

# En leges nei til dødshjelp

*Morten A. Horn*

Oslo universitetssykehus

**Abstract:** While there is broad support for assisted dying in the general public, many doctors say no – no to performing it, no to legalising it. What explains this resistance? This chapter deals with the counterarguments against assisted dying, from a professional ethics standpoint and a doctor's outlook. I will present the eight main reasons why I as a doctor say no to euthanasia. The same reasons can be found in declarations on assisted dying from medical and specialist associations worldwide. A recurring feature is that they do not necessarily presuppose a categorical rejection of assisted dying as an isolated phenomenon, or a morally grounded rejection of the euthanasia act. The most important concern is how the doctor will be able to cope with the extremely difficult question of whether another person should be helped to die. At the same time the doctor must preserve the care of vulnerable individuals, as well as the doctor's own role and values.

**Keywords:** assisted dying, euthanasia, legalisation, medical ethics, physician-patient relationship, professional ethics

## 1 Innledning

Motstand mot dødshjelp er utbredt blant leger. Avvisningen av dødshjelp kan føres tilbake til Hippokrates, men står sterkt også i dag (Gaasø, Rø, Bringedal & Magelssen, 2019). Det norske Rådet for legeetikk uttalte at «Aktiv dødshjelp er det motsatte av det leger skal drive med» (Hyttén & Aarseth, 2015). Samtidig er det bred oppslutning blant nederlandske leger om landets eutanasilov (Kouwenhoven, van Thiel, van der Heide, Rietjens & van Delden, 2019). Også i de nordiske landene er en betydelig andel av legene positive til dødshjelp.

Sitering av denne artikkelen: Horn, M. A. (2020). En leges nei til dødshjelp. I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 9, s. 175–192). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch9>.  
Lisens: CC BY 4.0.

Den akademiske diskusjonen rundt dødshjelp handler gjerne om empiriske studier av dødshjelpspraksis i land som har legalisert det, eller normative filosofiske analyser av om dødshjelp er akseptabelt eller ikke. Denne diskusjonen kan settes inn i større etiske rammeverk, og den kan vurderes i lys av ulike filosofiske skoler. Selv om slike analyser er interessante, risikerer de å gå glipp av det som for mange er hovedpoenget med dødshjelp. For tilhengerne kan det være så enkelt som at «det er mitt liv, min død». Omvendt sa en kollega til meg om sitt dødshjelps-nei: «Det var ikke derfor jeg ble lege.»

I dette kapitlet vil jeg trekke fram verdi- og erfaringsbaserte argumenter for hvorfor legalisering av dødshjelp blir feil, for meg som lege. Denne typen argumenter kan bare i liten grad underbygges av vitenskapelig evidens; de risikerer å underkjennes i akademiske tekster om dødshjelp. Eksempelvis avspises drøftingen av hvorvidt dødshjelp strider mot legeetikken, bare med et kort avsnitt i den svenske kunnskaps-sammenstillingen om dødshjelp (Statens medicinsk-etiska råd, 2017). Samtidig kan nettopp slike argumenter spille en stor rolle for holdningen til dødshjelp blant viktige aktører i debatten. De er derfor vel verd å se nærmere på.

Innledningsvis vil jeg redegjøre for konteksten kapitlet står i. Dernest vil jeg legge fram de viktigste grunnene til at jeg som lege er motstander av å legalisere dødshjelp i Norge.

## 2 Kontekst

Dette er et personlig, medisinsk-etisk essay om én leges syn på dødshjelp, og det inngår i en tradisjon der essays fra Ilora Finlay (2009) er blant de fremste eksemplene. Jeg som skriver, er mann, 50 år og har et sekulært (humanetisk) livssyn. Min tenkning om dødshjelp er preget av at jeg i mer enn tjue år har jobbet som nevrolog, blant annet i teamet som behandler pasienter med amyotrofisk lateralsklerose (ALS) ved Oslo universitetssykehus. Jeg har ikke selv utført dødshjelp, men hadde som ung lege en «nær dødshjelps-opplevelse», der jeg vurderte om jeg var nødt til å ty til dette (situasjonen løste seg da jeg forsto at jeg kunne øke morfinsosen uten å ta livet av pasienten).

Jeg skriver ut fra en norsk kontekst – der dødshjelp er eksplisitt forbudt i straffeloven (se kap. 3), hvor lovforbudet mot assistanse til selvmord har vært aktualisert i en rekke saker mot legfolk, men hvor kun én lege har blitt domfelt for dødshjelp (Sandsdalen-saken fra 1996). Spørreundersøkelser gir et bilde av at illegal dødshjelp er lite utbredt i Norge (Førde & Aasland, 2014), og jeg har selv aldri hørt en kollega innrømme å ha utført dødshjelp. Meningsmålinger blant norske leger viser at et flertall er mot å legalisere dødshjelp, mens en meget liten andel (9 %) er sterkt for. En tilsvarende liten andel ville vært villig til å utføre handlingen om det var tillatt (Gaasø et al., 2019).

Mange norske leger svarer at de er delvis for, delvis mot, eller usikre i spørsmålet om legalisering. Jeg tror dette illustrerer at man som lege kan ha et tvisyn på dødshjelp: Man kan se både argumenter for og argumenter mot, og jeg vil tro at de fleste klinikere vil kunne se for seg situasjoner der dødshjelp ville vært det minste av flere onder. Man må skille mellom legers holdning til dødshjelp som konkret handling i en gitt situasjon, og holdningen til legalisering av dødshjelp på samfunnsnivå.

