

Om dødshjelp i Nederland – og om debatten i Norge

I Nederland er man i ferd med å endre straffeloven slik at eutanasi og legeassistert selvmord fra høsten 2001 blir lovlig på gitte betingelser.

Begrepe eutanasi og legeassistert selvmord blir gitt en nærmere definisjon, basert på nederlandsk teori og praksis. I den forbindelse blir det trukket et klart skille mellom medisinsk drap og behandlingsunntakelse, og det blir vist hvorfor såkalt aktiv og passiv eutanasi ikke er meningsfulle betegnelser i en nederlandsk kontekst.

De viktigste kriteriene for å få utført frivillig aktiv dødshjelp blir presentert. Lege-pasient-forholdet i dødshjelpens lys er også et tema som blir berørt. Det blir påpekt at det ikke er uvanlig at nederlandske leger opplever det å utføre eutanasi som en følelsesmessig belastning. Påstanden om at god palliativ behandling og pleie vil motvirke pasienters ønske om dødshjelp drøftes.

I den norske offentlige debatten kan man få inntrykk av at humanetikere konsekvent forsvarer frivillig aktiv dødshjelp. Men det finnes markante humanetikere blant legene som er klare motstandere av eutanasi og legeassistert selvmord. Ser man til Nederland, vil man på den annen side eksempelvis finne prester ved sykehus som forsvarer disse variantene av frivillig aktiv dødshjelp.

28. november 2000 vedtok det nederlandske parlamentets underhus å gjøre lovlig den frivillige dødshjelppraksis som har eksistert i nærmere 30 år (1). 10. april 2001 ratifiserte parlamentets overhus, som ventet, lovforslaget (1). Loven antas å tre i kraft høsten 2001.

Praksisens «offisielle startpunkt» kan sies å ha vært i 1973, da den kvinnelige legen Geertruda Postma ble dømt for å ha tatt livet av sin terminalt syke mor (2–4). Siden den gang har det skjedd en rekke justeringer av praksisen, og prosedyrer for rapportering er også blitt innført (5). Selv om utviklingen har betydd at man har foretatt en legalisering gjennom domsavsigelser i flere viktige saker (6), så er det først nå at man får en endring i lovens bokstav.

Det er stor sannsynlighet for at Belgia vil følge etter Nederland. Per dato ligger det også inne et forslag om legalisering i den amerikanske delstaten Hawaii (7, 8). I skrivende

Lars Johan Materstvedt

lars.johan.materstvedt@medisin.ntnu.no

Den Norske Krefthforening

Postboks 5327 Majorstuen

0304 Oslo

og

Enhet for anvendt klinisk forskning

Det medisinske fakultet

og

Filosofisk institutt

Det historisk-filosofiske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige

universitet

7491 Trondheim

Materstvedt LJ.

On euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands – and on the debate in Norway.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2965–9.

The Netherlands is about to change the penal code so that starting in the autumn of 2001, euthanasia and physician-assisted suicide, will be lawful acts, provided that certain conditions are met.

The concepts of «euthanasia» and «physician-assisted suicide» are defined in a detailed manner, congruent with Dutch theory and practice. In connection with these definitions, a sharp distinction is drawn between medicalized killing and withholding or withdrawing treatment, and it is demonstrated why so-called «active» and «passive» euthanasia are notions that make no sense in a Dutch context.

The basic criteria for granting requests for euthanasia and physician-assisted suicide are introduced. The physician-patient relationship in the light of these practices is also a topic. It is pointed out that it is not uncommon that Dutch physicians find it emotionally burdensome to perform euthanasia.

The claim that proper palliative treatment and care will work against patients' wish for euthanasia or physician-assisted suicide is discussed.

From the public debate in Norway, one gets the impression that all humanists defend euthanasia and physician-assisted suicide. Yet there are prominent humanists amongst doctors who are distinctly opposed to these practices. On the other hand, in the Netherlands, we find hospital chaplains who defend euthanasia and physician-assisted suicide.

☞ Se også side 2911

stund finnes det en egen dødshjelplov bare ett eneste sted i verden: I den amerikanske delstaten Oregon. Loven, The Oregon Death with Dignity Act, tillater imidlertid bare legeassistert selvmord, og forbyr eksplisitt eutanasi (9).

Det som blir lovlig i Nederland til høsten, er begge disse to variantene av frivillig aktiv

dødshjelp. (Ved siden av disse har man ikke-frivillig og ufrivillig aktiv dødshjelp (10).) Med eutanasi forstår man i Nederland en leges intenderte (tilsiktete) medisinske drap av en person hvis lidelse er «uutholdelig» og «håpløs», på personens frivillige, eksplisitte, gjentatte, veloverveide og informerte forespørsel (3, 10). Med legeassistert selvmord forstås en leges frivillige, intenderte (tilsiktete) medisinske hjelp/assistanse/samarbeid i forbindelse med selvmordet til en person hvis lidelse er «uutholdelig» og «håpløs», på personens frivillige, eksplisitte, gjentatte, veloverveide og informerte forespørsel om legens deltakelse (3, 10).

