

RETTE TIL Å DØ

Eit juridisk perspektiv på eutanasidebatten*

Føredrag på Norsk konferanse i kreftsykepleie, Bergen 9.10.99

v/ professor dr. juris Erling Johannes Husabø

I) Problemstillinga

I overskrifta til dette føredraget kan det liggja ei konstatering. Vi har ein rett til å dø. Men eg vil innleiingsvis nøya meg med å konstatera at mange i dag krev ein rett til å dø? Så blir spørsmåla: Har vi det? Bør vi ha det? Og kva kan ein rett til å dø nærare innebera?

Både i eit historisk og globalt perspektiv kan problemstillinga synast å vera eit overflodsfenomen. Mennesket har til alle tider kjempa for å overleva. I FN si menneskerettserklæring frå 1949 vart det slått fast at alle menneske har ein rett til liv. No, 50 år seinare, kjempar folk i den vestlege verda for ein rett til å dø!

Vi lyt prøva å forstå kva behov, lengslar og/eller frykt som ligg bak ropet etter ein rett til å dø. Og vi lyt prøva å forstå kva problemstillingar dette reiser. Lat meg difor starta med fire kjenneteikn ved objektet for denne retten: døden.

1) *Døden er naturgitt.* Det ligg nedfelt i vår biologiske natur at vi kjem til å dø. Slik sett skulle ein rett til å dø vera unødvendig. Vi treng ingen rett eller "rettighet" for å oppnå døden, slik vi kan trengja det for å få helsehjelp, pensjon og andre knappe gode. Døden kjem, i si tid. Men ein rett til å dø kan bety ein rett til å koma den naturlege død i forkjøpet, dvs. ein rett til sjølv-mord og til aktiv dødshjelp. Ei sentral problemstilling er dermed, for å bruka eit meir nøytralt uttrykk, *tiltak som forkortar livet.*

2) *Døden er manipulerbar.* Som de kjenner til, kan moderne medisin lækja eit uttal av sjukdomar, og atter andre kan haldast i sjakk over lang tid. Ja ein kan no, ved hjelp av medisinar og medisinsk teknologi, halda eit menneske i live sjølv der det biologiske og fysiologiske grunnlaget for fortsatt liv er svært mangelfullt. Ein kan halda liv i folk langt inn i det absurde. Her trur eg hovudproblemet bak kravet om ein rett til å dø ligg. Ein ønskjer å demma opp for medisinsk manipulering i livets slutfase. Ein ønskjer seg -enkelt sagt- tilbake til den naturlege død. Ein rett til å dø kan såleis innebera eit krav om passiv dødshjelp. Dette gjer at vi også må drøfta *tiltak som forlengar livet.*

3) *Døden er personleg.* Som Bjørn Eidsvåg seier det i ein sang: "Du må gå han sjølv". Dette er vi smerteleg klar over, og eg treng neppe utdjupa det her. Men dødens personlege karakter er nøkkelen til å forstå det tiltakande ropet etter ein rett til å dø. Vi lever i ei tid der sjølvråderett (autonomi) står i høgsetet i alle samanhengar. Dess meir personleg noko vert rekna for å vera, dess sterkare er kravet om sjølvråderett. Sidan døden er det mest personlege av alt, må vel sjølvråderettsargumentet stå særleg sterkt her. Stikkordet dette fører fram til, er *sjølvregulering.*

4) *Døden er sosial.* Men døden er også eit sosialt fenomen, liksom livet. Dei sosiale banda til slekt og familie er rett nok svakare no enn før, og døden har tildels vorte teken ut av det sosiale rommet i familie og nærmiljø. Likevel vedkjem døden alltid andre: Familie, venner og ikkje minst helsepersonalet, som er eit viktig sosialt nettverk for mange gamle og sjuke i dag.