I Norge har vi gode alternativer til dødshjelp gjennom en liberal pasientrettighetslov fra 1999, som gjør det klart at pasienter kan takke nei til livsforlengende behandling. Dette omfatter også avslutning av respiratorbehandling, for eksempel ved ALS (Holmøy et al., 2009). På den annen side er den palliative omsorgen i Norge dårlig utbygd (se kap. 10). Det er spesielt dårlig stelt med palliasjon til ikke-kreftpasienter, som de nevrologiske. Her i landet har vi en uttalt målsetting om å forebygge og forhindre selvmord, som særlig pålegger leger (gjennom helsepersonelloven) en plikt til aktivt å motvirke at pasientene deres begår selvmord.

### 3 Argumenter mot legalisering av dødshjelp

De to hovedargumentene for dødshjelp er barmhjertighet og autonomi. Ved livets slutt kan lidelsen være stor, og vi når ikke alltid fram til målet med lindrende tiltak. Legen kunne hatt nytte av et verktøy, en sprøyte gjemt aller nederst i legekofferten, som kunne tas fram i tilfeller av uutholdelig, uhåndterbar lidelse ved livets slutt. En slik opsjon kunne kanskje tjene velgjørnehetsprinsippet (beneficence), hvis man aksepterer

premisset om at det er bedre å ikke lide fordi man ikke lever, enn å lide og leve. Man kan tenke seg at konsekvensene av å trå feil (ikke-skade-prinsippet) ikke er så store dersom dødshjelp er noe som ytes i livets aller siste timer og dager.

Likeledes er prinsippet om respekt for pasientens autonomi grunnleggende for oss leger, slik autonomi også er en kjerneverdi i det moderne vestlige samfunn (Materstvedt, 2019). Dersom individet har et sterkt ønske om å få råde over når og på hvilken måte livet skal avsluttes, ville det i utgangspunktet kunne være velgjørende om medisinen kunne bistå pasienten i å utøve sin autonomi.

Barmhjertighet og autonomi er altså gode argumenter for hvorfor det, sett fra legens ståsted, kunne vært greit om dødshjelp var lovlig. Når jeg som lege er dødshjelpsmotstander, handler det ikke om at jeg ikke ser eller anerkjenner disse argumentene *for*, men at argumentene *mot* er flere og sterkere. Det er framfor alt argumentene mot *legalisering* – og faren for at legalisering vil føre til institusjonalisering av praksisen, og i neste instans en normalisering av det som egentlig var ment som en nødretts-handling (Materstvedt, 1998), som motiverer min dødshjelpsmotstand. Jeg vil se nærmere på de åtte argumentene som etter min mening er de aller sterkeste.

### 3.1 Arven etter Hippokrates

Legene Blomkvist og Zadig angrep i fjor bruken av den hippokratiske legeeden som argument mot legalisering av dødshjelp (Blomkvist & Zadig, 2018). I eden står det: «Jeg skal ikke gi noe dødelig legemiddel til noen eller gi råd om noe slikt.» Denne eden, som er flere tusen år gammel, forbyr også abort og kirurgi, og framstår i dag som foreldet. Den moderne legeeden, Genève-erklæringen, inneholder ikke noe eksplisitt forbud mot dødshjelp. Blomkvist og Zadig mente det var utdatert å trekke Hippokrates inn i den moderne dødshjelpsdebatten.

I debatten som fulgte, påpekte jeg at dette konkrete forbudet mot dødshjelp ikke er det sentrale i arven fra Hippokrates (Horn, 2018). Det viktigste hippokratiske budet er ikke-skade-budet. Det lever i beste velgående i dag, og utgjør ett av de fire medisinsk-etiske grunnprinsippene.

Ikke-skade-prinsippet kan tolkes på flere måter. Den mest opplagte er at vi leger ikke skal skade våre pasienter – som ved å ta pasientens liv gjennom eutanasi. Men det har også en dypere betydning: Plikten til ikke å skade er også en plikt til ikke å gjøre skadelige feil. Det å yte dødshjelp til en pasient som egentlig ikke skulle hatt hjelp til å dø, men burde vært hjulpet på en annen måte – det ville bryte med ikke-skade-prinsippet. Dette preger mange legers holdning til dødshjelp, også der det er legalt: De strever med beslutningen de må fatte, og er bevisst på hvor irreversibel skaden er, om de velger feil (Kelly, Handley, Kissane, Vamos & Attia, 2019; van Marwijk, Haverkate, van Royen & The, 2007; Emanuel, Onwu-teaka-Philipsen, Urwin & Cohen, 2016). De kan også frykte å skjytte selve avlivningen feil – for eksempel ved at dødshjelpen ikke lykkes, at pasienten våkner opp i en fortvilet situasjon, eller at det blir en støtende dødsprosess grunnet oppkast, kramper eller lignende.

Jeg kjenner ingen leger som virkelig betrakter den hippokratiske legeleden som en autoritet i praktisk legevirkosomhet. Hippokrates omtales mest i festtaler og som koloritt i medisinske artikler. Men ikke-skade-prinsippet er og blir en viktig føring for leger – og da ikke bare som et eksternt pålegg vi adlyder for ikke å havne i trøbbel. Det å ikke skade er også et internt bud vi som leger pålegger oss selv: Vi står i et yrke der vi håndterer syke og sårbare pasienter, potente og til dels risikable behandlingsformer, og der vi ofte geleider pasientene på grensen mellom liv og død.