De paragrafer i den nederlandske straffeloven som vil ramme henholdsvis eutanasi og legeassistert selvmord, er artiklene 293 og 294 (3, 6, 11, 12). Ordlyden i disse artiklene er for øvrig påfallende lik ordlyden i den norske straffeloven § 235 og § 236, som også vil ramme henholdsvis eutanasi og legeassistert selvmord (6, 11). Rent lovteknisk får artiklene 293 og 294 nå tillegg (flere ledd) som angir under hvilke betingelser de to variantene av frivillig aktiv dødshjelp ikke er å regne som straffbare handlinger (1, 12). Er ikke disse betingelsene oppfylt, er det fortsatt snakk om kriminelle handlinger fra legens side.

Lovendringen stadfester i det alt vesentlige de kriterier og den praksis som har utviklet seg frem til i dag (1). To viktige aspekter ved loven bør likevel nevnes: For det første anerkjenner loven eksplisitt at skriftlige direktiver («living wills») kan gjelde som en fremtidig forespørsel om eutanasi dersom personen grunnet sin sykdom skulle bli inkompetent. Som det heter på hjemmesidene til det nederlandske utenriksdepartementet: «Forekomsten av demens eller en annen liknende tilstand er ikke i seg selv grunn til å etterkomme en forespørsel om eutanasi eller legeassistert selvmord. Men slik enkelte ser det, er selve muligheten for at man en dag kan komme til å lide av demens, samt det eventuelle tapet av personlighet og verdighet som er forbundet med lidelsen, grunn nok til på forhånd å underskrive en erklæring som omhandler denne muligheten» (12).

For det andre kan barn mellom 12 og 15 år be om eutanasi og få det dersom legen etterkommer forespørselen og barnets foreldre eller verge samtykker. I det opprinnelige lovforslaget var ikke samtykke fra barnets nærmeste pårørende et krav. Men dette elementet i lovforslaget vakte så sterke reaksjoner politisk og i opinionen at det ble trukket for parlamentets behandling. Situasjonen et-

ter at loven trer i kraft vil være denne: «Loven gir barn mellom 12 og 15 år rett til å be om eutanasi, men det kreves samtykke fra foreldre for at eutanasi kan utføres i disse tilfellene. Dette til forskjell fra hva som er tilfellet dersom man er 16 eller 17 år. Da kan man selv bestemme, selv om loven slår fast at ens foreldre alltid må trekkes inn i diskusjonen om eutanasi» (12).

Legenes massive støtte til eutanasi og legeassistert selvmord

Rådet for legeetik i Den norske lægeforening var noen måneder før vedtaket i parlamentets underhus i Nederland for å ta landets dødshjelpspraksis i nærmere øyesyn (13). Rådets rapport er interessant lesning, ikke minst med tanke på hvor store kulturelle og ideologiske forskjeller som finnes mellom norske og nederlandske leger i synet på hva som er god medisin i livets slutfase.

Rådet fikk opplyst at så få som 4 % av legene er uvillige til å utføre eutanasi og legeassistert selvmord. Til det kan bemerkes at dette tallet stammer fra 1990 – for 1995 er antallet enda lavere, idet 3 % sa at de var uvillige (3). Imidlertid er bildet noe mer komplisert. For ved siden av kategorien «uvillig» har man også kategorien «uvillig/ville henvist til annen lege». Her er tallene for 1990 og 1995 henholdsvis 8 % og 9 % (3). Slår man sammen tallene for de to kategoriene for de to årene, ser man at for hvert av de aktuelle årene sa 12 % av legene at de ikke ville utføre eutanasi og legeassistert selvmord eller at de ville henvise pasienten til en annen lege.

Den massive støtten til frivillig aktiv dødshjelp innen legestanden i Nederland har ført til opprettelsen av en ny legeforening. Som en reaksjon på at den kongelige nederlandske legeforening (KNMG) siden 1984 klart har støttet eutanasi og legeassistert selvmord (2), har en rekke leger som er prinsipielle motstandere av praksisene meldt seg ut av KNMG og dannet sin egen forening, Nederlands Artsen Verbond (14). Denne legeforeningen har sitt eget nettverk og utgir egne publikasjoner.

Kriterier for frivillig aktiv dødshjelp ved somatisk og psykiatrisk sykdom

Det er ofte hørt i debatten om frivillig aktiv dødshjelp at før slik hjelp kan innvilges i Nederland, er det en betingelse at «alle andre terapeutiske innfallsvinklar må vere prøvd» (13). Men dette er ikke tilfellet ved somatisk sykdom. For da er det slik at alle behandlingsmuligheter enten må være uttømt eller disse må være blitt avvist av pasienten (3). Sistnevnte følger naturlig av retten til å nekte behandling, og det er vel etablert at pasienten kan be om aktiv dødshjelp selv om han sier nei til behandling (3). Man er ikke ukjent med at pasienter eksempelvis avviser palliativ behandling i livets slutfase og ber om aktiv dødshjelp i stedet (3, 15).

