pårørende.....	11
3.5	Oppgavens oppbygning.....	11
4	METODE.....	12-13
4.1	Beskrivelse og begrunnelse for valg av metode.....	12
4.2	Metodens gyldighet og pålitelighet.....	12
4.3	Datasamling og valg av kilder.....	12
4.4	Kildekritikk.....	12-13
5	AVKLARING AV DIVERSE BEGREPER	14-16
5.1	Eutanasi.....	14
5.2	Aktiv dødshjelp.....	14-15
5.3	Passiv dødshjelp.....	15

5.4	Pasient.....	15
5.5	Kompetent person.....	16
6	LIDELSE/ LIVSKVALITET.....	17-19
6.1.1	Tap av selvråderett og verdighet.....	17
6.1.2	Tap av kognitiv og mental kontroll.....	17
6.1.3	Tap av førlighet, naturlige funksjoner og kroppshygiene.....	17
6.1.4	Tap av sosial kontroll.....	18
6.1.5	Tap av mål, håp og fremtidsplaner.....	18
6.1.6	Tap av selvbylde.....	18
6.1.7	Tap av krefter og overskudd.....	18
6.1.8	Tap av verdier.....	18
6.1.9	Tap av håp og lindring.....	19
7	ETISKE ASPEKTER.....	20-26
7.1	Pliktetiske argumenter.....	20-22
7.1.1	Autonomi	20-21
7.1.2	Du skal ikke ta liv.....	21
7.1.3	Likhet og rettferdighet.....	21
7.1.4	”Best interest”.....	21-22
7.1.5	Velgjørenhet.....	22
7.2	Konsekvensetiske aspekter.....	22-26
7.2.1	Relativisering av menneskeverdet.....	22
7.2.2	Konsekvenser for pasienten.....	22-23
7.2.3	Konsekvenser for pårørende.....	23
7.2.4	Konsekvenser for helsepersonell.....	24-25
7.2.5	Konsekvenser for samfunn.....	25
7.2.6	Utglidning/ Slippery slope.....	25-26
8	JURIDISKE ASPEKTER.....	27-30
8.1	En menneskerett å avslutte eget liv?.....	27-28
8.2	Norges lover.....	28-29
8.3	Medisinske sider.....	29-30

9	VERDIER OG LIVSSYN.....	31-32
9.1	Kristen- religiøse sider.....	31
9.2	Verdslig-humanistisk tradisjon.....	32
10	PRAKTISERING AV AKTIV DØDSHJELP I DAG.....	33-35
10.1	Nederland.....	33
10.2	Belgia.....	33-34
10.3	Andre vestlige land.....	34-35
	10.3.1 USA.....	34
	10.3.2 Sveits.....	34
	10.3.3 Særregler.....	35
11	ERFARINGER.....	36-37
11.1	Remmenlinkrapporten.....	36
11.2	I dag.....	37
12	HOLDNINGER TIL AKTIV DØDSHJELP I NORGE.....	38-43
12.1	Befolkningsundersøkelser.....	38
12.2	Leger.....	39-40
12.3	Studenter.....	40-41
12.4	Sykepleiere og annet helsepersonell.....	41
12.5	Dødssyke.....	41-42
12.6	Politiske partier.....	42
12.7	Verdikommisjonen.....	43
13	AKTUELLE SAKER I NORGE.....	44-47
13.1	Husebø- saken.....	44-45
13.2	Borchgrevink- saken.....	45-46
13.3	Sandsdalen- saken.....	46
13.4	Bærum- saken.....	46-47
14	AVSLUTNING.....	48-53
14.1	Vektlegging av aspekter.....	48-51

14.2	Konklusjon.....	51-52
14.3	Refleksjon omkring arbeidsprosessen.....	53
15	LITTERATURLISTE.....	54-55
15.1	Bøker.....	54
15.2	Artikler.....	54-55

2 RESYME`:

Oppgavens tittel lyder ”Aktiv dødshjelp – status quo i Norge”. Oppgaven er en litteraturstudie, hvor jeg har anvendt bøker og artikler som kilder.

Emnet aktiv dødshjelp har de siste 20- 30 årene blitt mer og mer aktuell i vår del av verden. Imidlertid er det først de siste årene at denne debatten har kommet i fokus her til lands.

Intensjonen min med denne oppgaven er å se på hvordan nordmenn forholder seg til spørsmålet angående legalisering av aktiv dødshjelp. Jeg kommer i denne sammenheng til å redegjøre for hva som ligger i begrepet aktiv dødshjelp, samtidig som de argumenter som benyttes i denne diskusjonen tas med. I tillegg legges det frem hvilke(t) land som til dags dato tillater praktisering av aktiv dødshjelp, og hvilke erfaringer en har med dette.

Jeg håper at jeg på denne måten kan å få en dypere innsikt i hva aktiv dødshjelp omhandler. Som snart ferdig utdannet lege regner jeg med at det er stor sannsynlighet for at temaet aktiv dødshjelp vil komme mer eller mindre direkte frem ved senere arbeide. Jeg har av den grunn et ønske om at jeg da vil ha en dypere forståelse for hva assistert død, i denne sammenheng aktiv dødshjelp, egentlig handler om. Mest ønskelig er vel at jeg da har opparbeidet meg en klar formening om denne vanskelige problemstillingen.

I tillegg ønsker jeg som privatperson å få dypere innsikt i dette temaet. Jeg, som de fleste andre mennesker, er opptatt av hvordan vi en gang kommer til å dø. Mer enn døden frykter jeg en lidelsesfull dødsprosess.

Konklusjonen etter endt oppgave er at vi nordmenn *er* blitt mer liberale i våre syn på aktiv dødshjelp. Samtidig er det derimot ingenting som tyder på at vi nærmer oss en praksis. -Det er fortsatt mye mer en kan bidra med *før* en går til det steg å legalisere såkalte medlidenhetsdrap.

3 INNLEDNING:

3.1 PRESENTASJON AV TEMA/ PROBLEMSTILLING:

Temaet til min 5. års oppgave er aktiv dødshjelp. Dette er et komplisert og viktig tema, ikke minst siden det vekker mange følelser og berører eksistensielle etiske spørsmål. Samtidig skaper det store helseetiske utfordringer.

I vår del av verden har vår måte å leve på forandret seg mye de siste par generasjonene. Endringer i våre samfunnsforhold og holdninger til lidelse og død har de siste 20-30 åra derfor gjort temaet aktiv dødshjelp mer og mer aktuelt:

Innenfor fagområdet medisin har det skjedd store gjennombrudd som har bidratt til bedre livsvilkår og høyere levealder. Vi stiller av den grunn større forhåpninger til liv og helse. Fremskritt innenfor medisin har påvirket vårt syn på sykdom og død, og det er blitt dannet en forventning til en kur som skal sikre oss god helse hele livet. Mange ønsker at døden og alderdommen skal utsettes til det uendelige. Resultatet er at tanken på døden virker mer og mer fryktinngytende.

Når de medisinske fremskritt har økt overlevelsen, har de samtidig resultert i en lengre sykdomsfase: Stadig økende andel eldre har ført til en endret sammensetning i befolkningen. Dette byr på store utfordringer for samfunnet, da konsekvensen er økt behov for behandling og pleie. Mens folk tidligere ofte døde av epidemiske sykdommer med et kortvarig og brutalt forløp, preges bildet i dag av aldersbetingede sykdommer med langvarig sykdomsfase. Hjertesvikt, hjerneslag og kreftsykdommer dominerer dette bildet.

Bare noen tiår tilbake var det vanlig at flere generasjoner bodde i samme hus. Barn og voksne fikk på den måten erfaring med livets mange sider. Uansett hvor ubehagelig sykdom eller døden kunne være, var det en naturlig del av oppveksten. I dag er det færre gamle som dør hjemme hos seg selv eller familien. Resultatet av dette er at få mennesker i dag får oppleve døden i sitt barndomshjem. Døden kan av den grunn fortone seg som fremmed og skremmende.

Når vi blir syke er vi i dag mer avhengige av medisinsk ekspertise enn tidligere. I og med at medisin er blitt så spesialisert og krever inngående tekniske kunnskaper, er sykdom blitt et anliggende for eksperter. Av den grunn foregår det meste av utredning, sykepleie og dødspleie ved sykehus eller andre institusjoner. På

den måten disponerer en spesialutstyr, spesialpreparater, leger, sykepleiere og andre hjelpemidler. Sykdom har derfor lett for å bli sett på som et arbeide for sykehuset og legene. Familie og venner kan dermed lett føle seg overflødige og usikre.

Når behandlingen ikke gir ønskede resultater, kan også andre problemer oppstå. Pasientens "håpløse" eksistens kan bli sett på som resultatet av nederlag og vår utilstrekkelighet. Våre begrensninger, som helsepersonell og familie/ venner, kan være vanskelig å innrømme. Å støtte den syke i sykdom og dødsprosess kan derfor bli en hard oppgave. Tradisjonell medisin har sett på opprettholdelse av liv som det overordnede mål.

Etikken i den vestlige verden har endret seg mye. Den pågående sekulariseringsprosessen har medført at etikken ikke lenger er forankret i religiøse forestillinger om hva som er rett og galt. Synet på Gud og religion har forandret seg etter hvert som tidligere evige mysterier har blitt avkreftet. Mange pasienter (og pårørende) er derfor ikke vant med å befatte seg med åndelige spørsmål, og de mangler forankring i en sterk tro som kan støtte dem i sykdom, lidelse og når døden nærmer seg.

Samfunnet i dag legger derimot større vekt på materielle verdier. Når en skal sette opp status over livet, vil en derfor kunne ha lett for å undervurdere verdier som menneskelig kontakt og nærhet. Slutten av livet, eller tilværelsen i kronisk sykdom kan en av den grunn lett se på som tragisk, verdiløs og skremmende.

Holdningen til sykdom og død er også blitt mindre fatalistisk enn tidligere. Menneskerettigheter, pasientrettigheter og krav til autonomi har på den annen side fått større innpass i vårt syn på rett og galt.

Det er i Europa at dødshjelp drøftes og ytes, men problemstillingen forekommer naturligvis ikke bare her. I Norge er denne debatten, som er like aktuell i samfunnet generelt som innen pleie- og omsorgsyrkene, relativt ny i forhold til i resten av den vestlige delen av verden.

Det aktive, det å la et menneske dø ved en direkte tilsiktet handling, er ulovelig i vårt land. Men saken diskuteres. Med denne oppgaven vil jeg legge frem Norge sitt forhold til aktiv dødshjelp, samtidig som jeg tar for meg de argumenter som benyttes i diskusjonen rundt denne problemstillingen. Går også vårt land i retning av legalisering?

3.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING:

Dette er en obligatorisk oppgave stadium IV ved det medisinske fakultet i Tromsø.

Tema og problemstilling har jeg valgt selv, da jeg synes dette emnet er særs relevant.

Intensjonen med denne oppgaven var få et bedre innblikk i hva aktiv dødshjelp går ut på, samtidig som jeg ville redegjøre for nordmenn sine holdninger til dette temaet.

Ved oppstart hadde jeg et håp om at jeg etter endt oppgave skulle ha et mer nyansert og begrunnet standpunkt til dette kontroversielle temaet. Dette spesielt med tanke på

at en eventuell fremtidig lovendring i Norge. Legalisering her til lands vil ganske

sikkert medføre at mitt arbeide, som fremtidig lege, blir å omfatte dødshjelp. Det å

være lege vil altså ikke lenger være ensbetydende med å helbrede og redde liv. Isteden

kan leger da bli gjenstand for å måtte fremskynde døden. Vel og merke er ikke dette

noe nytt, da abortlovgivningen allerede har påført legestanden et slikt ansvar.

I tillegg ønsket jeg som privatperson å sette meg bedre inn i dette temaet. Jeg,

som de fleste andre, er opptatt av hvordan mitt og min nærmeste familie sitt liv vil

utarte seg. Døden kommer til oss alle, men vi vet ikke hvordan. Enkelte er ikke så

heldige å få leve et langt og lidelsesfritt liv.

3.3 AVGRENSNINGER OG PRESISERINGER

3.3.1 Ansvar

Presiserer at det er legens ansvar å diagnostisere og medisinere. –Også når aktiv dødshjelp skal praktiseres. I Nederland er det praksis at sykepleier kan bli forespurt om å assistere ved assistert dødshjelp.

3.3.2 Utførelse

Jeg kommer i denne oppgaven ikke til å gå inn på hvordan en eventuelt kan utføre selve dødshjelpen. Ved en legalisering vil en ikke nødvendigvis kopiere de metoder som benyttes i de land hvor aktiv eutanasi praktiseres. Denne diskusjonen er av rent hypotetisk karakter for Norge sin del.