Uttrykk som «livets ukrenkelighet» – i religiøs forstand – betyr lite for meg som sekulær lege. Men hvis jeg ikke er meg bevisst livets sårbarhet, og hvordan mine egne valg og handlinger kan bidra til å dytte pasienten over grensen til skade eller død, kan jeg ikke gjøre jobben min som lege. Legen som doserer warfarin, eller kirurgen som åpner brystkassen for å operere et hjerte, balanserer på en knivsegg med det klare mandat å gjøre vel, men med en like klar risiko for å gjøre skade. Som lege er jeg nødt til å ha et bevisst forhold til ikke-skade-prinsippet; det må være rotfestet i meg at jeg ikke skal være den som tar liv.

Jeg mener respekten for ikke-skade-prinsippet er den sanne arven etter Hippokrates, og at vi leger bør holde dette prinsippet i hevd. Det å åpne for dødshjelp, og især dødshjelp satt i system som legalisert, institusjonalisert handling (i motsetning til noe man tyr til i nødtilfeller, i

desperasjon), innebærer etter mitt syn å utfordre ikke-skade-prinsippet. Det vil rutinemessig plassere leger i en situasjon der vi må fatte avgjørelser vi vet er vanskelige, og hvor resultatet av feil valg blir det verst tenkelige: Pasienten vår dør. Hvis dødshjelp skal innføres – utført av meg eller av en kollega – trengs det bunnsolide systemer som sikrer at rett pasient får dødshjelp på medisinsk forsvarlig måte. Klarer vi det?

## 3.2 Legerollen og synet på lidelse

Legens oppgave er å redusere pasientens lidelse så langt råd er. Men dette kan ikke reduseres til en kamp mot lidelse som sådan; lidelsen er ikke bare en fiende som legen skal eliminere. Legens jobb er, like mye og i mange tilfeller, å hjelpe pasienten med å stå i og holde ut lidelsen – den lidelsen som ikke lar seg fjerne. Det er ikke fraværet av lidelse som er medisinenes mål, men størst mulige velvære for pasienten. Det å eliminere lidelse ved å eliminere den lidende, er meningsløst.

Som lege – som nevrolog – er jeg vant til å møte pasienter som lider. Min rolle i slike møter er sammensatt. Selvsagt forsøker jeg å eliminere årsaker til lidelse der det er mulig. Eksempelvis kan jeg henvise til operasjon av et prolaps som trykker på en nerverot, slik at isjiassmertene slipper taket. Jeg kan gi glykopyrroniumbromid til en ALS-pasient som lider av slim i luftveiene, slik at slimet tørker ut. Men dersom lidelsen hos den enkelte pasient ikke lar seg eliminere, er likevel ikke min jobb gjort, ei heller er den mislykket. I mange av mine pasientkontakter handler jobben min om å hjelpe pasientene med å takle, holde ut og leve med lidelse som ikke lar seg eliminere, kanskje ikke en gang redusere. Det å jobbe som lege innebærer å måtte akseptere lidelse som en naturlig og ofte uunngåelig (men selvsagt også uønsket) del av pasientens liv.

Som lege er jeg nødt til å forholde meg til lidelse som noe «aksepterbart», i en viss forstand, for lidelsen vil kunne være en uatskillelig del av pasientens eksistens. Det gjelder særlig lidelse som ikke er direkte smerte (som oftest kan lindres medikamentelt eller på andre måter), men som handler om funksjonssvikt eller psykososiale konsekvenser av sykdom. I møtet med den syke trenger jeg som lege å klare å stå i at lidelsen er der, uten at jeg av den grunn overgir meg – overgir pasienten.

Det er forståelig at pasienter, og kanskje også samfunnet rundt dem, opplever det som uverdig ikke å kunne kontrollere urin og avføring. Denne opplevelsen kan være lidelsesfull i seg selv. Men hvis jeg som lege oppfatter inkontinens som noe uverdig – hvordan skal jeg da klare å behandle den inkontinente som et menneske med verdigheten i behold?

Som lege må jeg aktivt formidle et signal til så vel pasienten som til omverdenen: Jeg er en som avviser dette at verdighet kan kobles til funksjon, samtidig som jeg viser forståelse for pasientens opplevelse av dette. Bare slik kan jeg møte de som har et funksjonstap, uten at de føler seg vurdert eller nedvurdert.

### 3.3 Lege-pasient-forholdet

Lege-pasient-forholdet er basert på tillit. For at det skal ha noen hensikt, er både pasient og lege avhengig av at pasienten føler tillit til legen. Tillit til at legen er profesjonell, at legen vil deg vel, og at legen er ærlig. Ikke minst tillit til at legen vil bli hos pasienten, også når det går dårlig. Det er ikke alltid legen personlig kan følge en døende pasient hele veien. Men pasienten må føle seg trygg på at noen vil bli værende, at helsevesenet i utvidet forstand vil bli hos pasienten, holde i hånden, helt til siste slutt.

Talsmenn for dødshjelp har hevdet at tillatt dødshjelp kan styrke båndet mellom lege og pasient ved livets slutt: Det kan gjøre det tillatt for pasienten å snakke om døden, og om å framskynde døden, uten frykt for fordømmelse eller avvisning fra legen. Det er mulig dette er sant, og det kan være en grunn til at for eksempel nederlandske leger jevnt over er positive til at de har tilgang til dødshjelp.