Verken eutanasi eller legeassistert selvmord er derfor alltid en «siste utvei»-løsning (3). Det er heller ikke uvanlig at pasienter får utført eutanasi relativt tidlig i sykdomsforløpet dersom de betrakter det å vente på å bli enda dårligere som både «uutholdelig» og «håpløst» – en praksis som derfor etter alt å dømme er konsistent med retningslinjene (3). Legen kommer da eksempelvis hjem til pasienten, som har samlet rundt seg sin nærmeste familie for å ta farvel og overvære at legen setter de dødelige injeksjonene. At også kronisk, ikke-terminal somatisk sykdom lenge har vært akseptert som et mulig grunnlag for frivillig aktiv dødshjelp i Nederland, selv når pasienten nekter behandling, illustrerer at ikke «alt» må ha vært prøvd (3).

Ved psykiatrisk sykdom stiller det seg per i dag annerledes. Her er pasienters rett til å nekte behandling og i stedet få utført legeassistert selvmord – og potensielt eutanasi (3, 10) – begrenset, idet det ikke er anledning til å få utført slik aktiv dødshjelp dersom pasienten avviser «et realistisk alternativ som kan lindre lidelsen» (3). Dette er slått fast i høyesterettsdommen av 1994 i den såkalte Chabot-saken (3, 10, 16–20). Imidlertid har ledende nederlandske dødshjelpforskere og -tilhengere etterlyst en begrunnelse for dette standpunktet: «Hvorfor en pasient hvis lidelse er somatisk basert, men fullt mulig å behandle – for eksempel en pasient med diabetes – bør ha rett til å nekte behandling og fremdeles kunne få eutanasi, mens en pasient hvis lidelse har en ikke-somatisk basis ikke har en tilsvarende rett, er et forhold som ikke noe sted er blitt tilfredsstillende forklart» (3). Like fullt, heter det videre, later det til at nesten alle er enige i denne distinksjonen – KNMG, psykiaterforeningen (NVP) og høyesterett inkludert. Det nederlandske samfunn for frivillig eutanasi (NVVE) utgjør et unntak, ettersom organisasjonen avviser kravet om at psykiatriske pasienter som ønsker aktiv dødshjelp må akseptere behandling (3).

I forbindelse med parlamentets behandling av loven av 10. april 2001 uttrykte helseministeren at man burde distribuere selvmordspiller til gamle. Dette er et synspunkt som har betydelig støtte blant legene, ettersom i underkant av en tredel av nederlandske leger mener at svært gamle som er livstrette, ensomme og plaget av fysisk forfall – men som altså ikke er syke – bør få en leges hjelp til å ta sitt eget liv (3).

Lege-pasient-forholdet i dødshjelpens lys

Et mye diskutert tema er om, og eventuelt hvordan, lege-pasient-forholdet påvirkes ved en legalisering av frivillig aktiv dødshjelp. Det heter i rapporten fra Legeforeningens råd for legeetik: «Det kom også fram at nederlandske legar i praksis ofte presenterer eutanasi som eit alternativ overfor pasienten» (13). Dette er et meget viktig punkt i debatten om frivillig aktiv dødshjelp. Rem-

melink-undersøkelsen fra 1990–91 avdekket at over halvparten av legene i prinsippet fant det tilrådelig at leger brakte på bane temaet eutanasi og legeassistert selvmord overfor pasienter – altså uten at pasienten selv hadde nevnt det (21, 22). Den amerikanske psykiateren Herbert Hendin, som nøye har studert det han kaller «det nederlandske eksperiment» og som har intervjuet sentrale aktører blant de nederlandske legene som ivrer mest for frivillig aktiv dødshjelp, skriver at stort klarere kan neppe en lege formidle til sin pasient at han ikke synes pasientens liv er verdt å leve, at pasienten lever et uverdigg liv (23).

Vi vet at terminalt syke pasienters vilje til å leve fluktuerer voldsomt, selv innenfor rammen av noen timer (24). Det ville vært interessant å se forskning omkring hvilken eventuell effekt det har på slike pasienter dersom legen deres foreslår eutanasi eller legeassistert selvmord og slik mer enn antyder at pasientens liv er uverdigg og at han eller hun ville vært «better off dead», som engelskmennene sier. Selv om vi mangler vitenskapelig kunnskap om mulige sammenhenger her, er det interessant å merke seg at de dominerende faktorer når nederlandske pasienter ber om aktiv dødshjelp ikke later til å være smerte, men tap av, og frykt for tap av, verdighet og kontroll over egen livssituasjon (21, 22, 25, 26). Det vil si: Slik pasientenes beveggrunner for å be om eutanasi eller legeassistert selvmord er rapportert av legene. For verken Rimmelink-undersøkelsen (21, 22) eller oppfølgingsstudien fra 1995 (25) retter seg mot pasientene selv. Den andre oppfølgingsstudien, som er planlagt utført i 2001, tar heller ikke høyde for pasientenes perspektiv (12). Mangelen på pasientrettede studier er stor, noe blant andre NVVE har satt fingeren på (3).