3.3.3 Omfang

Temaet er ikke belyst i sin helhet. For å begrense oppgaven har jeg valgt å utelate historikken i forhold til dette emnet. Jeg anser det uansett som mest relevant i denne sammenheng å se på debatten i forhold til *dagens samfunn*.

Har i tillegg utelukket eutanasi på slagmarken, dvs i forhold til katastrofesituasjoner. Dette for å avgrense oppgaven til Norge i dag og til forholdet pasient – lege.

3.3.4 Passiv dødshjelp

Assistert død omhandler både aktiv og passiv dødshjelp. Senere i oppgaven presiseres de ulike begrepene, men bortsett fra dette vil jeg ikke gå nærmere inn på passiv dødshjelp. Noen personer hevder at det ikke er forskjell på disse to formene for dødshjelp (Aarseth, 1999). I denne oppgaven har jeg valgt å skille disse begrepene. Dette er spesielt med tanke på at den vanskelige debatten i dag omhandler *aktiv dødshjelp*, mens passiv dødshjelp godtas i Norge pr i dag.

3.3.5 Pasient

Et av hovedargumentene for legalisering av aktiv dødshjelp er menneskets autonomi. Av den grunn kommer jeg til å avgrense pasientgruppen til voksne, kompetente mennesker (se pkt 5.5).

3.4 EMNET SIN AKTUALITET

3.4.1 Aktualitet for pasienten

Mennesker har til alle tider vært opptatt av hvordan livet kommer til å utarte seg og hvordan de skal dø. Alle har vel i seg en iboende frykt for at de selv eller deres aller nærmeste en dag skal bli rammet av en invalidiserende kronisk og eventuell dødelig sykdom. Plager som er vanlige hos spesielt døende pasienter, men også uheldelige syke, kan virke truende på ens livskvalitet og verdighet. Dette være angst, forvirring, delir, motorisk uro, inkontinens, smerter, kvalme eller annet ubehag. Fra ulike hold har det derfor opp gjennom tidene blitt stilt krav til selvvalgt livsavslutning. På den måten kan en være sikret ”å leve til en dør” og det som kan kalles en verdig død. Men har en virkelig ikke andre alternativer å tilby enn dødshjelp..?

3.4.2 Aktualitet for samfunnet

Innenfor et samfunn lever hver og en av oss i ett fellesskap hvor en rekke lover og normer må etterleves. Handlinger en utfører har ikke bare innvirkning på vårt eget liv, men også på en rekke andre. Legalisering av aktiv dødshjelp er en problemstilling som derfor i lang tid har vært gjenstand for rettslig refleksjoner og normering. Individets autonomi kontra samfunnets interesser kan på denne måten derfor lett komme i konflikt.

3.4.3 Aktualitet for legene

Det er og vil være legene sitt ansvar å diagnostisere, sette opp behandlingsregime og foreskrive medisiner. Ved aktiv eutanasi vil det derfor være legene som er de aktive aktørene: Foreskrivning av medikamenter eller injeksjon av en dødelig dose medikamenter vil i slike tilfeller bli deres ansvar.

3.4.4 Aktualitet for sykepleiere/ annet helsepersonell

Av helsevesenet er det som regel sykepleiere, eventuelt hjelpepleiere, som har det meste av den daglige kontakten med pasientene. Det er derfor disse faginstansene som kanskje oftest møter den sykes fortvilelse, smerte og håpløshet. Sykepleierne arbeider i nær kontakt med pasientene og blir på en spesiell måte involvert i pasientenes kamp om fortsatt å få leve og ønske om en smertefri død.

Undersøkelser viser at i mange tilfeller, spesielt i Nederland, har sykepleiere utført aktiv dødshjelp. Dette etter et dypt og fortvilet ønske fra pasientens side, men uten å ha forespurt en lege (Sørbye, 1999).

3.4.5 Aktualitet for pårørende

I Nederland, hvor aktiv dødshjelp de siste 30 åra har vært praktisert, har det ikke vært politikk å forhøre seg med pasientens nærmeste pårørende vedrørende ønske om dødshjelp. Dette begrunnes blant annet med at pårørende i slike situasjoner kan ha svært blandete følelser, som frykt, skyld, anger, lettelse og sorg (Sørbye, 1999). En følelsmessig belastning kan derfor bli resultatet. På den annen side kan det oppleves belastende å ikke bli involvert i denne diskusjonen.

3.5 OPPGAVENS OPPBYGNING

Jeg kommer først til å presenterer metode for gjennomføring av oppgaven, fulgt av en oversikt over aktuelle begreper. Deretter belyses argumentasjonen som benyttes i den nasjonale debatten, påfulgt av gjeldende norske lover og retningslinjer. Oversikt over hvor aktiv dødshjelp praktiseres og hvilke erfaringer en har med dette legges så frem. Døden er et tema som engasjerer de aller fleste av oss, og debatten om assistert død foregår ikke bare i fagmiljø. Holdningene til temaet viser seg å variere mye med hensyn til hvilken del av befolkningen en utgjør. Det være avhengig av yrke, alder, helse eller religiøs tilhørighet. Jeg vil også legge frem spørreundersøkelser som de siste årene er blitt gjennomført her til lands. Disse er muligens en god indikator på nordmenns holdninger til aktiv dødshjelp. Jeg vil til slutt omtale aktuelle saker som har vært fremme i norsk media.

Oppgaven bygger på det viktige og aktuelle spørsmålet ” beveger Norge seg i retning av legalisering av selvvalgt livsavslutning”?

4 METODE:

4.1 BESKRIVELSE OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE

Dette er som tidligere nevnt et litteraturstudium. Grunnen til at oppgaven er utformet slik, er at aktiv dødshjelp til dags dato ikke er tillatt i Norge. Av den grunn begrenset naturligvis kildene seg til rent litterære verk.

4.2 METODENS GYLDIGHET OG PÅLITELIGHET

I utgangspunktet var det ikke i min intensjon å bare benytte meg av norsk litteratur. Tilgangen på alle de bøker og artikler som tar for seg mitt utvalgte tema var naturligvis en begrensning i seg selv. I tillegg bar utformingen av de litterære verkene som regel preg av forfatterens egen holdning til aktiv dødshjelp.

4.3 DATASAMLING OG VALG AV KILDER

Som grunnlag for oppgaven har jeg anvendt litteratur fra diverse bibliotek. I de aller fleste tilfeller dreier dette seg om faglitterære verk, men også skjønnlitterære (les: ”Mor” og ”Hånd i hånd”) bøker ble lest i dette øyemed. Dette siden de på sin måte utdypet temaet.

I tillegg er det hentet informasjon om dette emnet fra internett og avisutklipp.

Alt i alt omhandlet litteraturen jeg valgte synet på døden, selvvalgt livsavslutning/ assistert død, lover og regler i Norge, verdig kontra uverdige liv, og (smerte)behandling.

4.4 KILDEKRITIKK

Både faglitteratur, så vel som debattinnlegg, var som oftest sterkt farget av forfatterens eget syn og forhold til dette tema. Det har derfor vært en utfordring i seg

selv å ikke la denne oppgaven bli ukritisk påvirket. I tillegg var det på få områder at helt oppdaterte data var tilgjengelig.

5 AVKLARING AV DIVERSE BEGREPER

5.1 EUTANASI

Eutanasi er sammensatt av de greske ordene eu og thanatos, og betyr ”den gode død”. Anvendes om det som populært kalles *medlidenhetsdrap* eller *dødshjelp*. Kjernen i dette begrepet er å lindre smerte og hjelpe pasienten til å dø i fred og ro.

Selv om grenseoppgangen kan være uklar, skiller en mellom to former assistert død: aktiv (direkte) og passiv (indirekte) eutanasi (Aarseth, 1999).

5.2 AKTIV DØDSHJELP

I medisinsk sammenheng snakker man gjerne om aktiv dødshjelp til enten *uhelbredelig syke (kronisk syke)*, eller til *terminalt syke (dødssyke)*.

Normalt velger en å skille mellom to former for frivillig aktiv dødshjelp. Den ene er frivillig aktiv euthanasi, den andre er lege- assistert selvmord (Materstvedt, 2002). I disse tilfellene er det snakk om *å ta liv*. I de fleste vestlige land blir dette betraktet som mord, og er straffbart. Det har ennå ikke vært noen rettssak hvor den som har begått et slikt medlidenhetsdrap, ikke er blitt kjent skyldig i mord, men straffen er ofte blitt redusert pga. formildende omstendigheter (se pkt 8.2).

Ved **frivillig aktiv euthanasi** mener en at en person, som er kompetent, og som enten er uhelbredelig eller terminalt syk, ber om å *bli drept* av en lege. Dette for eksempel ved at legen setter en dødelig injeksjon.

Innenfor denne kategorien finner en også de tilfeller en kan kalle ufrivillig og ikke-frivillig aktiv euthanasi. Dette går henholdsvis ut på at en person, som er kompetent, blir drept uten å bli forespurt om han eller hun ønsket å bli drept, og i det andre tilfellet at en ikke-kompetent person, som antas å lide uutholdelig, gis en dødelig injeksjon.

Ved **lege-assistert selvmord** menes det at en kompetent person, som enten er uhelbredelig eller terminal syk, ber legen om assistanse til å drepe seg selv, og får slik hjelp til selvmord. Assistansen her kan for eksempel være å gi tilgang til dødelige doser av medikamenter.

Her kan en finne to underkategorier, som er forskjellige mht om legens assistanse er direkte eller indirekte.

5.3 PASSIV DØDSHJELP

Passiv dødshjelp er tilfeller hvor man, etter pasientens ønske, lar (passivt) livet ebbe ut av seg selv. Dette ved at pasienten bukker under for sykdommen og deretter dør en naturlig død. Med dette forstår en at en person, som er kompetent, kan be legen *stoppe* behandlingen som holder han i livet eller *ikke starte* en behandling som i realiteten kan forlenge livet hans (Materstvedt, 2002).

Dette er tillatt overalt, også i Norge. Passiv eutanasi er den formen for dødshjelp som livstestamentet handler om, og Den Norske Lægeforening har akseptert denne form for dødshjelp. -Det blir sett på som en human og hensynsfull fremgangsmåte når et menneske befinner seg i livets siste fase. Alle sykehjem i Norge praktiserer denne formen som et ledd i å legge størst vekt på livskvaliteten.

En har i tillegg **ikke- frivillig passiv euthanasi**. Dette innebærer at en ikke-kompetent person frakobles det medisinske apparatur som holder han i live. Dette kan for eksempel være en person i permanent komatilstand, som er tilkoblet en respirator.

U-frivillig passiv euthanasi kan også forekomme. Dette går ut på at en lar være å redde en person, eventuelt slutter en behandling, uten å spørre vedkommende om lov. Dette kan være pga at en vil forhindre at nettopp denne personen vil gjennomgå større lidelser/ verre skjebne ved å bli reddet/ starte opp med behandling.

5.4 PASIENT

Det mennesket som står i temaets midtpunkt er alvorlig sykt, men ligger ikke nødvendigvis for døden. Til tross for at ordet dødshjelp kanskje umiddelbart gir assosiasjoner til pasienter som allerede er døende, fremsettes ønsket like godt av pasienter som lider av en meget smertefull form for kreft eller en lammende nervesykdom (les: kronisk syk). Pasientene trenger av den grunn ikke være døende.

5.5 KOMPETENT PERSON

Kompetanse omhandler en persons evne til å motta og vurdere informasjon, og forutse konsekvenser av de valg som gjøres i en aktuell situasjon. En kompetent person anses derfor å være mentalt tilregnelig og inneha den nødvendige informasjon og innsikt til å kunne treffe et rasjonelt valg i den situasjonen han eller hun befinner seg i. Dette er en forutsetning for at personen skal kunne foreta autonome (selvstendige) valg. Folkelig uttrykt handler det om hvorvidt en person er tilstrekkelig tilregnelig til å treffe viktige avgjørelser.

6 LIDELSE/ LIVSKVALITET

Lidelse kan vel best beskrives som en personlig opplevelse, som består av en rekke smertefulle tap. Disse tapene kan bli så omfattende at personen det angår kan føle et totalt tap av kontroll og livskvalitet (Ottesen, 2002). Innenfor diskusjonen angående legalisering av aktiv dødshjelp er lidelse ett av to hovedargumenter *for* legalisering.

Umiddelbart tenker vel de fleste på fysiske smerter i forbindelse med sykdom og død. Det viser seg derimot at for de fleste vil ikke døden være smertefull. Det er derimot en uløselig sammenheng mellom fysiske smerter og andre lidelsesaspekter. Det finnes både fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell smerte (Husabø, 1994).