Men det er også mulig, i land som ikke tillater dødshjelp, å oppnå denne åpenheten og ærligheten om døden i samtaler mellom lege og pasient. En nyttig tilnærming kan bygge på PLISSIT-modellen, opprinnelig en sexologisk intervensjonsmodell utviklet på 1970-tallet av Jack Annon (Annon, 1976). Den bygger på fire nivåer av detaljnivå og intervensjon: Permission, Limited Intervention, Specific Suggestions og Intensive Therapy. Selv om det er forskjell på å snakke med pasienten om seksualforstyrrelser og om døden, er fellestrekk for disse temaene at de er vanskelige, til dels tabublagte emner som pasienten kan kvie seg for eller være engstelig for å ta

opp med legen. Legen kan i samtalen med pasienten være tydelig på at det er tillatt å snakke om døden, om det å ha tanker om å framskynde døden, eller tanker om suicid eller dødshjelp, og for noen konkrete selvmordsplaner. Poenget med den PLISSIT-aktige tilnærmingen er at man går varsomt fram, steg for steg, og gir pasienten stor grad av kontroll over hvor mye han/hun vil si om temaet.

Gjennom en slik varsom tilnærming blir det også mulig å utforske pasientens egne holdninger, forventninger og engstelige tanker om døden. Man kan oppklare misforståelser og hjelpe til med å planlegge døden på en måte som svarer til pasientens verdier.

Dersom legen som skal lindre og helbrede, også blir den som tar liv, vil det kunne få stor betydning for lege-pasient-forholdet. Når pasient og lege snakker åpent om pasientens ønsker om å avslutte livet, stilles legen overfor et valg: Skal man fremme håpet og livet, eller skal man gi støtte til den siden ved pasienten som ønsker å gi opp? Det kan være meget krevende for legen å stå i rollen som den som støtter opp om livet, som forsøker å finne løsninger der det virker håpløst, og som gir av seg selv for å hjelpe pasienten med å gjenfinne mening ved det å leve. Dersom det blir en akseptert og normal del av legerollen at legen også er den som hjelper pasienten med å gi opp, kan dette komme til å påvirke kontrakten mellom pasient og lege. Pasienter som vakler mellom suicidalitet og livsgnist, kan risikere å miste legen som en utvetydig alliert med livet og håpet.

Dersom dødshjelp blir legalisert, kan det også få konsekvenser for pasientens egen delaktighet i lege-pasient-forholdet. Selv om legen ikke vil yte dødshjelp, vil pasienten kunne få det andre steder. Legen vil kunne oppleve at pasienten plutselig blir borte – tapt til dødshjelp. Vissheten om denne muligheten vil kunne påvirke legens ubevisste investering i pasientforholdet. Det vil også kunne etablere en slags konkurransesituasjon, der legen hele tiden må strebe etter å «overby» dødshjelpslegen som den som best kan hjelpe pasienten. Dette vil være særlig krevende dersom et ikke-dødshjelps-forløp krever innsats og utprøving fra både lege og pasient.

Det å være en lege som må si nei til dødshjelp, på grunn av lovforbudet, kan ses som en hemske. Man er avskåret fra å kunne hjelpe pasienter med å få oppfylt deres siste desperate ønske. Men det gir også legen et solid



rekkverk som gjør det mulig å stå oppreist i veldig vanskelige situasjoner, der stor lidelse eller psykososiale utfordringer gjør at pasienten trekkes mot håpløshet og dødsønske. Jeg ønsker som lege å fortsette som den som står for håp, løsning, lindring. Jeg ønsker ikke å la meg trekke med av pasientens virkelighetsoppfatning, hvor alt virker håpløst. Da tror jeg det vil være en styrke for meg at døren til den enkle utveien, dødshjelpen, er stengt.

### 3.4 Konsekvenser for legespesialitetene

I Nederland utføres de aller fleste (93 %) dødshjelpstilfeller av primærlegene (Kouwenhoven et al., 2019). Det er uvisst hvordan dette kunne bli gjort i Norge. Dersom dødshjelp skulle implementeres på faglig forsvarlig vis, skulle man forvente involvering av fagfolk med kompetanse på den aktuelle pasientens sykdom. Dersom prognose og behandlingstilgjenger skulle inngå i vurderingen av om dødshjelp var berettiget, skulle man vente at onkologer ble bedt om å uttale seg når det gjaldt kreftpasienter. Som nevrolog kunne jeg vente å få spørsmål om pasienter med amyotrofisk lateral sklerose (ALS), multippel sklerose (MS) eller Parkinsons sykdom.

I Norge dør i dag bare 15 % i hjemmet – flertallet dør på institusjon (kap. 10). Det er tenkelig at legalisert dødshjelp ville bidra til at flere kunne dø hjemme, og i så fall gjennom dødshjelp administrert av fastlegen. Men slik dødsomsorgen er organisert i dag, er det sannsynlig at dødshjelp vil bli noe man forventer at spesialisthelsetjenesten skal håndtere.

Undersøkelser tyder på at motstanden mot dødshjelp er størst blant de spesialiteter som har mest å gjøre med pasienter som er typiske kandidater for dødshjelp – blant annet palliativmedisinere og kreftleger (Lindblad, Löfmark & Lynoe, 2008; Craig et al., 2007; Roberts et al., 1997). Holdningen til dødshjelp blant norske nevrologer er ukjent, men en undersøkelse fra 2014 blant amerikanske nevrologer viste et flertall for å tillate legeassistert selvmord ved terminal sykdom (AAN, 2014).