På verdensbasis er det hittil bare publisert to studier som er semistrukturerte dybdeintervjuer med terminalt syke om deres syn på frivillig aktiv dødshjelp – en finsk og en kanadisk (27, 28). Den nyeste og mest omfattende av disse, den kanadiske (28), inkluderte 70 pasienter. 73 % mente at eutanasi og legeassistert selvmord burde legaliseres. Åtte pasienter sa at de ville ha bedt om aktiv dødshjelp på intervjudtidspunktet dersom det hadde vært lovlig. Disse skilte seg ut fra de andre pasientene ved at de enten hadde mistet interessen for eller ikke lenger hadde noen glede av forskjellige aktiviteter, at de skåret høyt når det gjaldt håpløshet og at de hadde et sterkt ønske om å dø. Depressive forstyrrelser forekom også hyppigere blant disse åtte. Interessant nok hadde de ikke større smerter enn de andre pasientene. Dette er imidlertid ikke-generaliserbare, kvalitative studier. For å kunne si noe statistisk holdbart om terminalt sykes prinsipielle holdninger til og personlige oppfatninger av frivillig aktiv dødshjelp, trengs det store og detaljerte kvantitativt anlagte spørreskjemaundersøkelser.

Det er ellers grunn til å tro at en av forklaringene på at det her finnes mye upløydd mark, er den skepsis som lenge har eksistert når det gjelder forskning rettet mot alvorlig syke overhodet (29). Det har vært antatt at denne pasientgruppen er for syk til å være gjenstand for forskning, og at det ikke er etisk forsvarlig å utsette pasientene for den belastning det kan være å delta i studier.

Medisinsk drap versus behandlingsunntatelse

I sin rapport fra Nederland skriver Rådet for legeetikk: «Ein fundamental skilnad mellom den norske og den nederlandske tenkjemåten er at dei fleste norske legar meiner det går eit fundamentalt skilje mellom det at legen aktivt forkortar sjukdomsgangen med ein medisinsk intervensjon og det at den håplaus sjuke pasienten døyr av sin grunn sjukdom ved at ein avstår frå ytterlegare behandling. I Nederland ser ein eit slikt skilje meir som kosmetisk» (13).

Jeg vil mene at man ikke bør omtale eutanasi som aktiv forkortning av sykdomsgangen gjennom medisinsk intervensjon. Som påpekt oppfattes eutanasi i Nederland som frivillig medisinsk drap (3, 10). Selv markante nederlandske jurister og leger som er tilhengere av eutanasi er helt klare på at eutanasi dreier seg om (et medisinsk) drap (3, 30). Det er riktignok slik at eutanasi i sin konsekvens innebærer en forkortning av pasientens liv – eller omvendt formulert: en fremskyndelse av pasientens død. Men det gir ikke god språklig eller moralsk mening å si at det å sette dødelige injeksjoner dreier seg om å «forkorte» og «fremskynde» – dømmes man for drap, vil det neppe stå i domsavsigelsen at forbrytelsen består i at man fremskynder et annet menneskes død. I dødshjelpdebatten i norske medier har tilhengere av frivillig aktiv dødshjelp som misliker at eutanasi kalles drap, benyttet betegnelser som forkorte og fremskynde (31–34).

Begrepet om å forkorte bidrar også til at kontrasten til behandlingsunntatelse («at ein avstår frå ytterlegare behandling») blir utydelig: I de tilfeller hvor pasient og lege er enige om å avstå fra videre livsforlengende behandling – eksempelvis fordi denne behandlingen representerer en overbehandling eller er direkte skadelig for pasienten – vil konsekvensen nettopp være at pasientens liv forkortes.

Nå kan det innvendes at avståelse fra behandling ikke bør beskrives som medisinsk intervensjon, det er jo snarere snakk om ikke å intervenere. Men det går an å gripe inn i en prosess ved å forholde seg passiv. Man kan også drepe andre gjennom å la være å intervenere (35, 36). Et eksempel er den fortvilte og desperate mor som, av ulike grunner, ikke vil ha sitt nyfødte barn og som unnlater å mate barnet med den intensjon at det skal sulte i hjel. Moren forholder seg passiv, men dreper barnet gjennom sin mangel på inter-

vensjon. Selv om hun strengt tatt ikke «gjør» noe, begår hun like fullt en bestemt handling. Sagt på en annen måte: En unntatelse-handling er også en handling – og derfor noe man i visse tilfeller kan bli stilt ansvarlig for moralsk og juridisk. Et eksempel på det er legen som unnlater å sette i gang livreddende behandling av en person på gaten som har fått hjertestans, og som slik ikke oppfyller den særlige plikten til å redde liv som helsearbeidere har (jf. lov om helsepersonell § 7). Legens ikke-intervensjon i en slik situasjon er en straffbar unntatelsehandling.