En kronikk i Aftenposten 31.01.95 skriver at i følge Rimmelinkundersøkelsen (se pkt. 11.1) var fysiske smerter den eneste grunn til dødsbegjæring hos bare 5% av pasientene. Det kunne oppgis flere grunner: Hele 57% av pasientene nevnte tap av "verdighet", og 46% oppga redsel for en "uverdigg død". I argumentasjonen for aktiv dødshjelp blir det derfor brukt et vidt lidelsesbegrep, hvor "verdigg liv" og "verdigg død" henger nært sammen med dette begrepet.

6.1.1 Tap av selvråderett og verdighet

Et verdigg liv blir i vår tid lett assosiert med et selvbestemt liv. I dette perspektivet blir sykdom og lidelse fremmedelementer som er med på å "uverdigggjøre" våre liv. Det kan for mange fremstå som uutholdelig og uverdigg å måtte gjennomleve kroppslig forfall, hjelpesløshet og kanskje fysiske smerter i livets slutfase (Ottesen, 2002). For mange kan stoltheten være hard å svelge, når de blir hjelpetrengende og avhengig av andre. Det å bli behandlet som et sykt individ istedenfor det egentlige "jeget", kan føles som en begrensning, hvor sykdommen har tatt over livet.

6.1.2 Tap av kognitiv og mental kontroll

Mange hevder at det å bevare forstanden og å kunne tenke klart er en forutsetning for å bevare verdigheten.

6.1.3 Tap av førlighet, naturlige funksjoner og kroppshygiene

Det er ingen ønskelig situasjon å bli lam eller tape evne til å selv holde sin egen hygiene ved like. Vanskeligheter med å spise selv og vanskeligheter med å holde på urin eller avføring kan oppleves som vondt og nedverdiggende.

6.1.4 Tap av sosial kontroll

Ved alvorlig og livstruende sykdom kan forholdet til familie, venner, nærmiljø, arbeid og økonomi bli sterkt påvirket og forandret. Ikke sjelden blir behovet for åpenhet og kommunikasjon om det vonde som skjer, erstattet av en smertefull taushet om de største problemene (Ottesen, 2002). Sykdommen blir et ikke-tema grunnet avmakt og hjelpsløshet.

Den syke kan føle at han eller hun er blitt en emosjonell byrde for familien. I tillegg kan ensomheten og skuffelsen bli påtrengende hvis det skulle vise seg at familie, venner eller samfunnet ikke stiller opp slik en hadde håpet eller forventet.

6.1.5 Tap av mål, håp og fremtidsplaner

For mange er det svært tungt å måtte oppgi fremtidsplanene. Motgang og gjentatte skuffelser sliter på både motivasjon og håp om en forbedring i tilværelsen. En kan ha angst og uro for det videre sykeleiet, for smerter, for døden eller for hvordan det skal gå med pårørende.

6.1.6 Tap av selvbilde

Det kan oppstå en ydmykelse over å måtte innse at det oppstår et misforhold mellom det man investerer av krefter, tid og ressurser, og den lille gevinsten som høstes i form av mulighet til å bli frisk eller godt lindret. I tillegg kan selvbildet ødelegges i takt med at utseendet forfaller.

6.1.7 Tap av krefter og overskudd

Både mentalt og fysisk legger sykdom beslag på ens krefter. Omfattende undersøkelser og behandlinger kan ha svært plagsomme bivirkninger. Disse tapper da pasienten for krefter fra en kropp som i utgangspunktet er svak og avkreftef.

6.1.8 Tap av verdier

Livssyn og ens verdier blir satt på alvorlig prøve ved sykdom og død. Det har vist seg at mange religiøst troende, etter å ha fått livstruende sykdom, har begynt å tvile på sin barnetro (Ottesen, 2002).

6.1.9 Tap av håp om lindring

Mange av pasientene sier de ikke er redde for å dø, men måten de kanskje kommer til å dø på. –De frykter at den siste tiden skal bli en tortur med smerter, angst og andre plager. Man vet at tiltross for optimal behandling, så vil det dessverre alltid eksistere pasienter med uhånterelige smerter eller andre plager som ikke kan lindres (Ottesen, 2002. Se pkt 14.1).

7 ETISKE ASPEKTER

7.1 PLIKTETISKE ARGUMENTER

7.1.1 Autonomi og respekt for personens integritet

En autonom handling er en handling en person foretar etter en *selvstendig* vurdering av en situasjon og etter eget valg. Det hevdes at vi alltid vil være påvirket av andre, og at vi er under et viss press når det gjelder å ta hensyn til dem som omgir oss. En autonom handling er på den annen side et uttrykk for et selvstendig valg i en gitt situasjon. Autonomien er på den måten relativ.

Som tidligere nevnt er lidelse ett av hovedargumentene for legalisering av aktiv dødshjelp. Det andre hovedargumentet for legalisering er menneskets autonomi (Vigeland, 1996).

Autonomiargumentet er basert på at den enkelte selv er best i stand til å treffe avgjørelser som har med eget liv å gjøre. Nektet dette, avviser en etter dette argumentet menneskets selvbestemmelsesrett. Autonomi kan sees på som videreføring av en ideologi. Dette da selvbestemmelsesretten blir assosiert med en rett til å velge sin egen kurs i livet, uten å bli styrt av andre.

Knut Erik Tranøy er vår første norske professor i medisinsk etikk. Forbindelsen mellom integritet, autonomi og informert samtykke fremheves i hans bok *Medisinsk etikk i vår tid*. Han mener de tre begrepene er å betrakte som en medisinsk-etisk ”pakke”, da en ikke kan si nei til ett av dem uten å fornekte de andre to også.

Når respekten for en persons autonomi brukes som argument for assistert død, handler det om individuell autonomi for voksne og *kompetente* personer (Vigeland, 1996).

Det henvises til den regelen om at: ”den som berøres av en beslutning og må leve med konsekvensene av den, bør også være med å ta beslutningen”.

Kan drap forsvares med selvbestemmelsesretten?

Respekt for livet er en grunnverdi i all humanistisk tenkning. Enkelte argumenterer med at selvbestemmelsesretten står over alle andre moralske prinsipper. På den annen side følger det ikke uten videre av dette grunnsynet at drap etter begjæring er moralsk forsvarlig. Selv om selvbestemmelsesfriheten verdsettes høyt, kan den altså ikke

begrunne alle handlinger (Reuter, 1996). For menneskers frihet møter sine begrensninger der hvor andres frihet krenkes. Dette kan for eksempel skje ved at man forplikter en lege til å yte eutanasi (Husabø, 1994).

Dersom selvbestemmelse er den øverste verdi, hvordan kan den da begrunne en handling som gjør slutt på all selvbestemmelse? Pasienten fratrar seg selv sin frihet, da det ikke er noen angrefrist når aktiv dødshjelp er gjennomført.

I en kronikk i Aftenposten 31.01.95 hevdes det at når en person er i stand til å treffe ulike valg (handle autonomt), har han vel i realiteten en verdi som må utelukke at han kan drepes. Talsmenn for legalisering fremlegger det slik at i visse situasjoner kan det synes at man bør akseptere frivillig avlivning. Dette når en person er tilstrekkelig syk og lidende, og livet dermed blir regnet for å være av så liten verdi for han selv. Da innfører man altså et tilleggskriterium, knyttet til sykdom og lidelse. Det viser at selvbestemmelsesretten *ikke* blir regnet som tilstrekkelig grunn til å legalisere drap. Dermed blir det desto tydeligere at selvbestemmelsesretten bare skal gjelde for noen utvalgte. Spørsmålet da blir for hvem..?

7.1.2 Du skal ikke ta liv

Dette pliktetiske argumentet vil ofte være religiøst basert, for eksempel med henvisning til de ti bud bud, livets hellighet eller lydighet overfor Gud (se også pkt 9.1).

Ved å legalisere drap kan en i tillegg bryte ned ærefrykten for livet. Dette vil kunne få store uønskede konsekvenser for samfunnet (Reuter, 1996).

7.1.3 Likhet og rettferdighet

Som tidligere nevnt må en fylle enkelte krav for å kunne oppnå dødshjelp. Dette medfører at bare *noen få* vil kunne benytte seg av et eventuelt tilbud om aktiv dødshjelp.

7.1.4 "Best interest"

Dette argumentet går ut på at en handler i pasientens beste interesse når det gjelder egen behandling og død. Dette i den oppfatning at denne personen er den absolutte autoritet, isteden for Gud eller legene (Vigeland, 1996).

Den religiøse oppfatningen om livets absolutte verdi er erstattet med pasientens beste interesse. Dette argumentet gjør respekten for den sykes autonomi til det sentrale. Om for eksempel smerte er en grunn til å velge seg ut av livet, vil avhenge av den enkeltes verdier. -Hva som gjør livet verdifullt varierer fra person til person.

7.1.5 Velgjørenhet

Velgjørenhet innebærer at vi har en forpliktelse til å *handle i godhet* overfor hverandre. Hva som er godt for den enkelte, er det personen selv som avgjør. Ergo står dette argumentet i nær tilknytning til selvbestemmelsesretten (Husabø, 1994).

7.2 KONSEKVENSETISKE ARGUMENTER

For å kunne bedømme om en handling er etisk forsvarlig, skal det ved tankeeksperiment undersøkes hvilke konsekvenser denne handlingen ville ha hvis den var alminnelig praksis. Er ulempene for den enkelte og samfunnet større enn fordelene, vil man som regel kunne bedømme handlingen som etisk uakseptabel (Vigeland, 1996). Dette er selv om den enkelte måtte føle et ønske om å utføre denne handlingen. Dermed forhindres den enkeltes frihet til fordel for allmennheten, da den enkeltes beslutning til syvende og sist kan skade andre.

7.2.1 Relativisering av menneskeverdet

Ved en eventuell legalisering av aktiv dødshjelp i visse tilfeller av sykdom og lidelse vil man skille befolkningen i to grupper: De som kan avlives dersom de ber om det, og de som ikke kan avlives selv om de ber om det. Det som dermed blir signalisert, er at ikke alt menneskeliv er like mye verdt. (Se i tillegg pkt 8.1.) En ser altså at en legalisering vil bryte med det grunnleggende prinsippet i vår rettstradisjon om at alle har likt menneskeverd (Reuter, 1996).

7.2.2 Konsekvenser for pasienten

Pasienten vil med legalisering få et nytt valg, da han kan velge mellom liv og død. For enkelte pasienter kan dette være en lettelse, da hans eller hennes lidelse er blitt for stor til å takle.

På den annen side vil det med alle valg følge et ansvar (Husabø, 1994). I alle andre av livets valgsituasjoner er det moralsk høyverdig å ta hensyn til andre. Hva skal vi legge vekt på når vi bestemmer om vi vil leve lenger eller ikke? Pasienten kan på den måten bli satt til selv å måtte vurdere om han er til byrde for de pårørende eller samfunnet. Overlege Ole J. Hartling (ved Amtssykehuset i Vejle) anser selvbestemmelsen som illusorisk, fordi frivilligheten kan bli til ufrivillighet. Dette er når muligheten for eutanasi eksisterer, og pasienten, legene, pleiepersonalet, de pårørende og alle andre borgere er bevisst om denne muligheten. Pasienten kan fritt velge eutanasi, men kan nettopp ikke bli fri for å velge. Det oppstår en tvangssituasjon. Med direkte paralleller til lovens adgang til fri abort, kan det fort bli situasjoner hvor det blir lagt et uuttalt, innbildt eller direkte press på pasienten for å velge eutanasi. Resultatet kan bli at noen pasienter kan komme til å føle en plikt for å la seg avlive (Foss, 1996). Uheldige pressmekanismer er dermed åpnet, som kan gi de syke og døende en følelse av å være lite ønsket. I tillegg kan de samme gruppene komme til å føle seg i faresonen straks de rammes av alvorlige infeksjoner.

Respekten for hjelpesløse, eldre, sinnslidende og handikappede kan i tillegg synke katastrofalt (Husabø, 1994).

En kan komme til å signalisere overfor denne gruppe mennesker at deres liv ikke er uunnværelig. I et moderne samfunn med de krav som stilles til enkeltmennesker og med de knappe ressurser til omsorg og medisinsk behandling, kan det være farlig å tillate aktiv dødshjelp

7.2.3 Konsekvenser for pårørende

I de land hvor aktiv dødshjelp praktiseres er ikke de nærmeste pårørende, på lik linje med annet helsepersonell enn legen, med på avgjørelsen om eutanasi. Det vanlige er at pårørende blir informert på forhånd, og at de har tilbud om å være til stede under handlingen, slik at de får tatt avskjed.