Som nevrolog frykter jeg at legalisert dødshjelp vil gjøre at jeg stadig blir utsatt for spørsmål om dødshjelp – hvor jeg tvinges til enten å avvise pasientens ønske eller å bryte med min egen samvittighet. Det vil kunne bli et

press om at sykehusavdelinger skal tilby lovlig dødshjelp til de som ønsker det. Dersom jeg reserverer meg, vil jeg påføre mine kolleger en ekstrabelasting. Denne problematikken har lenge vært kjent for norske gynekologer som ikke ønsker å utføre abort: Juridisk sett har man reservasjonsrett, men blir likevel som «hår i suppa» for et system som bygger på at alle bidrar. Jeg frykter at legalisert dødshjelp vil kunne føre til gradvis flukt av leger som ikke ønsker å delta. Hele fagmiljøer kan bli preget av pro-dødshjelps-holdninger, en dreining av fagets identitet. Det er ikke selvsagt at pro-dødshjelps-personer er de beste til å levere de andre tjenestene en spesialitet bør levere, og da spesielt ikke de som handler om «livshjelp».

### 3.5 Selvmordsforebyggende arbeid

Leger er både profesjonsetisk og etter helsepersonelloven forpliktet til å forebygge og om nødvendig forhindre selvmord. Blir dødshjelp tillatt, må vi håndtere det at noen skal hjelpes til selvmord, mens andre skal forhindres. Som beskrevet i kap. 11 er det betydelig overlapp mellom «vanlige» selvmordstruede pasienter og pasienter som ber om og får utført dødshjelp. Blant faktorene som predikerte et ønske om å framskynde døden blant ALS-pasienter, dominerte depresjon, angst, ensomhet, opplevelse av å være en byrde for andre samt lav livskvalitet (Stutzki et al., 2014). Det er altså de *psykososiale konsekvensene av sykdom*, mer enn de rent biomedisinske, som gjør at pasientene ønsker å dø – enten sykdommen er en organisk tilstand som ALS eller en rent psykisk lidelse.

På individnivå kan det være vanskelig, kanskje umulig, å avgjøre hvordan pasienten skal klassifiseres: Skal han/hun få hjelp til å dø, eller hjelp til å leve? Dette dilemmaet trenger vi ikke å hankses med under dagens lovgivning, men en legalisering av dødshjelp vil tvinge leger til å forholde seg til det. Det er få eller ingen validerte verktøy som kan hjelpe legen til å fatte det riktige valget. Noen mener psykologer kan vurdere bedre enn leger hvem som bør få hjelp til å dø (Vigeland, 2009). Men psykologer med erfaring fra syke og døende pasienter kan se de samme utfordringer som leger gjør (Schjødt, 2010). Det vil uansett være den som utfører dødshjelpen, som i siste instans må være overbevist om at det er riktig å hjelpe pasienten med å dø.

En dødshjelpslov vil kunne gi juridisk ryggdekning til leger i en slik vanskelig avveining: Den kanadiske loven slår fast at leger ikke skal straffes dersom de handlet i god tro (kap. 15). Men leger er ikke bare bundet av jus-sen. Jeg mener at vi også har en profesjonsetisk – og en medmenneskelig – plikt til å ivareta sårbare mennesker i krise. Dersom jeg skulle gitt døds-hjelp til en pasient som egentlig ropte om hjelp til å ville leve (Magelssen, 2016), ville det vært til liten trøst at jeg slapp straff. Den tyngste straffen ville ha vært at jeg hadde sviktet som lege og medmenneske da det gjaldt som mest.

### 3.6 Hensynet til legens velferd

Det er godt beskrevet at det å utføre, eller bare bli bedt om å utføre døds-hjelp, kan oppleves som en tung belastning (Emanuel et al., 2016; Kelly et al., 2019; van Marwijk et al., 2007). En undersøkelse blant nederland-ske leger viste at 86 % fryktet for den følelsesmessige belastningen ved å utføre eutanasi (Emanuel et al., 2016). En annen studie fant at 15–20 % av legene opplevde pågående negative effekter av å delta i dødshjelp (Kelly et al., 2019). Undersøkelser blant norske leger viser at bare 9 % er villige til å utføre dødshjelp, dersom det blir tillatt i Norge (Gaasø et al., 2019). Forespørsler vil kunne komme fra pasienter over hele landet, og med et bredt spekter av sykdommer. Antallet personer som ønsker dødshjelp, vil kunne bli høyt.<sup>1</sup> Det er sannsynlig at leger som ikke ønsker å bidra til dødshjelp, vil bli bedt om å gjøre det.

Det å følge sin egen samvittighet, og si nei til en sterkt lidende pasients innstendige bønn om hjelp til å avslutte livet på en skånsom måte, er ikke enkelt. Leger, også jeg selv, er vant til å sette hensynet til pasientene foran egne behov, enten det handler om å ta en pause for å spise mens man er på vakt, eller om prioriteringen av egen familie versus det å gjøre seg ferdig på sengepost og poliklinikk. Som lege er min misjon i livet å være til nytte

---

<sup>1</sup> Omregning av 2018-tallene fra Oregon tilsvarer over 200 tilfeller av legeassistert selvmord i året i norsk målestokk – det er ukjent hvor mange som ber om det og får avslag. Omregning av nederlandske tall (der bare 80 % rapporteres) tilsvarer ca. 1900 dødshjelpstilfeller årlig i Norge, minst like mange ber om dødshjelp uten å få det innvilget.

for pasientene. Det ville være smertefullt å være den som sier nei, selv om det er av hensyn til mitt eget beste og min samvittighet.

Loven som forbyr leger å yte dødshjelp lager ikke bare en barriere for leger som ønsker å yte slik hjelp. Den gir også en beskyttelse til leger som motsetter seg å gjøre det, eller som tar skade av å gjøre det. Dette er én grunn til at leger som er mot dødshjelp for egen del, har god grunn til å være motstandere av legalisering.