Det kan betviles at skillet mellom eutanasi og behandlingsunntatelse primært oppfattes som kosmetisk i Nederland. Redaktørene av en stor og nyere artikkelsamling om nederlandsk dødshjelpspraksis, en samling som inneholder bidrag fra sentrale aktører i nederlandsk forskning og debatt og fra så å si alle leirer i debatten, hevder at det nærmest er konsensus om at behandlingsunntatelse skiller seg radikalt fra eutanasi (37). Gitt at dette er en korrekt observasjon, spørers det hvor dekkende det er når det sies at «å viske ut dette skiljet synes å være ein viktig strategi for å rettferdiggjøre eutanasi» (13).

En av de aller viktigste strategiene dødshjelpstilhengere i Nederland har benyttet seg av for å rettferdiggjøre eutanasi, er for øvrig henvisningen til autonomi/selvbestemmelseretten (10). Som det i et autoritativt nederlandsk juridisk-historisk verk, forfattet av tre meget liberale dødshjelpstilhengere, blir formulert: «Autonomiprinsippet er et av de viktigste argumentene til dem som vil legalisere eutanasi» (3). Ved siden av dette står det vi kan kalle «lidelsesargumentet» sentralt. Det vil si henvisningen til legens medisinske og etiske plikt til å lindre og fjerne lidelse.

«Aktiv» og «passiv» eutanasi

Utenfor Nederlands grenser er det ikke sjelden man hører den påstand at det ikke eksisterer noe etisk relevant skille mellom såkalt aktiv og passiv eutanasi, mellom å drepe og å la dø (behandlingsunntatelse) i medisinsk sammenheng. Denne påstanden har også vært gjenstand for inngående analyse i Tidsskriftet (38). Det er særlig den amerikanske filosofen James Rachels som har gjort seg bemerket med denne påstanden, primært i en svært mye omtalt og diskutert artikkel i *New England Journal of Medicine* i 1975, men også i en senere bok (35, 36). Andre viktige navn i denne sammenheng er bioetikerne Peter Singer og Helga Kuhse (39–42).

Uttrykket «passiv» eutanasi fremtrer imidlertid i en nederlandsk kontekst som en selvmotsigelse. Som den kjente nederlandske legen og filosofen Gerrit Kimsma formulerer det: «I henhold til den nederlandske oppfatningen er eutanasi per definisjon en aktiv handling. (...) Termen passiv eutanasi brukes ikke lenger» (43). Og: «Ifølge den nåværende definisjonen av eutanasi er passiv eutanasi en utdatert term og indikerer en

selvmotsigelse» (44). Når pasienten som resultat av medisinsk begrunnet behandlingsunntatelse dør av sin grunn sykdom («la dø»), regnes ikke dette som «en form for» eutanasi, og skal følgelig ikke rapporteres som noe annet enn et naturlig dødsfall. Har legen derimot utført eutanasi eller legeassistert selvmord, skal det stå «unaturlig død» i dødsattesten (3, 5). Norske leger som søker en begrunnelse for det tradisjonelle syn at det er en vesentlig forskjell på å drepe og å la dø fra en medisinsk-praktisk synsvinkel (38), finner således solid støtte i nederlandsk tenkemåte og praksis på feltet.

Den massive majoritet av nederlandske leger vil imidlertid mene at selv om eutanasi og legeassistert selvmord er noe annet enn behandlingsunntatelse, så kan de to praksisene like fullt forsvares og legitimeres medisinsk-etisk, individualetisk og samfunns-etisk. Det er på dette punktet de skiller lag med majoriteten av norske leger (45).

Belastningen ved å utføre eutanasi

I rapporten fra reisen til Rådet for legeetikk heter det at «Dei fleste nederlandske legar synes ikkje å oppleve noko fundamentalt skilje mellom eutanasi og avståing frå behandling» (13). I fall dette stemmer, er det grunn til å tro at synspunktet mer er av teoretisk enn av praktisk art. For i praksis er det en del forhold som vitner om at eutanasi oppleves som en helt spesiell type medisinsk handling. Det er for eksempel ikke uvanlig at nederlandske leger opplever følelsesmessige forstyrrelser etter å ha utført eutanasi, og at det ikke blir lettere å sette dødelige injeksjoner med tiden – snarere tvert imot, hos enkelte (46). Og med ordene til en anonym lege: «Jeg kjenner så altfor godt til belastningen på leger som praktiserer eutanasi. (...) Hver av de gangene jeg selv har utført eutanasi har vært forskjellige, og like vanskelige som om det var første gang» (47).

En nasjonal studie viser også at svært mange leger helst vil slippe å utføre eutanasi og heller ser at pasienten tar sitt eget liv med legens hjelp – at de altså foretrekker legeassistert selvmord (48). Som det har vært formulert: «Eutanasi er kanskje bra for pasienten, men det er ille for legen» (3).