Det har vist seg å være en stor påkjenning både det å bli tatt med i vurderingen angående aktiv dødshjelp, og det å bli utelatt. Sorgen for de etterlatte kan også bli større, da de føler de har tatt livet av en ikke-døende (Reuter, 1996).

I tillegg kan en ikke garantere at familien eller andre ikke vil komme til å drive press på den syke. Dette grunnet økonomiske intensjoner eller med tanke på å slippe pleie og ansvar.

7.2.4 Konsekvenser for helsepersonell

En studie på slutten av 90-tallet viste at 16% av spurte amerikanske onkologer hadde utført aktiv eutanasi eller assistert suicid. Intervju med disse onkologene avslørte at selv om et flertall fant trøst i at de hadde hjulpet pasientene, angret en fjerdedel på det de hadde gjort (Førde, 1998).

En legalisering vil medføre en ny legerolle. Legene vil få et nytt valg; skal de gi aktiv dødshjelp eller aktiv livshjelp? Legen har selv et ansvar for det han gjør, og kan ikke på noen måte bare stille seg bak pasientens ønske. Vurderingen for å foreta aktiv dødshjelp vil bygge på helt andre premisser enn rent medisinske vurderinger. Når legen har gjort seg opp en mening om hva som er et "uverdige liv", vil han lett møte andre pasienter i en tilsvarende situasjon.

Vi har ikke med mordere å gjøre, men mennesker som mener seg ansvarsbevisste til å foreta en etisk sett grenseoverskridende handling, som i visse tilfeller og under bestemte forutsetninger kan rammes av straffeloven. Men det kan være et dilemma for en lege å treffe den riktige avgjørelse og vite hva som er rett og etisk forsvarelig (Husabø, 1994).

Situasjonen rundt en pasients ønske om å få dø og ulike ideologiske syn hos leger og pleiere, gir grobunn for konflikter på dette området. Pleiernes underordnede stilling i forhold til legenes spiller her inn (Reuter, 1996).

En sykepleier kan bli bedt om å assistere når eutanasi skal utføres. I slike situasjoner er det mulighet for konflikt mellom leger og sykepleiere.

Det er ingen lege som har plikt til å utføre eutanasi. Dette selv om den syke oppfyller alle kriteriene for dette. Men som Dr. Ole J. Hartling skriver i en artikkel i det danske tidsskrift Bibliotek for Læger: "At med en Ret følger altid en Pligt. Hvis der lovhjemles Patienter en Ret til at dø efter eget Ønske, få Læger en Pligt til at aflive" (Foss, 1996).

Mennesker forventer og fortjener å få medisinsk hjelp og støtte når de en gang blir syke eller døende. En alt for sterk konsentrasjon omkring den meningsløse lidelse og det uutholdelige liv i den offentlige mediedebatt, i stedet for å fokusere litt mer på den store innsats som tross alt gjøres ved våre sykehus og pleiehjem, kan føre til at omsorgsterapien mister den tillitt som den har i den allmenne bevissthet. Hvis det

blir åpnet for aktiv dødshjelp kan tilliten til medisin og sykepleie svekkes. Dette i tillegg til at pleie i livets siste faser kan bli ansett som nytteløs og meningsløs (Ottesen, 2002).

7.2.5 Konsekvenser for samfunn

Færre sterkt pleietrengende og ressurskrevende pasienter vil naturligvis føre til en økonomisk lettelse for samfunnet. I tillegg vil en større arbeidskraft bli tilgjengelig for andre pasientgrupper.

På den annen side kan nettopp disse overnevnte punktene, økonomi og arbeidskraft, bli en drivkraft i seg selv for at aktiv dødshjelp blir sett på som en lettvinnt løsning. Det gjelder både for familie, omsorgsarbeidere og samfunnet generelt. I et moderne samfunn med de krav som stilles til enkeltmennesker og med de knappe ressurser til omsorg og medisinsk behandling, kan det altså være farlig å tillate aktiv dødshjelp (Husabø, 1994). En materialistisk tankegang kan ta over i den økonomiske samfunnsplanleggingen..

I tillegg vil det å legalisere drap kunne bryte med draps-tabuet (se pkt 8.2).

7.2.6 Utglidning/ slippery slope

Motstandere av legalisering frykter at innstillingen til kronisk syke eller døende mennesker skal bli negativ i en grad som vil stemple deres liv som fullstendig "uverdige" og "meningsløse" (eller som en belastning for familie eller samfunn). -Det er dette som karakteriserer det såkalte "skråplan" (Vigeland, 1996). Det er kommet frem at bare fem prosent av dem som frivillig ber om aktiv dødshjelp gjør det fordi de lider av uutholdelige smerter. Når angst for avhengighet og hjelpesløshet blir motiv for å fremskynde døden og leger gjennomfører eutanasi på pasienter som aldri har bedt om det, tyder det på at denne debatten er viktigere enn noen gang (Remmenlinkrapporten; pkt 11.1). Vigeland hevder i sin bok *Assistert død –en etisk utfordring* at det ikke er dokumentert en utglidning i Nederland. Omregner en aktiv livsavslutning uten samtykke til norsk målestokk, vil en få et antall tilfeller pr år som er mange ganger tallet på registrerte drap her i landet (Husabø, 1994).

Utglidning kan føre til at det blir stadig lettere å avvike fra retningslinjene, slik at langt flere får aktiv dødshjelp enn de som har "behov" for det.

Det er neppe mulig, selv med de aller beste sikkerhetsforanstaltninger av medisinsk og rettslig art, å kunne garantere mot misbruk (Husabø, 1994). På lengre sikt kan det medføre at avlivning av pasienter, under bestemte forutsetninger, aksepteres som noe helt normalt og naturlig (Husabø, 1994).

Debatten har etter hvert utviklet seg til seriøse overveielser om å tillate aktiv dødshjelp når det gjelder alvorlig handikappede og kronisk syke. Organer som neppe vil være tilgjengelige uten aktiv eutansi, kan også komme noen til gode (Husabø, 1994).

Faren vil være at vi kanskje langsomt men sikkert beveger oss i retning av et samfunn hvor svakelige individer som oppfattes å være til besvær for seg selv og andre, og som bedømmes som tilstrekkelig lidende; handikappede, abnorme, "uverdige", senile, unyttige eller økonomisk belastende, vil bli avlivet ut fra et humanitetsprinsipp som har mistet fotfestet i sin kristne- humanistiske tradisjon. Bekymringer for denne utviklingen skyldes historiske erfaringer. I tillegg har en begrunnet mistro til menneskers evne til å leve opp til sine gode hensikter (Reuter, 1996).

"For tiden er det da kun et forslag om å drepe dem, som er til plage for seg selv. Med tiden vil det bli anvendt på dem, som er til plage for andre". (G.K.Chesterton)

En kan nevne at så tidlig som i 1990 kom det en rapport fra den nederlandske legeföreningen med forslag om å ta livet av handikappede nyfødte...(Husabø, 1994)

De som går inn for å legalisere aktiv dødshjelp vil sikre seg mot utglidning ved at en avgrenser retten til livsavslutning til visse personer eller visse situasjoner (Vigeland, 1996). I realiteten vil dette være et tilbud for de som ikke har et "verdige" liv lenger eller der personene går mot en "uverdige" død. I tillegg må de være mentalt helt klare og ha hatt et vedvarende dødsønske over lengre tid (se videre pkt 8.1).

8 JURIDISKE ASPEKTER

8.1 EN MENNESKERETT Å AVSLUTTE EGET LIV?

Retten til liv blir nevnt aller først i menneskerettighetskonvensjonene (Europakonvensjonen artikkel 2, §1). Om en person dermed har rett til å styre over livet, dvs å ta sitt eget liv, er et annet spørsmål. Noen hevder nettopp at det burde være en menneskerett å få hjelp til en verdig og selvvalgt livsavslutning. Dette må ikke forveksles med at det skal være en menneskerett å få noen til å hjelpe seg med å få utført aktiv eutanasi (Aarseth, 1996). Det har blitt hevdet at dersom aktiv dødshjelp blir en pasientrettighet, vil legene trolig reservere seg mot plikt til å yte assistanse (se også pkt 7.2.4).

Det er blitt hevdet at selvråderetten (se pkt 7.1.1) er det grunnleggende prinsippet som ligger bak alle menneskerettighetene, også retten til liv (Husabø, 1994). Dette er bakgrunnen for at Leenen (Husabø, 1994) har sagt "Retten til liv har alene mening dersom en kan råde over livet og gjøre de valg en vil. Det innebærer også det valg å avslutte livet." Det er også blitt hevdet at bak alle menneskerettighetene ligger en mer basal rett til å være sitt eget overhode. Med andre ord har et menneske "dominium" over eget liv (Feinberg; Husabø, 1994).

Menneskerettighetene er bare tenkelige og aktuelle i et fellesskap. Fellesskapet er en forutsetning for både behov for og det å kunne nyte godt av et vern om menneskerettighetene. Selvråderett eller autonomi i den betydning størst mulig valgfrihet innenfor rammen av faktisk mulige menneskelige handlemåter, lar seg derfor ikke gjennomføre med menneskerettighetene.

Europakonvensjonens artikkel 8, §1, omhandler vernet av privatlivets integritet: "everyone has the right to respect for his private...life". Om aktiv dødshjelp kan forsvares med henvisning til menneskerettigheten art.8, er derimot usikkert. Dette da menneskerettighetene sin formål er å verne om liv, mens en eventuell livsavslutning utsletter selve personen (Husabø, 1994).

Som tidligere nevnt (pkt 7.2.6) er aktiv dødshjelp tenkt å bare være forbeholdt personer som oppfyller visse krav. Råderetten over livet er dermed bare forbeholdt

enkelte. Det kan også virke noe selvmotsigende at noe som skal være en menneskerettighet skal begrenses til de mennesker som i utgangspunktet er de sterkeste (kompetente), mens de svake i samfunnet ikke skal ha den samme retten. Grunntankene for menneskerettighetene er at alle mennesker har samme verdi. Det sier seg selv at staten i så måte ikke kan verne om noen liv, og samtidig tillate avlivning i andre tilfeller (Reuter, 1996).

8.2 NORGES LOVER

Norsk straffelov av 1902 pålegger oss ingen plikt til å leve. Siden straffereglene for selvmord ble opphevet, har vi ikke noen generelt utformet lovforbud mot å avslutte eget liv. På den annen side har vi ingen lovfestet rett til å velge oss ut av livet

Rettspraksisen i Norge forbyr ikke bare forsettelig drap, men også uaktsomt drap og det å volde ulike slags farer for liv. Både aktiv-eutanasi og assistert suicid er klart straffbart i Norge.

På den annen side unnlater ofte de juridiske myndigheter å anvende gjeldende lov på dette området, eller man velger lavest mulig straffereaksjon. Dette synes å gjelde over hele den vestlige verden, Norge inkludert:

§ 235 (angående eutanasi): "Straf efter § 228 og § 229 kommer ikke til Anvendelse, naar Handlingen er foretaget med Nogen, som deri har samtykket. Er Nogen med eget Samtykke dræbt (...), eller har Nogen af Medlidenhed berøvet en haabløs syg Livet eller medvirket hertil, kan Straffen nedsættes under det ellers bestemte Lavmaal og til en mildere Strafart."

§ 236 (angående ass. suicid): "Den, som medvirker til, at Nogen berøver sig selv Livet (...), straffes som for Medvirkning til Drab (...), øvet mod en Samtykkende."

Ved hjelp av forbudet mot drap etter begjæring og medvirkning til selvmord har en valgt å gjøre det til et "handlings-tabu" å ta et annet menneskes liv eller medvirke til det. En eventuell legalisering vil føre til at man bryter med dette drapstabuet. Mulige konsekvenser dette kan ha *for andre* må en ta i betraktning hvis en skal tillate aktiv dødshjelp.

Ved legalisering kan drap blir anerkjent som en human løsning på problemer relatert til sykdom. Den Norske Lægeforening hevder det dermed kan være grunn til å frykte for at terskelen for å ta liv på sikt vil bli redusert. En grense knyttet til sykdommens eller lidelsens art og alvorlighet vil alltid blir vilkårlig, noe som gjør nettopp denne problemstillingen så vanskelig. Hva som oppleves som lidelse er svært subjektivt (Ottesen, 2002). Når en forbyr drap av en samtykkende og medvirkning til selvmord, kan en si at straffeloven forsøker å holde oppe den allmenne respekten for livet. På den måten kan en verne livet mot de farene som en devaluering av respekten for livet vil kunne medføre.

8.3 MEDISINSKE SIDER

Etiske regler for leger:

§1 i : "En lege skal verne om menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste."

§2: "Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt".