### 3.7 Legers samvittighetsfrihet

I dødshjelpsdebatten tas det ofte for gitt at leger som ikke vil delta i dødshjelpen, skal kunne reservere seg. «Selvsagt skal ingen tvinges til dette», har jeg ofte hørt. Men denne forutsetningen er ikke nødvendigvis holdbar. Som vist over er det en klar risiko for at det kan oppstå et misforhold mellom pasienter som ønsker dødshjelp, og leger som er villige til å utføre det. Risikoen øker for land som Norge, med store geografiske utfordringer. I 2014 raste «reservasjonsstriden» rundt kristne fastlegers adgang til å reservere seg mot å henvise til selvbestemt abort. Da ble det klart at brede lag av folket ikke bare avviste, de ble også sterkt provosert av, legenes reservasjonsønsker. De ga klar beskjed om at leger som jobber for det offentlige, må tilby pasientene de lovlige helsetjenestene de har behov for. Dette gjenspeiles i en fersk, norsk undersøkelse, der bare 69 % støttet legers rett til å reservere seg mot å utføre dødshjelp hvis det skulle bli tillatt (Barlaup, Landsverk, Myskja, Supphellen & Magelssen, 2019).

Da et regjeringsoppnevnt offentlig utvalg utredet samvittighetsfrihet i arbeidslivet (NOU 2016:13), ble det lagt til grunn at dødshjelp var en så spesiell handling at forfatterne antok at reservasjonsretten ville bli respektert. Jeg betvilte dette (Horn, 2016a), og det gjenstår fortsatt å se: Dersom nordmenn ikke kan akseptere at en ung kvinne, gravid i 1. trimester, må oppsøke legen på nabokontoret eller reise inn til byen for å få henvisning til abort – vil man da kunne akseptere at svært syke, lidende, immobiliserte kreftpasienter må reise lange avstander for å finne fram til en lege som er villig til å gi dem dødshjelp? Human-Etisk Forbund uttalte i forbindelse med reservasjonsstriden at «legens holdninger og religion er strengt tatt irrelevant» (Gran, 2014). Jeg tror legers motvilje

mot å hjelpe lidende mennesker med å få en «verdige død» vil bli betraktet på samme vis.

Det er mulig samfunnet lenge vil respektere legers ønske om ikke å utføre eutanasi, en veldig konkret handling der pasienten bokstavelig talt dør for legens hånd. Derimot er det langt mer usikkert om man vil respektere samvittighetskvaler når det gjelder å forskrive medikamenter til legeassistert selvmord – og enda mindre reservasjon mot å viderehenviser til en villig lege.

I Canada var det, i forbindelse med legaliseringsdebatten i 2015–16, klart at ingen lege skulle kunne tvinges til å utføre dødshjelp. Men straks loven var på plass, begynte presset mot legene – for å utføre dødshjelp, men framfor alt for «effective referral». Det kan virke som et greit kompromiss – at den som ikke selv vil utføre dødshjelpen, hjelper pasienten med å finne fram til en annen som kan tilby tjenesten. Men hvis slik viderehenvisning skal være til praktisk nytte for pasienten, en «effective referral», fordrer det at legen som vegrer seg, henviser til en lege som ikke bare er villig, men som med stor sannsynlighet vil gi den konkrete pasienten dødshjelp. Hvis ikke ville viderehenvisningen bare utgjort en formålsløs strafferunde for pasienten (Horn, 2016b). Men da blir også henvisende lege medskyldig i at pasienten geleides fram mot dødshjelp.

### 3.8 Avgrensning

For mange leger er et hovedargument mot legalisering av dødshjelp avgrensingsproblemet: Gitt at samfunnet ikke ønsker at alle som ber om det, skal få hjelp til å dø. Hvordan skal man da lage regler og praksis som skiller mellom hvem som skal få hjelp til å dø, og hvem som skal nektes denne hjelpen? For leger er dette ikke bare en teoretisk øvelse. Det er en konkret klinisk problemstilling, der svaret i hvert enkelt tilfelle må bli et ja eller et nei – med enorme og irreversible konsekvenser for både pasienten og andre berørte parter.

Det offentlige dødshjelpsordskiftet handler ofte om de klare motsatsene: Den sterkt lidende kreftpasienten på dødens terskel – mot den ulykkelige tenåringsjenta med kjærlighetssorg. Men som lege vet jeg at det ikke er disse tilfellene som vil skape usikkerhet og rom for feil. Det er et

stort potensial for gråsoner; tvilstilfeller der myndighetenes føringer ikke vil gi noe klart svar. I slike tilfeller vil pasientens videre liv eller død hvile på legens skuldre. Enten legen sier ja til dødshjelp og påtar seg ansvaret for et medmenneskes død, eller han/hun sier nei, slik at pasienten lider videre eller begår et brutalt selvmord, må legen leve videre med ansvaret for beslutningen og konsekvensene den fikk.

I dødshjelpsdebatten er det påfallende hvor lett ikke-leger tar på disse vanskelige avgjørelsene. Det hevdes at leger til stadighet tar vanskelige avgjørelser, beheftet med usikkerhet og store konsekvenser, og at dødshjelp dermed ikke vil innføre noe radikalt nytt i så måte (Moen & Sterri, 2019). Men krevende avgjørelser under usikkerhet er ikke noe vi leger tar lett på, og de tærer på oss (Robertsen, Helseth, Laake & Førde, 2019). Dødshjelp skiller seg dessuten fra andre vanskelige avgjørelser leger står i, fordi konsekvensen av legens skjønnsbaserte vurdering er så dramatisk: Man må velge om pasienten skal leve eller dø, og det er legens handling som fører til det ene eller det andre resultatet. Dette skiller seg fra for eksempel beslutningen om behandlingsbegrensning. Der må legen vurdere om videre livsforlengende behandling – slik som krevende og til dels plagsom intensivbehandling, eller cellegiftkurer – er til nytte for pasienten. Pasientens død er ikke det entydige resultatet av legens valg; døden skyldes en naturlig, biologisk prosess der pasienten er døende. Den er ikke målet for legens beslutning, selv om den kan være en følge av den (se også kap. 2).