Eutanasi og hospice

Rådet for legeetikk møtte allmennlegen Berthus van Dijk, som ikke er villig til å utføre eutanasi, underviser i palliativ omsorg og arbeider ved et hospice. Denne legen opplever at mange pasienter som ber om eutanasi, går bort fra ønsket når de får forsikringer om best mulig behandling og støtte. Dette stemmer godt overens med erfaringen til indremedisineren Zbigniew Zylicz, som er medisinsk leder ved et nederlandsk hospice (15). Hospicebevegelsen har lenge hevdet, eller i det minste hatt som hypotese, at god palliativ behandling og pleie i livets slutfase vil fjerne det som måtte være av behov for eutanasi. Økt kapasitet og kompe-

tanse innen det man i vid forstand kan kalle livshjelp er derfor veien å gå, blir det sagt. Om dette medfører riktighet og at eutanasi derfor vil kunne vise seg å være et overflødighetsfenomen, vet vi lite om (49–51). Selv om den kliniske erfaringen kanskje kan tyde på det, er det her ønskelig med undersøkelser som kan si oss noe holdbart fra en vitenskapelig synsvinkel. Det som trengs for å teste nevnte hypotese er omfattende, representative pasientrettede studier som inkluderer alvorlig syke mennesker med kort forventet levetid, mennesker som mottar optimal, eller antatt optimal, palliativ medisinsk behandling og pleie. Er det virkelig slik at de aller fleste innen denne pasientgruppen er avvisende til frivillig aktiv dødshjelp?

Vi kan i denne forbindelse notere oss Zylicz' omtale av en gruppe pasienter overfor hvilke ikke engang optimal hospicebehandling later til å ha noen effekt på ønsket om eutanasi – gruppen av pasienter han kaller «control freaks». Disse pasientene, som vanligvis er unge og rike mennesker som har vært vant til å få alt de peker på, opplever en unik lidelse i form av tapt kontroll over livet. Dette gir seg utslag i at de sier ting som: «Jeg vil at du skal gi meg en sprøyte som gjør slutt på livet mitt, men ikke før jeg har hatt fødselsdag» (15). Slike pasienter, som Zylicz' hospice tar imot en eller to av i løpet av et år, er «mennesker som er helt fiksert på eutanasi. Vanligvis kan vi ikke hjelpe dem» (15). Man kan si, fortsetter han, at «det ikke er medisinsk nødvendig med eutanasi her» (15). I det som mange oppfatter som en stadig mer individualistisk og materialistisk vestlig kultur, er det et interessant spørsmål om denne gruppen pasienter vil øke i antall i årene som kommer.

Oregons erfaring med legeassistert selvmord

I delstaten Oregon, USA, har legeassistert selvmord (men ikke eutanasi) for pasienter med en forventet levetid på maksimalt seks måneder vært lovlig siden november 1997 (9). Forskningen omkring praksisen i Oregon byr på interessante resultater i lys av Zylicz' observasjoner: I 1998 fikk 23 personer i Oregon på lovlig vis skrevet ut resepter på medisiner de kunne bruke til å ta sitt eget liv med (52). Ved utgangen av 1998 var to av de 23 fortsatt i live, 15 var døde etter å ha tatt de dødbringende medisinerne, og seks hadde dødd av den underliggende sykdommen (altså en naturlig død). Av de 21 døde hadde 18 kreft (12 med lunge-, eggstokk- eller brystkreft). Det vi kan kalle «autonomi- og kontrollargumentet» ser ut til å være klart viktigst for pasientene når det gjaldt grunnen(e) til å be om legeassistert selvmord. Kun én pasient ble rapportert å ha oppgitt frykt for smerter i livets slutfase som grunn. Når det gjelder ønsket om kontroll over eget dødstidspunkt, rapporterte mange leger at pasientene som fikk skrevet ut de dødbringende medisinerne, var urbane mennesker av

«den uavhengige typen» og at de hadde vært det hele sitt liv. Helsemyndighetenes oppfølgingsstudie i 1999 gir et nokså likt bilde (53). Den nylig publiserte rapporten om år 2000 underbygger to viktige trender fra de to forutgående årene når det gjelder pasientenes motivasjon for å be om en leges hjelp til å ta sitt eget liv: «Hyppigst forekommende bekymringer i løpet av de tre årene angikk tap av autonomi (2000, 93%; 1999, 78%; 1998, 75%) og manglende evne til å delta i aktiviteter som gjør at man kan glede seg over livet (2000, 78%; 1999, 81%; 1998, 69%)» (54). 2000-rapporten viser i tillegg at sannsynligheten for at man velger legeassistert selvmord øker med utdanningsnivå (54, 55). Og – ikke minst viktig: «Det var en signifikant økning i antall pasienter som var bekymret over å være til byrde for familie, venner og andre omsorgspersoner i 2000 sammenliknet med andre år (test for trend $p < 0,001$)» (55).

Oregon-studiene har flere viktige begrensninger. For det første er det – i likhet med i de nederlandske undersøkelsene – legene og ikke pasientene som er blitt intervjuet. For det andre må man på grunn av det nokså begrensede tallmaterialet ha i mente at generelle konklusjoner kan være vanskelige å trekke på bakgrunn av denne forskningen. Det har også vært hevdet fra to sentrale fagfolk innen amerikansk palliativ medisin og psykiatri at forskerne har unnlatt å stille helt essensielle spørsmål og ikke tatt hensyn til relevante pasient- og legedata, og at viktig informasjon derfor har gått dem hus forbi – med den følge at bildet av praksisen med legeassistert selvmord i Oregon er skjævt (56).