§5 : Det slås fast at aktiv dødshjelp og hjelp til selvmord ikke kan aksepteres. Det presiseres at det "å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling er ikke å regne som aktiv dødshjelp."

§10: "En lege skal holde sine kunnskaper ved like og stadig sørge for å fornye dem".

§12: "Ved mangel på ressurser innen sitt ansvarsområde bør legen melde fra".

Den europeiske legeorganisasjon CIO, som blant annet drøfter etiske spørsmål og retningslinjer, har slått fast at enhver handling som sikter på med overlegg å fremskynde en pasients død, strir mot legeetikken.

I *Hippokratiske legeed* heter det: "Hvis noen ber meg om gift for å fremkalle døden, vil jeg ikke gi det, heller ikke vil jeg anbefale en slik løsning". Leger skal helbrede og redde liv, ikke fremskynde døden, påpekes det av leger som er mot aktiv dødshjelp: "Noen ganger helbrede, hvis mulig lindre, alltid trøste" blir det ofte sitert som retningsgivende for leger.

Eden kan på den annen side bli tolket slik at legen både har plikt til å bevare liv og avskaffe lidelse (Vigeland, 1996).

Hippokrates, såkalt medisins far, levde ca 460-377 f.kr., noe som i seg selv sier at mye av innholdet i eden er foreldet. Den formidler flere underliggende verdier i medisin, men benyttes sjelden i dag.

En har ingen andre *pasientrettigheter* utover det å kunne nekte større inngrep i egen kropp. Vel og merke kan det hende at dette ikke blir tatt hensyn til hvis han eller hun skulle bli bevisstløs eller inkompetent.

9 VERDIER OG LIVSSYN

9.1 KRISTEN- RELIGIØSE SIDER

Tradisjonelt blir eutanasi sett på som ulydighet ovenfor Gud. En skal ikke "leke" Gud og en skal ikke drepe. Undersøkelser (se pkt 12) viser at religiøst engasjement er en klar indikator på holdning til aktiv dødshjelp. Religiøst troende viser seg å være generelt mer negativ enn befolkningen ellers til blant annet aktiv dødshjelp (Vigeland, 1996). Dette tross for at verken Det gamle eller Det nye testamentet tar direkte avstand fra selvbestemt død.

Et kristent religiøst livssyn hevder at mennesker står i en særstilling i forhold til andre levende organismer og arter. Mennesket er "skapt i Guds bilde", og Gud har en spesiell hensikt med hvert menneske.

I pkt 7.1.2 legges det pliktetiske argumentet "du skal ikke ta liv" frem. Som nevnt er dette ofte religiøst basert, med henvisning til det sjette bud. Noen religiøse tolker på den annen side "du skal ikke slå i hjel" som "du skal ikke myrde". Dette istedenfor "du skal ikke drepe". Gjensidighetsprinsippet "Du skal gjøre mot andre som du vil at andre skal gjøre mot deg" kan muligens også støtte opp om eutanasi (Hare; Vigeland, 1996).

Noen religiøse hevder at en muligens kan oppnå åndelige goder gjennom lidelse (Sørbye, 1990).

I tillegg til at mennesket er et biologisk vesen, har det også en sosial og åndelig eksistens. Derfor kan veien mot døden, for den som får anledning til å forberede seg, være en sosial, mental og åndelig (eller sjelelig) prosess. Den døende skal gi slipp, ikke bare på sin kropp, men også på sin sosiale og åndelige eksistens og sine mellommenneskelige relasjoner.

"Den gode død" hevdes av noen derfor er den som skjer et menneske i en tilstand av forsoning med seg selv og sine omgivelser, og i fullstendig aksept av det uavvendelige. En lege som medvirker til eutanasi kan derfor, i ytterste konsekvens, frarøve sin pasient den mulighet vedkommende måtte ha til åndelig vekst og modning på det siste stykket av livsveien.

9.2 VERDSLIG- HUMANISTISK TRADISJON

Mennesker uten religiøs tro kan ha ulike syn på livet. Felles for de alle er at de ikke tror på liv etter døden, og det er det livet her og nå som teller. Målet her vil av den grunn være et best mulig liv. Tre etiske prinsipper fremheves av denne gruppe mennesker: Respekt for den individuelle autonomi, prinsippet om å fremme det gode og ikke det onde, og rettferdighet (Vigeland, 1996). Darwins evolusjonslære ligger her til grunn, da en mener at "hvert enkelt menneske skal realisere sitt potensial for vekst og utvikling".

Det selvstendige menneske må så langt det er mulig selv få lov til å treffe det etiske valg. For "myndighet og ansvar er flyttet fra den ytre (ofte religiøse) autoritet til mennesket selv." I så fall er det etter Levi Fragell, i Human- Etisk Forbund, oppfatning rimelig at pasientens ønske om en selvbestemt død nedfelt i lovs form, til vern om både lege og pasient.

10 PRAKTISERING AV AKTIV DØDSHJELP I DAG

10.1 NEDERLAND

1. juni 1994 innførte Nederland en lovmessig forordning om aktiv dødshjelp på visse betingelser. Det fordret blant annet en meldeplikt overfor statsadvokaten, som skal prøve hvert enkelt tilfelle av avlivning av en pasient. Sentralt i regelverket var pasientens uttrykkelige og gjentatte ønske om å få en slutt på livet (Foss,1996).

Den 10. april 2001 legaliserte Nederland *frivillig* aktiv dødshjelp. I nesten 30 år hadde landets leger da praktisert metoden uten at myndighetene grep inn, selv om eutanasi juridisk sett var ulovelig. -Forutsetningene var at retningslinjene utgitt av den nederlandske legeföreningen ble fulgt. På enkelte sykehus var det vanlig at leger rutinemessig kontaktet dødssyke pasienter med tilbud om å sette dødelige doser medisin når og hvis lidelsene skulle bli for store.

Ifølge den nye nederlandske eutanasi-loven skal ønsket om eutanasi kun innvilges dersom den syke lider av uutholdelige smerter og det ikke foreligger noe medisinsk håp om at hun eller han skal bli frisk. Den nye loven omhandler både fysiske og psykiske smerter, og tillater dødshjelp som følge av depresjon. Barn mellom 12 og 16 år må ha sine foreldres samtykke (Feiring, 2001).

Ved forespørsmål om eutanasi skal legen rådføre seg med en sakkyndig kollega. Etter utført eutanasi må legen avgi rapport til et spesielt kontrollutvalg.

10.2 BELGIA

Etter at Nederland hadde innført lov til å utføre barmhjertighetsdrap, godkjente regjeringen i Belgia at dette skulle også være lov her under visse forutsetninger. Leger skal fylle ut et skjema hver gang de utfører dødshjelp. En komite skal kontrollere at dødshjelpen, som kan gis til dødssyke pasienter, skjer i henhold til regelverket.

Loven ble vedtatt med 86 mot 51 stemmer i parlamentet i mai 2002. Den katolske kirke reagerte kraftig på loven. Meningsmålinger viser at 72 prosent av befolkningen i Belgia er enig i loven under visse betingelser (Dagsavisen, 23.04.02).

10.3 ANDRE VESTLIGE LAND

10.3.1 USA

Oregon er den eneste staten i USA som tillater aktiv dødshjelp. Dette i form av legeassistert selvmord (Materstvedt, 2002).

Imidlertid har også statene Vermont, Arizona og Hawaii begynt å forberede nye lover som skal gi uhelbredelige syke mennesker rett til å avslutte livet når de selv vil.

Oregon innførte loven om aktiv dødshjelp i 1998. Til sammen har 91 mennesker i staten Oregon benyttet seg av loven fra 1998 til 2001. Staten Oregon gir alvorlige syke mennesker rett til å ta sine egne liv etter visse kriterier. Blant annet må to leger uavhengige av hverandre komme frem til at pasienten har mindre enn ett halvt år igjen å leve. Den dødssyke må, ifølge loven, også være mentalt i stand til å ta avgjørelsen om selvmord. Når pasienten oppfyller disse kravene har han rett til å få en resept på dødelige medisiner, for å ta sitt eget liv uten hjelp fra en lege.

De siste 20 årene har man i USA merket en holdningsendring til aktiv dødshjelp, som har gått i favør av aktiv dødshjelp. Undersøkelser viser at flere og flere nå krever at også deres stat skal legalisere eutanasi.

Supreme Court i USA har vel og merke gått mot eutanasi.

10.3.2 Sveits

I over 60 år har det i Sveits vært rettslig praksis å akseptere at en kompetent person, som enten er uhelbredelig eller terminalt syk, ber legen om assistanse til å drepe seg selv, og får slik hjelp. Påtale unnlater en å reise ved slike tilfeller, når handlingen er utført på "humant og uegennyttig" grunnlag. Sveits aksepterer også at legfolk assisterer ved selvmord (Reuter, 1996).

10.3.3 Særregler

Over landegrensene har det foregått en vesentlig påvirkning mht rettslig regulering av hjelp til selvsvalgt livsavslutning. Dette gjør at det er store likhetstrekk mellom de norske reglene og lovene i de andre europeiske landa. Samtidig finnes det også markerte forskjeller.

Danmark, Island, Finland, Tyskland, Østerrike, Sveits (se pkt 10.3.2), Italia, Hellas og Portugal har alle *særregler* for drap av en samtykkende. Dette går ut på å åpne for mildere straff enn ved vanlig drap. Men samtidig ser en her ikke på drapshandlinga som straffri eller rettmessig.

Når det gjeld medvirkning til selvmord, er det også noen land som har en særregel; Danmark, Island, Østerrike, Sveits (se pkt 10.3.2), Italia, Hellas, Portugal og Spania. I alle disse landa står regelen ved siden av særregelen for drap av en samtykkende. De to reglene utfyller hverandre og regulerer på mange måter i lag hjelp til selvsvalgt livsavslutning.

11 ERFARINGER MED AKTIV DØDSHJELP

11.1 REMMELINKRAPPORTEN

Som tidligere skrevet har Nederland allerede praktisert aktiv dødshjelp i nærmere 30 år (Ottesen, 2002). Dette selv om det ikke før i 1994 ble en lovordning angående denne praksisen.

Remmelinkrapporten fra 1991 er den siste rapporten angående eutanasi praksis i Nederland. Det ble i overnevnte rapport anslått at 2,4% av alle dødsfall i landet skyldes eutanasi. Dette utgjorde 3700 tilfeller i året. Det var estimert at ca 9000 pasienter årlig anmodet om eutanasi. Av disse fikk ca 2300 utført eutanasi, dvs 1,8% av dødsraten. I tillegg ble det beregnet ca 400 tilfeller av assistert suicid.

Det avsløres samtidig at ufrivillig aktiv dødshjelp på syke og gamle er ganske vanlig i Nederland. Ca 1000 pasienter fikk avkortet livet sitt uten å ha bedt om det. Dette da det ble regnet som barmhjertig å ta livet av en lidende som ba om det, noe som videre førte til det spørsmål om det ikke var like barmhjertig å avslutte livet til en pasient som var så syk og lidende at han ikke var i stand til selv å be om det.

Ved eutanasi uten anmodning viste det seg at i 59% av disse tilfellene hadde pasienten bedt om eutanasi tidligere, eller drøftet dette med sin lege mens pasientene ennå var kompetente. I de øvrige tilfellene (41%) hadde familiene bedt om at døden ble påskyndet. Det var en overhyppighet av kreft blant disse pasientene, og legene hadde som oftest kjent pasienten i flere år. I alle tilfellene hadde pasientene lidelse over det utålelige, ifølge legen.

Rapporten viser også at tidsfaktoren for pasientenes forventede gjenstående levetid var tatt i betraktning. I de aller fleste tilfeller dreide det seg om lidende pasienter med alt fra en time til høyst noen dager igjen å leve (Vigeland, 1996).

11.2 I DAG

Det viser seg at de kriterier i Nederland, som skulle forhindre utglidning, ikke blir fulgt (Ottesen, 2002).

Minst en tredjedel av de rundt 5000 nederlandske pasientene som hvert år får dødelige injeksjoner/ doser av sin lege, har aldri tatt opp eutanasi- spørsmålet med legen sin. Dette til tross for at fundamentet i de nederlandske retningslinjene for å kunne utføre eutanasi, er pasientenes rett til å *selv* avgjøre når og på hvilken måte han skal dø. Utgangspunktet er altså pasientenes selvbestemmelsesrett, men det skjer altså en økende glidning over mot dødshjelp bestemt av legene selv. Det anses for å være for belastende for pasienter å treffe et valg, og det er da mer humant å gjøre det i hemmelighet når det likevel synes å være i den pågjeldendes egen interesse (Husabø, 1994). Den hollandske legen Richard Fenigsen skriver i denne forbindelse: ”De som hevder at det er mulig å akseptere og praktisere ”frivillig” eutanasi og ikke tillate ufrivillig, ser helt bort fra den hollandske virkelighet (Foss, 1996).