Retten er dessutan også sosial. All rett handlar om ei regulering av relasjonar mellom to eller fleire. Når nokon krev ein rett til å dø, er det difor eit krav som, både i den eine og andre tydinga, har adresse til andre. Det er eit krav om ei (bestemt) regulering av korleis vi kan og skal omgå kvarandre i livets slutfase, dvs. ei *offentleg regulering*.

I) Sentrale rettsprinsipp

Retten stiller på dei fleste av livets område visse rammer for kva som er akseptable avgjerder og handlemåtar. Slik er det også innan helsestellet. Men fleire av dei spørsmåla vi her skal ta opp, har lovgivaren ikkje teke direkte og uttrykkeleg stilling til. I staden blir ein i den juridiske vurderinga nøydd til å forsøka å trekkja slutningar frå meir generelle reglar og rettsprinsipp. Eg vil difor innleiingsvis peika på visse rettslege grunnprinsipp som har sentral betydning ved den juridiske drøftinga av ein rett til å dø.

Desse rettslege grunnprinsippa kan etter mitt syn også vera til god hjelp i den etiske og yrkesetiske debatten om desse spørsmåla. Det er eit generelt problem i moderne medisinsk etikk at ein har ulike og gjerne også uklare utgangspunkt for den etiske vurderinga. Men i jussen ligg det nedfelt ei rekkje verdier som det er rimeleg stor semje om i samfunnet vårt. Desse verdiane har blitt elta og forma gjennom lange tider. Dei kan difor også vera eit godt utgangspunkt for ei etisk drøfting av desse spørsmåla. Dei kan jamvel vera eit hjelpemiddel til å koma til rette med enkelttilfelle der ein som helsearbeidar blir stilt overfor vanskelege etiske val.

1. Menneskeverd

Eit naturleg startpunkt i etiske diskusjonar omkring liv og død er menneskeverdet. Også i rettslege samanhengar er det eit nyttig utgangspunkt å ta. Vi har rett nok ikkje i norsk rett nokon uttrykkeleg regel om respekt for menneskeverdet, slik som t d i den tyske grunnlova. Men det ligg under som ein uuttalt premiss for lovgivinga vår.

a) Utgangspunktet for menneskeverdet er at kvart menneske har ein *unik verdi*. Denne verdien kan ikkje målast og vegast slik som til dømes økonomiske verdier. Dette kjem til uttrykk mellom anna ved at ein ikkje kan ta livet av eit menneske for å berga fleire andre (t d ved å transplantera nyrene til to andre).

b) Eit anna grunnprinsipp er at alle menneske har *same verdi*, eller "equal dignity" som det heiter i menneskerettsdokumenta. Dette kjem m a til uttrykk ved at alle har rett til liv, og ved at drapsregelen vernar om alle. Det er like straffbart å ta livet av ein utlending som ein nordmann, svart som kvit, kvinne som mann osv. Det er også like forbode å ta livet av ein sjuk, gammal og kanskje døande person som t d å ta livet av ein ungdom. Retten til øyeblikkeleg hjelp gjeld også for alle. Diskriminering på grunnlag av rase, kjønn, alder e l er forbode.

c) Dette fører over til det tredje aspektet ved menneskeverdet: Det står ved lag *til livets slutt*. Juridisk sett blir slutten rekna for å vera hjernedød, dersom det blir diagnostisert etter gjeldande forskrifter til transplantasjonslova.

2. Respekt for livet

Med eit utgangspunkt i menneskeverdet som nemnt, er første bodet å visa respekt for livet. Respekt for livet er grunnleggjande viktig for oss alle. Det er ein føresetnad for alle andre verdiar at vi kan leva, og leva trygt.

Prinsippet om respekt for livet har, liksom retten til liv (den europeiske menneskerettskonvensjonen art. 2), to viktige implikasjonar: For det første medfører det eit *forbod mot å ta liv*. Dei einaste tradisjonelle unntaka er nødverge og krig. Samtykke frå personen sjølv har korkje i menneskerettane eller i intern rett tradisjonelt vore akseptert som unntakssituasjon. Etter straffelova er det forbode å ta livet av eit medmenneske, sjølv om det skulle samtykka til dette (jf § 235). Sameleis er det forbode å medverka til sjølv mord (§ 236).