Kristendom, humanetikk og frivillig aktiv dødshjelp

I rapporten fra Rådet for legeetikk går det frem at legen van Dijk gav uttrykk for at det i Nederland er «sterk motvilje mot pietistisk kristendom. Palliativ omsorg blir sett på som den kristne måten å dø på, og opposisjon mot kristendommen er eit ja til eutanasi» (13). Som kulturell analyse har dette sikkert en god del for seg, men bildet bør nyanseres. I Nederland finnes det også kristne som forsvarer frivillig aktiv dødshjelp (57). Til og med prester ved sykehus støtter praksisen (58).

Også i Norge er det livssynsmessige bildet mer nyansert enn man kan få inntrykk av. Her har toneangivende humanetikere i den offentlige debatt og i boks form gitt uttrykk for sin støtte til frivillig aktiv dødshjelp (32, 59–62). Imidlertid finnes det markante humanetikere blant legene som er sterkt imot. Det er verdt å merke seg at flere av disse arbeider innen kreftomsorg og på smerteklinikker – altså innen deler av medisinen hvor man daglig har å gjøre med alvorlig syke og døende pasienter. En av disse er medlem av Human-Etisk Forbund, seksjonsoverlege Petter C. Borchgrevink,

Tverrfaglig smertesenter, Anestesiavdelingen, Regionsykehuset i Trondheim. Borchgrevink har gjentatte ganger engasjert seg i den offentlige debatt, og har levert gjennomgripende kritikk av andre humanetikers synsmåter og påstander fra så vel en medisinsk-faglig som en medisinsk-etisk synsvinkel (63–65). Dette illustrerer at det ikke er selvsagt at et humanetisk grunnsyn må innebære en støtte til frivillig aktiv dødshjelp – like lite som det er selvsagt at et kristent livssyn nærmest per definisjon innebærer et nei til det samme. Så man kan trygt si at det livssynsmessige bildet er brokete.

Litteratur

1. Netherlands Department of Justice. Press releases. http://www.minjust.nl:8080/c_actual/persber/index.htm (10.7.2001).
2. Legemaate J. Twenty-five years of Dutch experience and policy on euthanasia and assisted suicide: an overview. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 19–34.
3. Griffiths J, Bood A, Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.
4. The hard unanswered questions: issues that continue to divide the Dutch and fuel debate. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 487–504.
5. van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Haverkate I et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996; 335: 1706–11.
6. Husabø EJ. Legalisering av aktiv dødshjelp i Nederland. *Tidsskrift for rettsvitenskap* 1990; 45: 672–707.
7. Hawaii state legislature. 2001 Legislative session. Bill status SB709. <http://www.capitol.hawaii.gov/site1/docs/getstatus2.asp?billno=SB709> (10.7.2001).
8. International Task Force on Euthanasia and Assisted Suicide. Hawaii. <http://www.iaetf.org/hisb.htm> (10.7.2001).
9. The Oregon Death with Dignity Act. Ballot measure no. 16. Oregon Revised Statute § 127.800–127.897. <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ors.htm> (10.7.2001).
10. Materstvedt LJ, Kaasa S. Er terminal sedering aktiv dødshjelp? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1763–8.
11. Husabø EJ. Rett til sjølvvalt livsavslutning? Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
12. Netherlands Ministry of Foreign Affairs. Euthanasia policy. <http://www.bz.minbuza.nl/english/menu.asp?Key=257609&Pad=400025,257588> (10.7.2001).
13. Førde R. Eutanasiapraksis i Nederland. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2462–3.
14. Kimsma GK, van Leeuwen E. Euthanasia and assisted suicide in the Netherlands and the USA: comparing practices, justifications and key concepts in bioethics and law. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 35–70.
15. Zylicz Z. Palliative care: Dutch hospice and euthanasia. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 187–203. →