Det er videre godt dokumentert at både leger og de sykes familiemedlemmer ofte legger press på pasienter, for at de skal be om aktiv dødshjelp. Dette trolig i den hensikt at de da kan slippe å pleie dem (Husabø, 1994).

Liberaliseringen har ført til at aktiv dødshjelp til kronisk syke mennesker er nærmest blitt en rutine. Det en også har erfart fra Nederland er at stadig flere psykiatriske pasienter legger frem ønske om aktiv dødshjelp. –En stor og vanskelig gruppe pasienter som egentlig behøver hjelp til *å leve* (Stein Husebø, foredrag i Tromsø vår 2003 angående abort og aktiv dødshjelp).

En nederlandsk lege har uttalt i denne sammenheng: ”Leger avslutter liv overalt. Den eneste forskjell er at her i Nederland snakker vi om det.” (Rachel Novak, Omsorg nr. 3, 1992).

12 HOLDNINGER TIL AKTIV DØDSHJELP I NORGE

Den faktoren som viser sterkest sammenheng med holdning til aktiv dødshjelp, er religiøs tro og engasjement. Undersøkelsene over ett tyder ikke på noen systematisk sammenheng mellom holdning til aktiv dødshjelp og kjønn, inntekt og/ eller utdanning. Noen undersøkelser viser at eldre (over 50-60 år) har en mer restriktiv holdning, noe som igjen henger sammen med religiøsitet, da flere eldre er troende enn yngre.

12.1 BEFOLKNINGSUNDERSØKELSER

Meningsmålinger viser at over halve Norges befolkning sier ja til aktiv dødshjelp, dersom personen lider av en uhelbredelig sykdom og selv ønsker å dø. I 1982 svarte bare 21% ja på en tilsvarende meningsmåling, noe som tyder på en dramatisk endring av folks syn på aktiv dødshjelp (Svendsby, 1996).

Kun 10% mener det er riktig å holde liv i pasienten så lenge som det overhodet er mulig. I 1982 mente 24% at dette var riktig (Svendsby, 1996).

Kari Vigeland utførte en norsk undersøkelse i 1991 på et landsrepresentativt utvalg av ca 1200 personer over 20 år. Det viste seg at så mange som 36% var helt enige i at legen bør ha adgang til å utføre eutanasi i terminalfasen av en lidelsesfylt sykdom. Sammenliknet med ikke-terminal lidelse (17%) var dette dobbelt så mange. Det var ingen tydelig forskjell på kjønn, alder eller utdanning. Dette viser betydelig holdningsendringer i retning av større akseptering av eutanasi i forbindelse med lidelsesfull og uhelbredelig sykdom gjennom de siste tjue år.

12.2 LEGER

Det har foregått en liberalisering i befolkningens holdning til aktiv dødshjelp fra 1982 og frem til i dag. Imidlertid synes den norske legestanden å ha et langt mer restriktivt syn på aktiv dødshjelp enn befolkningen som helhet. Alt tyder på at norske leger er konservative både i holdninger og i praksis på dette området. Rådet for legeetikk og Den norske lægeforening sier klart nei til legalisering. Legeforeningen trekker opp ett skarpt skille mellom en situasjon hvor en lar naturen gå sin gang, og en annen hvor man aktivt griper inn i naturens gang for å avslutte et liv. Til grunn for dette syn ligger bl.a. troen på at det er en etisk relevant forskjell mellom disse handlingene.

I 1998 viste en spørreundersøkelse blant 483 leger ved Regionsykehuset i Trondheim at bare 17% leger var positive til aktiv dødshjelp ved terminal lidelse. Mot 5% når pasienten kunne ha flere år igjen å leve (Flå, 1999). For øvrig viser undersøkelsen også at leger i de kirurgiske fagområder, med unntak av neurokirurger, har en mer positiv holdning til spørsmålet enn kollegene for øvrig.

Mer enn 1.500 norske leger svarte i løpet av 2002 på et spørreskjema om medisinske problemstillinger rundt behandling av livstruende og alvorlig syke.

En av tjue leger bekrefter da at de hadde gitt aktiv dødshjelp, skriver Aftenposten i en artikkel 3.12.02. Professor Reidun Førde ved Legeforeningens forskningsinstitutt og Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo forteller at måten spørsmålet i undersøkelsen er stilt på, ikke gir rom for tolkning. Hun vektlegger samtidig at det er et problem at leger bryter både etiske regler og norsk lov ved å gi aktiv dødshjelp

60 leger ved norske smerteklinikker svarte i løpet av 1998 på et spørreskjema angående eutanasi (Meidel/ Næss, 1999). Kun 18 leger (30%) hadde opplevd å bli bedt om å utføre eutanasi. Forespørsler forekom relativt sjelden. De pasientene som bad om dødshjelp, led av intraktable smerter, depresjon, angst for smerter og angst for å bli liggende hjelpeløs.

67% av legene mente rettspraksisen i Norge på dette området er god. Kun 13% ønsket liberalisering av lovreglene. Bare 5% av legene var villige til å utføre eutanasi med dagens lovverk.

Konklusjonen etter denne undersøkelsen er at leger som yter omsorg for og behandling til pasienter med uhelbredelig lidelse og intraktable smerter, sjelden

opplever at pasienter ber om eutanasi. Denne gruppen leger har store motforestillinger til eutanasi.

Legekårsundersøkelsen fra 1993 viste at det er de leger som i minst grad møter pasienter med fysisk eller eksistensiell lidelse, som var mest liberal til eutanasi (Førde, 1998).

Det er tankevekkende at av de som oftest mener at leger kan utføre aktiv eutanasi, ville 75% ikke gjøre det selv.

12.3 STUDENTER

En spørreundersøkelse utført på begynnelsen av 1999 ved Universitetet i Oslo viste at mer enn hver tredje **medisinerstudent** her er positiv til aktiv dødshjelp i sluttfasen av dødelig sykdom (Schioldborg, 1999). Det er dobbelt så mange som blant de praktiserende legene, noe som tyder på en mer liberal holdning hos medisinerstudentene.

Bare 11% av studentene var for aktiv dødshjelp ved ikke-terminal sykdom, og bare 17% av studentene kan selv tenke seg å utføre aktiv dødshjelp, viser samme undersøkelse. Resultatene viste generelt en signifikant høyere tilslutning til assistert selvmord sammenlignet med aktiv eutanasi, og større vilje til å gi aktiv dødshjelp ved terminal enn uhelbredelig lidelse.

Blant **juss- og psykologistudenter** ved Universitetet i Oslo er henholdsvis 71 og 62 prosent for aktiv dødshjelp ved terminal sykdom. Ved ikke-terminal sykdom var tilsvarende andeler henholdsvis 45% og 29%.

38% av kristne studenter støtter aktiv dødshjelp i terminalt sykdomstilfelle, mens 79% av humanetikerne, 70% av andre med et annet livssyn og 65% av dem uten definert livssyn gjorde det.

Undersøkelsen viser ingen forskjell i synspunkt blant kvinner og menn.

Samme metode som nevnt ovenfor er i senere tid blitt benyttet for å undersøke **sykepleierstudenters** holdninger til aktiv dødshjelp. Det viste seg at sykepleierstudentene var mer restriktive i sin holdning enn de andre studentgruppene.

Sykepleiere er ofte i bakgrunnen i den offentlige debatten om eutanasi. Likevel er de den gruppen som blir mest berørt i forhold til pasientenes ønske om å slippe fra livet.

12.4 SYKEPLEIERE OG ANNET HELSEPERSONELL

Sørbye o.fl. foretok i 1993 en undersøkelse om holdning til aktiv dødshjelp blant studenter ved tre sykepleierhøgskoler, samt en institusjon for videreutdanning innenfor onkologi. Resultatene viste generelt en mer negativ holdning til aktiv dødshjelp. Likevel mente 69% at det var moralsk akseptabelt av en lege å skrive ut dødelige medikamenter til en terminal lidende pasient. Dette mot ca 50% ved ikke-terminal lidelse. 43% var positive til eutanasi i form av dødelig injeksjon av sykehuslege ved terminal lidelse, mot 18% ved ikke-terminal lidelse.

Den gjennomgående mer negative holdningen til aktiv dødshjelp blant sykepleierstudentene forklares ved at disse var mer religiøst troende enn studentene ved universitetet i Oslo. 60% kontra 33% i Vigeland sin undersøkelse (se også pkt 12.1). Det ble bekreftet at de som hadde hatt mest erfaring med døende pasienter, var mest positiv i sin holdning til aktiv dødshjelp. De mer politisk radikale enn konservative var mer positiv til aktiv dødshjelp.

12.5 DØDSSYKE

Det viser seg at som regel i den offentlige debatten og i spørreundersøkelser er det de friske som uttaler seg. I tillegg er spørsmålene ofte dårlig formulert, slik at de formelig inviterer til misforståelser. Skillet mellom tanke og handling er veldig stort i et slikt spørsmål (Oldertrøen, 2001).

I løpet av 2001 ble det gjennomført et intervju av døende mennesker. Intervjuet var i regi av et tverrfaglig team ved Seksjon for lindrende behandling ved Regionsykehuset i Trondheim, og formålet var å finne døende pasienters syn på aktiv dødshjelp og legeassistert selvmord. Hovedformålet var å finne ut hva de syke selv tenker rundt emnet aktiv dødshjelp. Totalt 19 personer fra 39 til 80 år, uhelbredelig syke og med kort forventet levetid, var med i studien.

Tidligere forskning viser at kreftpasienter med størst smerte har vært blant de mest skeptiske til aktiv dødshjelp. I tillegg kan en pasient før for eksempel lunsj foretrekke å dø, for så å ville leve etter lunsj (Materstvedt, 1998).

Opplysningene av denne studien har dannet grunnlag for utvikling av et nytt spørreskjema. Dette spørreskjemaet skal etter planen brukes til kvantitative undersøkelser ved sykehusavdelinger som driver med lindrende behandling, i flere land.

Smerte er vanskelig å forestille seg, vi klarer ikke å tenke oss en ekstrem lidelse. Etter studien kunne en konkludere med at livsperspektivet endres når mennesker blir alvorlige syke (Oldertrøen, 2001). Det er forskjell på å la en blind og en seende vurdere blindhet, og om livet er verdt å leve som blind.

En undersøkelse utført mellom 1992 og 1997 på 459 kreftpasienter fra USA, Canada og Nederland viste at minst en tredel av kreftpasientene stilte seg positive til eutanasi. Høyest andel var det blant de under 50 år, de med best allmenntilstand og pasienter uten religionstilhørighet. De psykiske faktorene syntes å være viktigere grunner for eutanasi enn fysiske plager (Jodalen, 1999).

12.6 POLITISKE PARTIER

Det er store politiske forskjeller mht holdninger. En stor del av Fremskrittspartiets velgere er for aktiv dødshjelp (68%), mens bare 10% av Kristelig Folkepartis velgere mener det samme (Svendsby, 1996).

Fremskrittspartiet har tidligere støttet forkjemperne for aktiv dødshjelp for å få fremmet et lovforslag hvor straff for medlidenhetsdrap kan bortfalle helt i tilfeller der det har skjedd med offerets samtykke etter en "bestemt og veloverveid begjæring". Forslaget ble avvist, da det bare var Fremskrittspartiet som støttet dette ønsket.

12.7 VERDIKOMMISJONEN

Verdikommisjonen sier et klart nei til legalisering av aktiv dødshjelp. De tar avstand fra den planlagte, kontrollbare raske død ved hjelp av en leges sprøyte. De sier nei til de alvorlige konsekvensene en lovendring vil kunne medføre for alvorlige syke menneskers siste livsfase og for de etterlatte gjennom sorgarbeide. De har ikke tro på at aktiv dødshjelp vil løse problemene i møte med ulindret lidelse i livets slutfase. Derimot vil de satse på styrket innsats for livshjelp, styrket innsats for respekt for livet og det absolutte menneskeverdet i vårt samfunn, også i slutfasen i livet. Og de vil øke bevisstgjøringen for livsforståelse og menneskesyn, der lidelsen, hjelpesløsheten, sorgen og smerten hører med.

13 AKTUELLE SAKER I NORGE

I Norge finnes nesten ingen rettspraksis som gjelder dødshjelp overfor uhelbredelig lidende mennesker som ber om hjelp til å dø. I de siste åra har det imidlertid blitt kjent noen få tilfeller av aktiv dødshjelp.

Ragnar Nesbakken, avdød nevrokirurg, sier i sin bok *Moderne medisin og etikk*:

”Den moderne teknologi har gjort medisinsk behandling til den nye livsløgn.