For det andre medfører respekten for livet ei plikt til positivt å verna om livet, medrekna det å berga og oppretthalda liv. Tydelege utslag av dette er den alminnelege hjelpeplikta overfor personar i livsfare (straffelova § 387), og legar og sjukehus si særskilte plikt til å gi øyeblikkeleg hjelp (legelova § 27 og sjukehuslova § 6). Denne plikta til å oppretthalda og verna om livet er både rettsleg sett og etisk sett likevel av ein svakare og meir relativ karakter enn plikta til ikkje å ta liv. Det er berre unntaksvis at den som let vera å berga eit medmenneske kan dømmast for drap.

3. Respekt for pasientens integritet og autonomi

Med basis i kvart menneske sin unike verdi blir det andre bodet å visa respekt for pasientens integritet og autonomi.

Med integritet tenkjer eg i denne samanhengen først og fremst på fysisk integritet. Retten til å ha kroppen sin i fred for inngrep og krenkingar frå andre si side, er ein grunnleggjande rettsleg verdi.

Men dersom personen samtykker til at andre grip inn i lekamen blir vurderinga heilt annleis. All legeverksemd byggjer på dette at individet kan gi samtykke til lekamsinngrep. Sameleis kan vi samtykka til intim kroppsleg kontakt med andre. Her er det respekten for ein person sin autonomi som kjem inn. Vi har rett til å bestemma sjølve korleis vi vil bruka kroppen vår og kva vi vil tillata frå andre si side i relasjon til kroppen vår.

Retten til respekt for vår fysiske integritet og autonomi er ein sentral del av retten til respekt for privatlivet, som vert verna av den europeiske menneskerettskonvensjonen art. 8. For at vi skal kunna leva og utfalda oss som frie menneske med kvar vår eigenart, må vi i det minste ha rådrett over vår eigen kropp.

II) Behandling som forlengar livet

1. Problemstillinga

Å gi pasientane livsforlengande behandling samsvarer normalt godt med prinsippet om respekt for livet. Helsestellet gir hjelp til å leva lenger, fordi livet er eit gode.

Men kva når livsforlenging ikkje lenger blir sett på som eit gode, eller behandlinga også har andre, negative sider? Kan ein då lata vera å nytta alle tilgjengelege middel i livsforlenginga sitt ærend? Dei fleste svarar i dag ja. Og slik passiv dødshjelp er blitt vanleg praksis i det norske helsestellet. Men det er viktig å ha ei avklara haldning til kvifor ein avstår frå

livsforlengande behandling, og i kva tilfelle det er forsvarleg legeverksemd (jf legelova § 25) å gjera det. Då må vi skilja mellom tilfelle der pasienten er i stand til å avgjera om han ønskjer behandlinga eller ikkje, og tilfelle der pasienten ikkje er samtykkekompetent.

2. Samtykkekompetente pasientar

For at ei medisinsk behandling overfor samtykkekompetente pasientar rettsleg sett skal vera legitim, må det liggja føre *to ja*: Legen og samfunnet må seia ja til behandlinga, dvs. at ho må vera fagleg og etisk forsvarleg. Og pasienten må seia ja til behandlinga. Sviktar eit av desse ja, er behandlinga i prinsippet ulovleg.

Dette medfører at vi alle har ein *rett til å nekta medisinsk behandling*. Grunngevinga for dette er respekten for pasienten sin integritet og autonomi, som igjen spring ut av retten til respekt for privatlivet (jf framanfor).