Utfordringene med å lage en dødshjelpslov som avgrenser når dødshjelp er riktig og galt, på en entydig, rettferdig og forsvarlig måte, diskuteres mer utførlig i kap. 15.

## 4 Oppsummering

Som kliniker med ansvar for alvorlig syke og døende pasienter kan jeg skjønne hvorfor pasienter, pårørende og befolkningen generelt ønsker at dødshjelp skulle vært tillatt. Jeg forstår også at leger kan tenke det samme. Argumentene for at vi burde hatt dødshjelp, er gode – både barmhjertighet og autonomi er viktige verdier som motiverer også oss dødshjelpsmotstandere. Når jeg likevel sier nei, handler det om at motargumentene er så sterke, for meg nærmest uoverkommelige.

Det er ikke minst krevende for den som skal utføre dødshjelpen – de fleste peker på legen. Det er vi leger som må treffe de vanskelige avgjørelsene, og leve videre med ansvaret for konsekvensene av våre valg. Vi blir plassert i en skvis mellom pasientens behov og hensynet til vår egen integritet og velferd. Vi må kombinere selvmordsforebygging med selvmordsassistanse, uten andre veiledere enn vårt eget skjønn og et tvetydig lovverk. Jeg mener det er urimelig av samfunnet å plassere oss i denne posisjonen – og det er spesielt galt å gi oppgaven til oss leger. Vår rolle er en annen, og den er krevende nok som den er: Vi skal hjelpe svake og lidende pasienter med å holde ut livets siste, vanskelige fase. Da trenger vi det rekkverket et forbud mot dødshjelp utgjør.

## Referanser

- American Academy of Neurology. (2014). 2014 Physician-assisted suicide survey. Hentet fra [https://download.lww.com/wolterskluwer\\_vitalstream\\_com/PermaLink/WNL/A/WNL\\_90\\_9\\_2018\\_01\\_26\\_RUSSELL\\_2017795021\\_SDC2.pdf](https://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/WNL/A/WNL_90_9_2018_01_26_RUSSELL_2017795021_SDC2.pdf)
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioural treatment of sexual problems. *J Sex Education and Therapy*, 2, 1–15. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01614576.1976.11074483?needAccess=true>
- Barlaup, A. H., Landsverk, Å. E., Myskja, B. K., Supphellen, M. & Magelssen M. (2019). Acceptable attitudes and the limits of tolerance: Understanding public attitudes to conscientious objection in healthcare. *Clinical Ethics*, 14(3), 115–121.
- Blomkvist, A. W. & Zadig, P. (2018). Står legeeden i veien for dødshjelp? *Tidsskr Nor Legeforen*, 138(11). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/06/debatt/star-legeeden-i-veien-dodshjelp>
- Craig, A., Cronin, B., Eward, W., Metz, J., Murray, L., Rose, G., Suess, E. & Vergara, M. E. (2007). Attitudes toward physician-assisted suicide among physicians in Vermont. *J Med Ethics* 33, 400–403. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598148/pdf/400.pdf>
- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W. & Cohen, J. (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 316, 79–90. Hentet fra <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2532018>
- Førde, R. & Aasland, O. G. (2014). Are end-of-life practices in Norway in line with ethics and law? *Acta Anaesthesiol Scand*, 58(9), 1146–1150.

- Finlay, I. (2009). Dying and choosing. *Lancet*, 373, 1840–1841. Hentet fra [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61012-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61012-6/fulltext)
- Gaasø, O. M., Rø, K. I., Bringedal, B. & Magelssen, M. (2019). Legers holdning til aktiv dødshjelp. *Tidsskr Nor Legeforen*, 139(1): 31–35. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2019/01/originalartikkel/legers-holdninger-til-aktiv-dodshjelp>
- Gran, E. (2014, 4. mars). HEF: – Legens religion og holdninger strengt tatt irrelevant. *Fri Tanke*. Hentet fra <https://fritanke.no/hef-legens-religion-og-holdninger-strengt-tatt-irrelevant/19.9349>
- Holmøy, T., Aarrestad, S., Engstrand, P., Ottesen, S., Syse, A. & Førde, R. (2009). Avslutning av respiratorbehandling ved amyotrofisk lateral sklerose. *Tidsskr Nor Legeforen*, 129, 628–631.
- Horn, M. A. (2016a, 25. mars). Bør retten til ikke å ta liv inn i grunnloven? *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/qnLom/Kronikk-Bor-retten-til-a-nekte-a-ta-liv-inn-i-grunnloven-Morten-Horn>
- Horn, M. A. (2016b, 28. april). Henvist til døden. *Verdidebatt*. Hentet fra <http://www.verdidebatt.no/innlegg/11640152-henvist-til-doden>
- Horn, M. A. (2018, 18. juli). Slår inn åpne dører. *Tidsskr Nor Legeforen*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2018/07/kommentar/slar-inn-apne-dorer>
- Hytten, K., Aarseth, S. (2015, 5. januar). *Leger og dødshjelp*. Dagbladet. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/2015/01/05/kultur/meninger/kronikk/debatt/dodshjelp/36981383/>
- Kelly, B., Handley, T., Kissane, D., Vamos, M. & Attia, J. (2019). “An indelible mark”. The response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: A review of research findings. *Palliat Support Care*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/31340873/>
- Kouwenhoven, P. S. C., van Thiel, G. J. M. W., van der Heide, A., Rietjens, J. A. C. & van Delden, J. J. M. (2019). Developments in euthanasia practice in the Netherlands: Balancing professional responsibility and the patient’s autonomy. *Eur J Gen Pract*, 25, 44–48. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30381970>
- Lindblad, A., Löfmark, R. & Lynoe, N. (2008). Physician-assisted suicide: A survey of attitudes among Swedish physicians. *Scand J Public Health*, 36, 720–727. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18775835>
- Magelssen, M. (2016). Når pasienten ønsker å dø (bokanmeldelse). *Tidsskr Nor Legeforen* 136, 452. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2016/03/anmeldelser/nar-pasienten-onsker-do>
- Materstvedt, L. J. (1998, 22. oktober). Dødshjelp og selvbestemmelse. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/dodshjelp-og-selvbestemmelse/65485855>
- Materstvedt, L. J. (2019). Selvbestemmelse – en hellig ku i det sekulære Vesten. *Nytt Norsk Tidsskrift* 36, 230–240.