Kombinert med myten om legens ufeilbarlighet har dette ført til at en rekke dødsfall i Norge nå etterforskes av politiet, som om døden skulle være kriminell og forårsaket av det personalet som forsøkte å utsette tidspunktet for dens inntreden.”

I 1993 svarte 6% av de legene som ble spurt at de minst en gang i sin praksis hadde utført handlinger i den hensikt å fremskynde pasientens død (Husabø, 1994).

13.1 HUSEBØ- SAKEN

Overlege Stein Husebø, spesialist i palliativ medisin, bekjentgjorde i 1992 at han hadde utført eutanasi. Før denne tid hadde det skjedd lite i Norge mht aktiv dødshjelp.

Husebø er kjent for å være en aktiv motstander av aktiv dødshjelp. I debatten om dette tema har han uttalt: ”Selv om jeg møter større lidelser og flere døende pasienter enn det store flertall av leger, har jeg ennå ikke møtt en slik pasient hvor jeg har funnet det riktig å gjennomføre barmhjertighetsdrap” (Husabø, 1994). Under ett år senere gjorde Husebø det derimot kjent at han hadde utført nettopp ett slik drap.

Husebø ble siktet for å ha med hensikt injisert en dødelig mengde medikamenter til en kreftpasient i terminalfasen. Avdøde hadde innstendig anmodet nevnte lege om å få slippe fra livet og smertene, og pasientens ektefelle var med på avgjørelsen. Pasienten døde ca ett kvarter etter injeksjonen.

Det ble fastslått at dette tilfellet ikke kunne karakteriseres som passiv dødshjelp, noe som ville være rettmessig. Handlingens rettsstrid (om den var straffbar) ble vurdert, da Riksadvokaten fremhevet at det forelå ”en sterk kumulasjon av vilkår”, som hver især kunne gi grunnlag for betydelig straffenedsettelse etter straffelovens §235, 2.ledd.

Konklusjonen i denne saken var: ”Selv om overlege (NN) etter dette har overtrådt straffelovens §233, første ledd, jfr. annet ledd, jfr. §235, annet ledd, kommer som nevnt (NNs) handlemåte i en strafferettslig særstilling. Det foreligger så mange ekstraordinære og tungtveiende formildende omstendigheter, at det offentlige krav om straffeforfølgning reduseres til et behov for å få fastslått det lovstridige og straffbare i (NNs) handlemåte. Dette hensyn tilgodeses etter riksadvokatens oppfatning ved den mildeste reaksjon vår lovgivning kjenner, en vilkårsfri påtaleunntatelse.”

Statens legeråd konkluderte enstemmig med å gi Husebø en skriftlig advarsel med hjemmel i legelovens §52. Helsetilsynet fant ikke grunnlag for å tilbakekalle Husebøs autorisasjon med hjemmel i legelovens §8, selv om man mente Husebøs handling i utgangspunktet var av slik art at vilkårene for dette som ”en hovedregel må anses å være til stede”. Man fant imidlertid en rekke tungtveiende formildende omstendigheter i saken, og begrenset seg til en advarsel, med henvisning til de omstendigheter som dannet grunnlaget for en vilkårsfri påtaleunntatelse for den strafferettslige siden av forholdet. I tillegg ble det lagt vekt på Husebøs ”generelle etiske og faglige holdninger til de problemstillinger saken reiser og hans holdninger til hvordan han vil forholde seg i fremtiden”. At saken var den første av sitt slag her i Norge ble det også tatt hensyn til.

13.2 BORCHGREVINK- SAKEN

I forbindelse med media- oppstyret rundt Husebø-saken fortalte professor i allmennmedisin i Oslo, Christian F. Borchgrevink at han i noen tilfeller hadde imøtekommet ønsker fra pasienter om medikamenter som de kunne bruke til å ta sitt liv med. I et intervju skal han ha fortalt om tre tilfeller hvor han hadde skrevet ut medikamenter til pasienter som ønsket å ta sitt liv.

Statens helsetilsyn innledet granskningen og gjorde henvendelse til Riksadvokaten om saken.

Saken mot Borchgrevink ble etter en helhetlig vurdering henlagt av Riksadvokaten, som ikke fant at det forelå noe straffbart. Riksadvokaten fremhevet at Borchgrevink ikke hadde hatt til motiv eller tilskyndet suicidhandlingene; og i hans fremstilling

fremgikk det ikke at Borchgrevink var til stede ved selve utførelsen. Sånn sett syntes det som det ble lagt vekt på at det gikk noe tid mellom assistansen med medikamenter og utøvelsen av suicidet.

Statens helsetilsyn avsluttet saken uten reaksjoner, også dette etter en helhetlig vurdering.

Borchgrevink selv betegner sine handlinger som passiv dødshjelp. Etter de definisjoner som foreligger internasjonalt, faller de derimot under assistert suicid.

Det kan tyde på at Norge, lik andre vestlige land, vil vike tilbake fra å anvende de aktuelle lovparagrafer som gjelder for aktiv dødshjelp, eventuelt ilegge lavest mulige reaksjoner når det kommer til konkrete saker der personer med høy anseelse, faglig så vel som etisk, vedgår handlinger som bare de færreste i dag vil anse som kriminelle (se pkt. 8.2).

13.3 SANDSDALEN

Christian Sandsdalen vedgikk at han i juni 1996 hadde eutanisert vha injeksjoner en svært lidende og invalidisert kvinnelig multippel sklerose- pasient. Pasienten hadde gjentatt og innstendig oppfordret Sandsdalen til å utføre denne handlingen.

Sandsdalen meldte selv fra til Riksadvokaten og ble deretter tiltalt for overlagt drap (straffeloven §233, første og annet ledd). Han ble funnet skyldig i overlagt drap, og legelisensen ble inndratt av Helsetilsynet.

Han er den eneste som er dømt for aktiv dødshjelp i Norge.

Sandalen peker selv på at det han ønsker er en adgang til å praktisere aktiv dødshjelp i helt ekstreme og spesielle tilfeller.

13.4 BÆRUM- SAKEN

Stig Ottesen, overlege på Kreftavsnittet ved Bærum Sykehus, ble i januar 1999 meldt av en av sine nærmeste kollegaer til politiet. Det ble hevdet at Ottesen hadde gitt dødshjelp til en kreftsyk pasient. Etter hvert kom anmeldelsen på at Ottesen skulle

angivelig ha gitt aktiv dødshjelp til i alt 11 pasienter. Det som lå til grunn i samtlige anmeldelser var at Ottesen hadde som siste utvei i lindrende behandling gitt terminal eller lindrende sedering.

Mai 2001 ble samtlige tilfeller i Bærumsaken henlagt, da intet straffbart forhold ble ansett.

I lys av denne saken så en at ingen sykehus i Norge hadde retningslinjer for terminal sedering. I Januar 2001 ble det derfor i regi av Den norske lægeforening satt ned en arbeidsgruppe som laget forslag til retningslinjer for bruken av bevissthetssenkende behandling for uutholdelige plager hos dødssyke pasienter. Disse retningslinjene ble så distribuert til alle norske sykehus.

14 AVSLUTNING

14.1 Vektlegging av aspekter

Det er en human, forståelsesfull tankegang som ligger til grunn og som presenteres i den offentlige debatt, enten det nå gjelder den aktive dødshjelp eller hjelp til selvmord. Intensjonen bak både utførelse og ønske om legalisering av dødshjelp har i regelen vært ledet av barmhjertighet og medfølelse (Foss, 1996). Angst, kvalme, brekninger, pustevansker, kløe, ubevegelighet, delir, ukontrollert og uverdigg motorisk uro, og utmattelse etter sykdom er ikke uvanlige plager hos døende pasienter. Å stå på sidelinjen, enten som pårørende eller helsepersonell, kan i slike situasjoner være svært vanskelig. Filosofen Jean-Jacques Rousseau (1712- 78) mente at det grunnleggende i menneskesjelen var fornuften, prinsippet om å arbeide hardt for vårt velbefinnende og vår opprettholdelse, og sist, men ikke minst, ”inngir vi oss en naturlig uvilje mot å se ethvert følende vesen, og da især våre medmennesker, dø eller lide.” Ingen person med litt empati og medmenneskelighet ønsker å se andre lide, det være forårsaket av kroniske sykdom eller på dødsleiet.

Det er forståelig at pasienter ønsker slutt på sine lidelser og at leger ønsker å gjøre sitt beste for at pasienten ikke skal lide. Men er inngrep som fremskynder døden den eneste løsningen?

En svensk offentlig utredning fra 1994 konkluderer med at 56% av dem som dør i svenske institusjoner, har alvorlige smerter den siste uken av sitt liv, og hele 90% av dem som dør av kreft (Vigeland,1996). I en artikkel i Aftenposteren 20.august 2001 blir det hevdet at rundt halvparten av de 7000- 10000 alvorlige syke kreftpasienter som sliter med alvorlige smerteproblem, ikke får den hjelpen de kunne ha fått. Den palliative (lindrende) medisinen synes lavt prioritert i forhold til kurativ behandling. Mye kan tyde på at leger ikke har nok ferdigheter og kunnskap om smertebehandling og kanskje ikke de rette holdninger til denne pasientgruppen. For teoretiske muligheter til å behandle kreftsmertor mangler ikke (Ottesen). Det har i tillegg vist seg at flere leger, i frykt for å falle i ”eutanasifellen”, ikke gir adekvat smertebehandling eller lar være å avslutte en behandling det ikke er medisinsk grunnlag for å fortsette (Aarseth,1999).

Det har vært mye oppmerksomhet rettet mot kreftomsorgen. En må ikke glemme at også mange andre pasienter trenger spesiell omsorg ved livets slutt. Kunne en garantere dagens kreftsyke og andre mennesker med dødelige, lidelsesfylte sykdommer god lindring, ville det ikke være så skremmende å få f.eks kreft. Det ville få positive følger for trygghetsfølelsen i hele samfunnet og øke vår livskvalitet. Det er derfor behov for systematisk opplæring av alle leger, ikke bare de som arbeider i kreftomsorgen (Aarseth, 1999).

En studie gjort i USA om pasienters ønske om aktiv dødshjelp ble presentert under den 8. kongressen for European Association for Palliative Care (EAPC) i Nederland tidligere i år. Den amerikanske nevrologen Kathleen Foley fra Memorial Sloan-Kettering Cancer Center i New York tok da for seg resultatene av en studie av 165 pasienter som deltok i studien. Det viste seg at 46 prosent av pasientene ombestemte seg i sitt ønske om hjelp til å dø når de fikk god nok lindrende (palliativ) behandling og pleie. Tilsvarende andel for de som ikke fikk slik hjelp var 15 prosent. Under kongressen understreket Foley at god palliativ pleie kan hindre lidelse, og dermed også fjerne ønsket om eutanasi (Kyed, 2003).

I Sverige har Gerdt Wretmark, tidligere professor i psykiatri ved Universitetet i Linkøping og Loma Feigenberg, kreftlege og psykiater ved Radiumhemmet i Stockholm, gått inn for å utvikle den palliative behandlingen og omsorgsterapi som reelle alternativer til inngrep som har til hensikt å fremskynde døden (Foss, 1996). Regjeringen her i Norge har nå satset på smertelindring og gitt tillatelse til flere *hospice-avdelinger*. Disse avdelingene er for mennesker som vet at de har døden i vente.

David Roy, professor i bioetikk i Montreal, Canada, sier: "Det må ikke spares på vitenskapelig eller klinisk innsats for å befri døende fra smerter som river og sliter i kroppen – smerter som krenker, dominerer og snevrer inn pasientenes bevissthet slik at de ikke evner å tenke, si eller gjøre det de ønsker før de dør." På den annen side har det vist seg at kun 90% av fysisk smerte kan fjernes ved optimal behandling. Nyere undersøkelser viser at 5-10% av kreftpasientene ikke kan hjelpes godt nok med alvorlige smerteproblemer i sykdommens slutfase dersom de ikke "nedsoves", dvs holdes bevisstløse vha medikamenter (Ottesen, 2002). Alvorlig sykdom og død ledsages også ofte av andre fysiske plager, som puste vansker, diare, liggesår, søvnløshet og generell utmattelse. Kjernen i lidelsesargumentet er derfor like mye et

eksistensielt som et medisinsk problem: Hvordan forholder vi oss til den lidelsen som helsevesenet ikke kan lindre?