I prinsippet må nektingsretten også gjelda der behandlinga kan berga eller forlenga livet. Også slik behandling kan ha stor innverknad på privatlivet, anten det dreier seg om ein amputasjon, ein cellegiftkur, respiratorbehandling eller noko anna. Det kan rett nok diskutast om nødrettsregelen kan opna for unntak i enkelte slike tilfelle, ut frå omsynet til å berga liv. Då må i tilfelle omsynet til livet vera klart meir tungtvegande enn omsynet til integriteten og autonomien. Men etter mitt syn må omsynet til integriteten og autonomien ha forrang i slike tilfelle. Med den rivande utviklinga av behandlingsteknikkar og av høvet til å oppretthalda liv der ulike kroppsfunksjonar sviktar, vert retten til å seia nei stadig viktigare. Som det vart formulert av den tyske forfatningsdomstolen allereie i 1957: Plikta til å berga liv "møter si grense i menneskets sjølvråderett over kroppen sin". Dette er i dag også den vanlege haldninga i andre vestlege land.

Å visa respekt for pasienten sitt ønskje i slike tilfelle, er etter mitt syn ikkje uttrykk for manglande respekt for livet. Ei nekting av livsforlengande behandling har nemleg to sider. Ho fører til eit kortare liv. Men samtidig har ho innverknad på pasienten sitt liv, -hans siste levetid. Og det er dette siste som grunngir nektingsretten: Retten til å bestemma over kroppen og eins framtidige liv, -ein rett som også spring ut av menneskeverdet. Det kan difor lett misforståast å kalla retten til å nekta livsforlengande behandling for ein rett til å dø. Det har med retten til å forma eins eige liv å gjera, og inneber ikkje ein eigentleg rett til å velja døden.

Frå plikta til å respektera pasienten er det vanleg å gjera eit unntak for *sjølv-mordssituasjonar*. Det har etter mitt syn gode grunnar for seg. Ein ting er at dei fleste sjølv-mordskandidatar i ettertid er glade for å bli berga. Men prinsipielt viktigare er det at ei avgjerd om sjølv-mord har eit mål og ei følgje: døden. Og det gjeld som nemnt ikkje nokon eigentleg rett til å velja døden. Døden er ingen legitim rettsleg verdi. Men livet har verdi, og det må andre kunna markera overfor sjølv-mordskandidaten. Overfor eit sjølv-mordsforsøk har ein difor både rett til, og etter dagens rettstilstand normalt også plikt til å gripa hindrande inn. Vanskelege spørsmål kan likevel melda seg der sjølv-mordsforsøket alt har ført til alvorlege følgjeskadar eller personen allereie var dødssjuk slik at det er lite å berga han tilbake til.

Eit særleg omdiskutert spørsmål er *blodoverføring til Jehovas vitne*. Justisdepartementet har fleire gonger uttalt at helsepersonale har rett til, og i heilt kritiske situasjonar også plikt til, å påtvinga Jehovas vitne blod for å berga livet til pasienten. Dei grunngir dette med at ingen etter norsk rett kan råda fritt over sitt eige liv, noko som forbodet mot drap av samtykkande og medverking til sjølv-mord viser. Men etter mitt syn er dette ein forelda og grunnleggjande

feil tankegang. Jehovas vitne si nekting av blodoverføring kan ikkje samanliknast med eit sjølv mordstilfelle. Det dreier seg ikkje om å velja døden, men om å kunna velja behandling. Det er spørsmål om å føreta ei avveging mellom to gode ved livet, og to sider ved menneskeverdet: Omsynet til autonomien og integriteten på den eine sida, og omsynet til livet på den andre sida. Når då omsynet til religionsfridomen i desse konkrete tilfella kjem inn som eit tilleggsmoment, er eg usamd i at Jehovas vitne skal stillast i ei særstilling i høve til andre som nektar behandling. Så lenge spørsmålet ikkje er klart løyst av domstolane, må rettstilstanden likevel seiast å vera noko usikker. I legeetikken går haldninga derimot nokså klart i retning av at også slike pasientar bør respekterast. Det vil også bli den juridiske løysinga etter den nye lova om pasientrettigheter § 4-9, som truleg vil ta til å gjelda ein gong i år 2000.