16. Gevers S, Legemaate J. Physician assisted suicide in psychiatry: an analysis of case law and professional opinions. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 71–91.
17. Arlene Judith Klotzko and Dr. Boudewijn Chabot discuss assisted suicide in the absence of somatic illness. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 373–87.
18. Griffiths J. Assisted suicide in the Netherlands: the Chabot case. *Modern Law Review* 1995; 58: 232–48.
19. Griffiths J. Assisted suicide in the Netherlands: postscript to Chabot. *Modern Law Review* 1995; 58: 895–7.
20. Ogilvie AD, Potts SG. Assisted suicide for depression: the slippery slope in action? *BMJ* 1994; 309: 492–3.
21. van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991; 338: 669–74.
22. van der Maas PJ, van Delden JJ, Pijnenborg L. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. An investigation performed upon request of the Commission of Inquiry into the Medical Practice concerning Euthanasia. *Health Policy* 1992; 21: 1–262.
23. Hendin H. Seduced by death: doctors, patients, and the Dutch cure. New York: W. W. Norton, 1997.
24. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. *Lancet* 1999; 354: 816–9.
25. Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995. *N Engl J Med* 1996; 335: 1699–705.
26. van der Maas P, Emanuel LL. Factual findings. I: Emanuel LL, red. Regulating how we die: the ethical, medical, and legal issues surrounding physician-assisted suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1998: 151–74.
27. Kuuppelomaki M. Attitudes of cancer patients, their family members and health professionals toward active euthanasia. *Eur J Cancer* 2000; 9: 16–21.
28. Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, Viola RA et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2454–60.
29. Kaasa S, Materstvedt LJ. Forskning innen palliativ medisin. *Omsorg* 2000; 2: 14–8.
30. van der Wal G. Unrequested termination of life: is it permissible? *Bioethics* 1993; 7: 330–9.
31. Materstvedt LJ. Begreper i debatten om dødshjelp. *VG* 29.12.1998.
32. Fragell L. Leger ikke «drapsmenn». *VG* 2.2.1999.
33. Sandsdalen C. Hjelp når livet ebber ut. *Dagbladet* 16.5.2000.
34. Materstvedt LJ, Kaasa S. Dødshjelp, feil og legens paternalisme. *Aftenposten (morgenutgave)* 26.8.2000.
35. Rachels J. Active and passive euthanasia. *N Engl J Med* 1975; 292: 78–80.
36. Rachels J. The end of life. Oxford: Oxford University Press, 1986.
37. The Dutch definition of euthanasia. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 3.
38. Rasmussen K. Er det forskjell på å drepe og å la dø? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 422–4.
39. Singer P. Practical ethics. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
40. Singer P. Rethinking life and death: the collapse of our traditional ethics. Oxford: Oxford University Press, 1994.
41. Kuhse H. Euthanasia. I: Singer P, red. A companion to ethics. Oxford: Blackwell Publishers, 1993: 294–302.
42. Kuhse H. Why killing is not always worse – and sometimes better – than letting die. I: Kuhse H, Singer P, red. *Bioethics: an anthology*. Oxford: Blackwell Publishers, 1999: 236–9.
43. Kimsma GK. Euthanasia and euthanizing drugs in the Netherlands. I: Battin MP, Lipman AG, red. Drug use in assisted suicide and euthanasia. New York: The Havorth Press, 1996: 193–210.
44. Kimsma GK, van Leeuwen E. Comparing two euthanasia protocols: the Free University of Amsterdam Academic Hospital and the Medical Center of Alkmaar. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 115–33.
45. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia – attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 1997; 45: 887–92.
46. «The euthanasia mountain gets higher and higher.» I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 313–20.
47. «The moment will come when I will have to kill him.» I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 293–302.
48. Onwuteaka-Philipsen BD, Muller MT, van der Wal G, van Eijk JT, Ribbe MW. Active voluntary euthanasia or physician-assisted suicide? *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1208–13.
49. Seale C, Addington-Hall J. Euthanasia: why people want to die earlier. *Soc Sci Med* 1994; 39: 647–54.
50. Seale C, Addington-Hall J. Euthanasia: the role of good care. *Soc Sci Med* 1995; 40: 581–7.
51. Caplan AL. Will assisted suicide kill hospice? I: Jennings B, red. Ethics in hospice care: challenges to hospice values in a changing health care environment. New York: The Havorth Press, 1997: 17–24.
52. Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon – the first year's experience. *N Engl J Med* 1999; 340: 577–83.
53. Sullivan AD, Hedberg K, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon – the second year. *N Engl J Med* 2000; 342: 598–604.
54. Hedberg K. Oregon's Death with Dignity Act: three years of legalized physician-assisted suicide. Oregon Health Division 21.2.2001. <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ar-index.htm> (10.7.2001).
55. Sullivan AD, Hedberg K, Hopkins D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon, 1998–2000. *N Engl J Med* 2001; 344: 605.
56. Foley K, Hendin H. The Oregon report: don't ask, don't tell. *Hastings Center Report* 1999; 29: 37–42.
57. Kuitert H, van Leeuwen E. A religious argument in favor of euthanasia and assisted suicide. I: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucchi C, red. Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1998: 221–6.
58. Admiraal P. Listening and helping to die: the Dutch way. I: Kuhse H, Singer P, red. *Bioethics: an anthology*. Oxford: Blackwell Publishers, 1999: 333–8.
59. Fragell L. Dødshjelp og dobbeltmoral. *Dagbladet* 15.8.1996.
60. Vigeland K. Assistent død – en etisk utfordring. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
61. Vigeland K. Dødshjelp og livssyn. *Dagbladet* 13.10.1998.
62. Vigeland K. Dødshjelpens forutsetninger. *Dagbladet* 17.11.1998.
63. Borchgrevink PC. Dødshjelp: en entydig handling. *Dagbladet* 18.10.1998.
64. Mellin-Olsen J, Borchgrevink PC. Riktig smertelindring dreper ikke pasienter. *Aftenposten (morgenutgave)* 29.3.2000.
65. Borchgrevink PC. Smertebehandling versus dødshjelp. *Aftenposten (morgenutgave)* 23.5.2000.

○

Annons