- Moen, O. M. & Sterri, A. B. (2019). Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- NOU 2016: 13. (2016). Samvittighetsfrihet i arbeidslivet. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/3f93bdb31a5942fba104512d4a3b8foo/no/pdfs/nou201620160013000odddpdfs.pdf>
- Roberts, L. W., Roberts, B. B., Warner, T. D., Solomon, Z., Hardee, J. T. & McCarty, T. (1997). Internal medicine, psychiatry, and emergency medicine residents' views of assisted death practices. *Arch Intern Med*, 157, 1603–1609. Hentet fra <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/623610>
- Robertsen, A., Helseth, E., Laake, J. H. & Førde, R. (2019). Neurocritical care physicians' doubt about whether to withdraw life-sustaining treatment the first days after devastating brain injury: An interview study. *Scand J Trauma, Resusc Emerg Med*, 26, 81. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31462245>
- Schjødt, B. (2010, 5. januar). Hjelp til å ville leve. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2010/01/hjelp-til-ville-leve>
- Statens medicinsk-etiske råd. (2017). *Dödshjälp. En kunskapssammanställning*. Hentet fra <http://www.smer.se/rapporter/dodshjalp-en-kunskapssammanstallning/>
- Stutzki, R., Weber, M., Reiter-Theil, S., Simmen, U., Borasio, G. D. & Jox, R. J. (2014). Attitudes towards hastened death in ALS: A prospective study of patients and family caregivers. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*, 15, 68–76.
- van Marwijk, H., Haverkate, I., van Royen, P. & The, A-M. (2007). Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. *Palliat Med*, 21, 609–14.
- Vigeland, K. (2009, 5. august). Aktiv dødshjelp – en siste utvei. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 46. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2009/08/aktiv-dodshjelp-en-siste-utvei>

## Ordforklaringer

- adgang: tillgång (S), adgang (D)
- bunnsolid: bärgfast (S), bundsolid (D)
- dytte: knuffa (S), skubbe (D)
- dårlig: illa (S), dårligt (D)
- enten: antingen (S), enten (D)
- fastlege: allmänläkare (S), praktiserende læge (D)
- fravær: frånvaro (S), fravær (D)
- følelsesmessig: känslomässig (S), følelsesmessigt (D)
- føler: känner (S), føler (D)
- føringer: riktlinjer (S), retningslinjer (D)

geleide: följa (S), følge (D)  
 gjenspeile: reflektera (S), afspejle (D)  
 gå glipp av: missa (S), gå glip af (D)  
 helsevesenet: sjukvården (S), sundhedsvæsenet (D)  
 hensikt: avsikt (S), hensigt (D)  
 kreft: cancer  
 reservasjon: avstå fra en arbeidsoppgave av samvittighetsgrunner/samvetskäl  
 ryggdekning: oppbacking (S), opbakning (D)  
 samvittighet: samvete (S), samvittighed (D)  
 samvittighetskvaler: samvetskval (S), samvittighedsnag (D)  
 sannsynlig: sannolikt (S), sandsynligt (D)  
 selvmordstruede: selvmordsbenägna (S), selvmordstruede (D)  
 sengepost: sjukhusavdeling (S), sengeafdeling (D)  
 skjønnbasert: diskretionär (S), skønsmåessigt (D)  
 skjøtte: hantera (S), håndtere (D)  
 skvis: konflikt (S/D)  
 skyldes: orsakas av (S), forårsages af (D)  
 spørreundersøkelser, meningsmålinger: opinionsmåtingar (S),  
 spørgeundersøgelser (D)  
 streve med: sträve med (S), kæmpe med (D)  
 støtende: stötande (S), uskøn (D)  
 tiltak: åtgärd (S), tiltag (D)  
 trekke inn: involvera (S), involvere (D)  
 trøbbel: besvär (S), problemer (D)  
 trå feil: handla fäl (S), gøre fejl (D)  
 tvilstilfeller: tveksamma fall (S), tvivlstilfælder (D)  
 uutholdelig: outhårdlig (S), uudholdelig (D)  
 utprøving: experimenterande (S), eksperimentering (D)  
 yte: tillhandahålla (S), give (D)