Ein føresetnad for å respektera pasienten si avgjerd må likevel vera at det ikkje er tvil om at han er *samtykkekompetent*. Han må vera vaksen og mentalt frisk, medviten og i stand til å uttrykkja viljen sin. Og han må ikkje minst ha fått tilstrekkeleg informasjon om eigen helsetilstand, aktuelle behandlingsmåtar, konsekvensar for levetida, biverknader osv. Eit slikt krav om *informert samtykke* ligg innebygd i legen si plikt til informasjon og pasientmedverking etter legelova § 25 tredje ledd.

Enkelte *kvalitetsmanglar* ved behandlingsnektinga (t d låg alder og psykisk utviklingshemming) kan ikkje reparerast. Då må ein behandla pasienten som ikkje samtykkekompetent. Men andre manglar ved nektinga kan reparerast, slik som mangelfull informasjon og forståing av konsekvensane. Då tilseier respekten for pasienten sin autonomi at helsepersonalet går ei mil til med pasienten, dersom det då er tid til det. Ein må informera, samtala, avklara om pasienten føler seg pressa av pårørande eller andre, avklara om avgjerda er gjennomtenkt og endeleg osv.

I ein slik dialog har helsepersonalet naturlegvis ei viss påverknadskraft. Det er difor viktig kva *haldningar* ein går inn i dialogen med. Også her kan dei nemnde grunnprinsippa gi rettleiing. Helsepersonalet må formidla respekt for livet, ved å tala livet si sak, og hjelpa pasienten til å sjå positive sider ved livet også etter ein eventuell amputasjon e l. Å ønskja nokon død er ei destruktiv haldning, som pasienten også lett vil merka. Men samtidig som helsepersonalet talar livet si sak, må dei også møta pasienten med respekt for autonomien hans. Det er han som kjenner sitt liv og sine krefter best. Ein må gjera det klart at det er han som til sist skal få avgjera.

3. Ikkje samtykkekompetente pasientar

Dersom pasienten er medvitlaus eller av andre grunnar inkompetent til å ta stilling til behandlinga sjølv, er det rettsleg sett *legen som har ansvar* for å avgjera kva behandling som skal givast og kor lenge. Det er jo han som gir behandlinga, og han har ansvar for det han sjølv gjer (eigenhendig eller ved bruk av hjelparar). Dei *pårørande* har rettsleg sett ikkje noko ansvar for om og når behandlinga skal avsluttast. Det er ikkje dei som gir behandlinga, og det vil vera ei urimeleg byrde å leggja på dei. Noko anna er at dei pårørande ofte blir, og bør bli informerte før livsforlengande behandling blir avslutta. Det bør ikkje koma som noko sjokk på dei næraste.

Rettsleg sett er det eit vilkår for behandling overfor pasientar som ikkje kan samtykka, at den er *grunn til å tru at pasienten ville ha samtykt* til behandlinga dersom han hadde kunna

(presumert samtykke). Det gjer at det til ei kvar tid er fortsatt behandling som må legitimerast, ikkje avslutning av eller unnlatning av behandling.

I nokre tilfelle har pasienten på *førehand gitt uttrykk for* eit syn på eventuell livsforlengande behandling, typisk i form av eit *livstestament*. Dette er ikkje noko absolutt bindande juridisk dokument, slik som t d eit vanleg testament. Men det gir uttrykk for noko om personen sine verdipreferansar, og må difor møtast med *betinga respekt*. Ein må vurdera i det konkrete tilfellet kva som styrkjer eller svekkjer inntrykket av at det som står i livstestamentet er uttrykk for personen sin vilje relatert til den aktuelle situasjonen. I nokre tilfelle er den situasjonen som livstestamentet skal gjelda for, uklart formulert i skrivet. I andre tilfelle er den tidsmessige avstanden mellom underskrivinga av livstestamentet og den aktuelle situasjonen særleg stor. Begge delar er med på å svekkja den vekta ein kan og bør leggja på livstestamentet.