Målet med god lindrende behandling er ikke å bidra til at døden blir fri for all smerte og annen lidelse. Noe av lidelsen sies å være meningsfylt og skal hjelpe den syke til å forberede seg til døden. Stig Ottesen sier : ”Når vi erkjenner *den nødvendige smerte*, blir det lettere å møte de tap lidelsen medfører og å møte døden.” (Se i tillegg pkt 9.1)

Nederland har tidligere ikke hatt så mange smertelindrende plasser på sykehusene og ikke lagt vekt på hospice for alvorlig syke og døende. Nå tar de etter, og nederlandske leger mener å se en nedgang i antall søknader om aktiv dødshjelp. Dette kan tyde på at når folk får alternativer, så velger de noe annet enn aktiv dødshjelp (Ottesen, 2002). Den vekt som Regjeringen og helseministeren nå legger på å bygge ut flere hospiceplasser og gi omsorg for alvorlige syke og døende er derfor livsviktig. Ikke bare for de det gjelder, men samfunnet som helhet. Det er omsorg ved livets slutt som kan gi en virkelig verdig død. Det er når vi tar vare på hverandre så lenge det er liv, at vi behandler hverandre med verdighet. Professor og motstander av aktiv dødshjelp Peter F. Hjort har uttalt: ”Det er viktig at dødspleien får den status og stilling den må ha for å gi pasientene det de ønsker seg –en fredelig og god død. Mislykkes vi med det, vil kravet om aktiv dødshjelp komme med større tyngde”.

I tillegg til smerte, er avhengighet, emosjonell byrde for familien og økonomiske årsaker de viktigste grunnene til at pasienter ønsker hjelp til å dø (Førde, 1998). Funnene burde i seg selv være sterke argumenter for å holde på dagens juridiske og etiske regler. Samfunnet må bygge på visse verdier for at det skal kunne fungere og være et humant samfunn. Blant de mest sentrale er respekt for livet og menneskets likeverd.

Det er blitt hevdet at siden noen leger faktisk utfører eutanasi, kan nettopp det brukes som argument for legalisering for å få kontroll over praksisen. Etiske og juridiske retningslinjer kan begrense, men aldri hindre en praksis (Førde, 1998).

Enkelte mener at en legalisering av eutanasi, enten den er selvbestemt eller ikke, vil ha den fordel at det skapes rene linjer på et område hvor vi til denne dag har vært henvist til å handle etter uklare regler eller etter beste skjønn. På den annen side vil det bli ytterst komplisert å foreta en klar grenseoppgang hvis aktiv dødshjelp skulle legaliseres. Dette spesielt med tanke på det subjektive aspektet ved all lidelse. En

generell aksept, både moralsk og juridisk, kunne få den skjebnesvangre virkningen at man også kom til å foreta en avlivning i tilfeller hvor meget annet kunne ha vært gjort, og det slett ikke var sikkert at døden ville inntreffe.

Eutanasi berører så mange kompliserte spørsmål både for leger, pleiepersonale, pasienter og deres pårørende, at det blir hevdet at det ikke er mulig å utforme en lovgivning som vil være rettsfilosofisk og etisk tilfredsstillende (Foss, 1996).

Rettslig sett må området karakteriseres som en gråson. Hartling skriver "Hvis Noe er uklart, vil det være lige så forkert at si Noget klart om det. At si Noget klart om Noget uklart girer måske indtryk af Klarhed; men Resultatet vil blive uklart. Om Noget uklart er man nødt til at si Noget uklart. Vi tror måske i Lovgivningen at kunne skabe klare Regler og Retningslinjer, men vi vil igjen stå i tvivlfulde Situationer. Tilmed kan en forkyndning af Retningslinierne befrygtes. Det bedste Værn mod at glide ned ad Skråplanet er at undlade en legalisering av eutanasi. Har man indført Eutanasi, vil det være umådelig svært, måske umulig, at vende tilbage"(Foss,1996).

Det vil alltid finnes vanskelige grensetilfeller og det er ingen angrefrist.

14.2 Konklusjon

Fordelene ved legalisering av aktiv dødshjelp i avgrensede situasjoner vil hentes hos dem som er låst i irreversibel og meningsløs lidelse. At man i mange land har avstått fra å legalisere aktiv dødshjelp i form av barmhjertighetsdrap, har i hovedsak sin begrunnelse i risikoen for misbruk og for at en lov av denne art skulle skade tillitsforholdet mellom sykehus og pasienter (Foss,1996). I tillegg til at dødshjelpaktivistene har latt legen innta dobbeltrollen som både livredder og bøddel, bryter de med det totale drapstabuet (Reuter, 1996).

På linje med resten av den vestlige verden synes det likevel å være en etisk og livssynsmessig utvikling i gang også her i Norge. -Gamle verdinormer revideres ut fra det autonome menneskes vilje.

En ser som en konsekvens av dette at stadig flere nordmenn er blitt for legalisering av aktiv dødshjelp. Siste meningsmåling viste at over femti prosent var positivt innstilte til aktiv eutanasi. Spørreundersøkelser utført i 1999 ved Universitetet i Oslo viste at

hver tredje medisinerstudent, 71% av juss-studentene og 62% av psykologistudentene var for dødshjelp ved terminal sykdom. Ved ikke-terminal lidelse var andelene henholdsvis 11%, 45% og 29%.

Rådet for legeetikk, Den Norske Lægeforening, Den europeiske legeorganisasjonen og Verdikommisjonen sier et klart nei til aktiv dødshjelp.

Leger, sykepleiere og de som selv er dødsyke viser seg å være mer restriktive i sine holdninger enn befolkningen forøvrig. Spesielt religiøsitet er en faktor som trekker i denne retningen.

Bare 17 prosent av spurte leger var for legalisering i 1998.

Ved norske smerteklinikker var bare 5% av legene i 1998 villige til å utføre aktiv eutanasi med dagens lovverk. Legekårundersøkelsen fra 1993 viste at det er de leger som *i minst grad* møter pasienter med fysisk eller eksistensiell lidelse, som er mest liberal til aktiv eutanasi.

Det er ingenting som tyder på at praksis ved norske sykehus er på glid med hensyn til eutanasi (Aarseth,1999). Riktignok har vi de siste åra blitt kjent med noen saker som har vært under etterforskning for aktiv dødshjelp. Til nå har vi i Norge bare ett tilfelle (Sandalen- saken) hvor en lege er blitt dømt for medlidenhetsdrap.

Det synes som om det fremdeles er mye en kan bidra med før en eventuelt legaliserer dødshjelp. Å forbedre terminal omsorg og pleie er det beste svar en kan gi eutanasi-bevegelsen. Det er nødvendig å utvikle og stadig forbedre den palliative behandling og omsorgsterapi. Det å komme til pasienten og være hos ham er kanskje den viktigste "smertelindringen" mot den totale smerten (Ottesen,2002). Ved å vise at en er tilgjengelig og at han eller hun er verdifull. Verdien av et menneskeliv skal ikke bare betraktes ut fra et kvantitativt, men også fra et kvalitativt synspunkt. The Appleton Consensus (forslag til internasjonale retningslinjer for når det er riktig å avslutte medisinsk behandling) har mottoet: "Det er mulig at behandlingen bør opphøres, men aldri omsorgen".

14.3 Refleksjoner omkring arbeidsprosessen

Kildene jeg har anvendt til min oppgave er som tidligere beskrevet litterære verk og artikler fra internett. I tillegg har jeg hatt i tankene samtaler jeg har foretatt i løpet av denne perioden med diverse leger. Dette har vært både allmennpraktikere, sykehjemsleger og sykehusleger. Å ikke bli påvirket i en eller annen retning med tanke på problemstillingen legalisering eller ikke, er vel strengt tatt umulig. Tanken med oppgaven var nettopp å opparbeide meg et dypere og muligens klarere syn på saken, noe jeg mener jeg etter endt oppgave har lyktes med. Før oppstart av oppgaven hadde jeg et ganske liberalt syn på aktiv dødshjelp. Etter å ha satt meg bedre inn i hva eutanasi omhandler, erfaringer en har med det og hvilke andre alternativer en har, har jeg blitt mer restriktiv i mitt syn på dette temaet. Alt tatt i betraktning, så håper jeg i dag at en legalisering av aktiv dødshjelp ikke vil skje her i Norge. Kunnskap jeg har tilegnet meg i denne oppgaveperioden tyder som nevnt på at en har mer å tilby de døende og lidende enn å ta deres liv. At jeg med tid og stunder kan komme til å endre på mitt syn, vil jeg ikke utelukke. Men dette vil nok bero på egne erfaringer jeg vil få i fremtiden.

15 LITTERATURLISTE

15.1 Bøker:

- Vigeland, Kari (1996). Assistert død. Oslo: Tano Aschehoug.
- Foss, Øyvind (1996). Livsuverdig liv? Medisinsk etikk i historisk og aktuell belysning. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Husabø, Erling J. (1994). Rett til sjølvvalgt livsavslutning? Oslo: Tano Aschehoug.
- Reuter, Lars (1996). Dødshjelp: en etisk-teologisk analyse og vurdering av den europeiske debatt om eutanasi. København: Akademisk Forlag.
- Ottesen, Stig (2002). Må jeg dø i smerte? Pasientens lidelse – legens valg. Oslo: Aschehoug.
- Buckman, Robert (1990). Jeg vet ikke hva jeg skal si. Hvordan du kan hjelpe og støtte en som har en dødelig sykdom. Oslo: NKS-Forlaget.
- Sørbye, Liv Wergeland (1990). Trygghet ved livets slutt. Faglig dyktighet og medmenneskelighet. Oslo: Universitetsforlaget.
- Yliruusi, Tauno . Hånd i hånd.
- Seiness, Cecilie N. Mor. Gjøvik: Samlaget
- Rousseau, Jean- Jacques (1997). Om ulikheten mellom menneskene dens opprinnelse og grunnlag. Aschehoug.
- Reyter, Førde og Solbakk. Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming.

15.2 Artikler:

- Hafstad, Anne (07.11.99). Sier nei til aktiv dødshjelp. Aftenposten
- Flå, Eivind (1999). Aktiv dødshjelp eller aktiv livshjelp! VG
- Svendsby, Egil (1996). Ja til aktiv dødshjelp. VG
- Kronikk i Aftenposten (31.01.95). Aktiv dødshjelp –er det behov for nye regler?
- Filiadelfiakirken. Aktiv dødshjelp på frammarsj i USA!
- Oldertrøen, Trond (2001). Dødssyke er kritiske til aktiv dødshjelp.
- Nettavisen(30.06.99). Legestudentene positive til aktiv dødshjelp. NTB
- Kydland, Olav Hermod (1999). Legalisering av aktiv dødshjelp?

- Dagsavisen (23.04.02). Belgia innfører aktiv dødshjelp.
- Brenne, Jens Fredrik (1996). Uttalelse om aktiv dødshjelp. FBB-nytt 3/96
- Aarseth, Hans Petter (1996). Aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Lægeforen
- Jodalen, Harald (1999). Aktiv dødshjelp og kreft. Tidsskr Nor Lægeforen.
- Rasmussen, K (1998). Er det forskjell på å drepe og la dø? Tidsskr Nor Lægeforen.
- Aarseth, Hans Petter (1999). Ethiske problemer ved livets slutt. Tidsskr Nor Lægeforen.
- Meidel, N/ Næss, A (1998). Eutanasi –erfaring fra norske smerteklinikker. Tidsskr Nor Lægeforen.
- Førde, Reidun (1998). Eutanasi i teori og praksis. Tidsskr Nor Lægeforen.
- Førde, Aasland, Nilsen (1997). Medisinsk avslutning av liv. Tidsskr Nor Lægeforen.
- Schioldborg, P (1999). Studenters holdninger til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Lægeforen.
- Hansen, T/ Liavaag, A (1999). Forsoning, forløsning og vekst –et annet perspektiv på eutanasidebatten. Tidsskr Nor Lægeforen.
- Haugen, O (1998). Fortsatt nei til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Lægeforen.
- Sørbye, Liv Wergeland (1999). Livshjelp og dødshjelp –hvordan lindrer vi smerte ved livets slutt.
- Sørensen, Mette Brøhs (1999). Aktiv dødshjelp –en sykepleiefaglig tilnærming. Høgskolen i Vestfold.
- Jodalen, Harald (2002). Den gode død? Tidsskr Nor Lægeforen.
- Materstvedt, Lars Johan (2002). Dødshjelp –en typologi. Den Norske Kreftforening.
- Husabø, Erling J (1998). Autonomi og aktiv dødshjelp. Foredrag på seminaret "Døden –prisen for et liv".
- Feiring, Eline (2001). Nederland legaliserer aktiv dødshjelp. P4
- NTB (2002). Danskene for aktiv dødshjelp.
- Kyed, Anna Stella (2003). Lindring reduserer ønsket om aktiv dødshjelp. Den Norske Kreftforening.
- NRK-innenriks (03.12. 2002). Innrømmer dødshjelp.