Som oftast manglar ein likevel særlege haldepunkt for personen sine ønskje. Då må ein føreta ei meir objektiv vurdering av om behandlinga medfører større fordeler enn ulemper for pasienten, dvs. om ho alt i alt er *til pasientens beste*. Her vil den rettslege vurdringa ha stor likskap med, og vera influert av ei etisk vurdering.

Det springande punktet blir kva som rettsleg sett er akseptable og uakseptable *premissar* i denne vurderinga. Reelt sett står avveginga mellom maksimal *livslengde* og ein så god *livskvalitet* som mogeleg. Er så dette verdiar som det er legitimt å vega opp mot kvarandre i livets slutfase? Etter mitt syn er svaret ja. Livskvalitet og livslengde er to gode ved livet. Verdikonflikten må difor avklarast ved å sjå dei to verdiane i lys av den overordna verdien, livet. I eit vidare perspektiv tener omsynet til livslengda og omsynet til livskvaliteten etter mitt syn den same målsetjinga: å mogeleggjera livsoppleving og livsutfalding. For å gi rom for personleg livsutfalding er det heilt nødvendig å verna om det biologiske livet. Men det er også viktig å gi personen ein så god livskvalitet. Relevante omsyn her kan vera slikt som funksjonsdugleik, minst mogeleg smerte, minst mogeleg psykologisk stress, ei mest mogeleg medviten livsoppleving, kontakt med dei nærmaste osv. Ei eventuell prioritering av livskvalitet i denne tydinga vil seia at ein prioriterer visse gode ved livet framfor maksimal livslengde. Eg skal kort nemna tre grupper av tilfelle der denne avveginga mellom maksimal livslengde og maksimal livskvalitet er aktuell.

Den første gruppa har vi der *behandlinga verkar negativ inn på pasienten sin livskvalitet*. Spørsmålet blir då om desse negative konsekvensane kan overskygga det godet som livsforlenginga representerer, slik at behandlinga ikkje kan reknast for å vera til pasientens beste. For mange gamle kan det til dømes vera svært betydningsfullt å få ha sine siste levedagar heime. Dette må kunna haldast opp mot omsynet til å forlenga livet nokre dagar eller veker på eit sjukehus, borte frå familien og dei kjende omgivnadene. Andre tungtvegande omsyn kan vera at behandlinga medfører store smerter eller ubehag, noko som sikkert er aktuelt ved enkelte former for livsforlengande kreftbehandling. Eller behandlinga gjer pasienten svært avhengig av tekniske hjelpemiddel som kompliserer kvardagen. Desse negative konsekvensane må vegast opp mot verdien av livsforlenging i den konkrete situasjonen.

Ei anna gruppe av tilfelle har vi der behandlinga ikkje i seg sjølv påfører liding eller ulemper, men der livsforlenginga vil bety ei *forlenging av ein lidingsfull siste livsfase*. Meir konkret tenkjer eg på tilfelle der pasienten er døande, og dødsprosessen er smertefull og plagsam. Her vil livsforlenging bety forlenga rom for ei viss, men redusert livsoppleving og livsutfalding.

Men samtidig betyr det ei forlenging av lidinga. Dersom lidinga i livets slutfase er stor, er det ei vanleg erfaring at den døande lengtar etter å få dø. Sjukdomen som han har kjempa mot, blir til sist den som kan fria han frå lidinga. Døden blir sett på som ei utfriing. Ved å gi livsforlengande behandling i ein slik situasjon, utset ein utfriinga. Det kan vel også kallast ei forringing av livskvaliteten. Også i slike tilfelle er det difor etter mitt syn legitimt å vega det positive ei livsforlenging kan gi opp mot forlenginga av lidinga.

Kva så med dei tilfella der den livsforlengande behandlinga ikkje i seg sjølv forverrar livskvaliteten, og heller ikkje kan seiast å forlenga lidingar. Må ein då alltid halda fram med livsforlengande behandling? Under føresetnad av at medisinsk livsforlenging alltid er eit gode, må vi svara ja. Men er det det? Etter mitt syn må ein sjå livsforlenging i lys av det overordna godet, livet, og spørja om livsforlenginga fremjar livsoppleving og livsutfalding.

Dette fører oss over i den tredje gruppa av tilfelle som eg vil ta opp. Pasienten er *definitivt medvitlaus*. Det er ikkje noko realistisk håp om at han kan koma til medvit igjen. I slike tilfelle vil livsforlenging ikkje gi noko rom for vidare livsoppleving og livsutfalding. Pasienten har subjektivt sett ikkje meir å leva for. Dei fleste som tenkjer seg sjølv i ein slik situasjon, vil truleg ønskja å dø. Slik sett kan ein seia at ei livsforlenging fråtek pasienten noko, nemleg høvet til å dø av sin sjukdom når livet er utlevd. Det kan også seiast å ha med livskvalitet å gjera. I slike tilfelle sviktar etter mitt syn difor grunngevinga for livsforlengande behandling.

Spørsmålet om når livsforlengande behandling kan avsluttast treng ei langt meir inngåande drøfting enn det her er rom for. Det er nødvendig med ein løpande dialog om desse spørsmåla, både mellom helsepersonell og med andre, t d juristar. Poenget med desse døma har vore å visa at ein her kan og må vega omsynet til livslengde mot omsynet til livskvalitet. Men det er viktig å framheva at vurderingstemaet i desse tilfella er verdien av behandlinga for pasienten sitt liv, kva som kan bidra til maksimal livskvalitet. Vurderingstemaet er ikkje, og bør ikkje vera om livskvaliteten er så dårleg at livet ikkje lenger har verdi. Det inneber ei negativ verdsetjing av livet, og bryt med prinsippet om at vi har same menneskeverd til livets slutt. Ein skal ikkje evaluera livet, men behandlinga sin verdi.

Enkelte har særleg problem med dei tilfella der ei behandling alt er sett i gang, og må avsluttast ved ei ytre sett aktiv handling. Ein må *skru av respiratoren* eller fjerna den intravenøse næringstilførsla. Men rettsleg sett kan dette ikkje likestillast med å aktivt ta liv. All medisinsk behandling er eit kroppsleg inngrep, slik at det prinsipielt sett er framhaldet av behandling som til ei kvar tid må kunna legitimerast. Det er difor ingen vesensskilnad på t d å skru av respiratoren og å lata vera å ta han i bruk. Dette er det etter kvart blitt stor semje om i den internasjonale juridiske litteraturen.

III) Behandling som forkortar livet

1. Problemstillinga

Ei kritisk haldning til behandlinga er sjølv sagt minst like viktig der behandlinga kan forkorta livet som der ho kan forlenga det! Eg vil her først seia litt om smertebehandling, deretter aktiv dødshjelp, og til slutt koma med nokre merknader til noko som kan synast å liggja ein stad mellom, såkalla "terminal sedering".

2. Smertebehandling

Så lenge smerter kan lindrast utan særleg fare for død eller dødsframskunding, er smertebehandling eit ubetinga gode. Problemet som har vore drøfta både innan juss og etikk er dei tilfella der smertebehandlninga medfører ein klar risiko for at pasienten sitt liv blir forkorta i høve til om han ikkje hadde fått denne behandlninga. Ifølgje medisinske ekspertar har ein no så gode kunnskapar om bruk av smertestillande og verknadene av desse medikamenta, at problemet med ein mogeleg livsforkortande bieffekt er eliminert. Lat oss likevel *føresetja at smertebehandlninga kan forkorta livet*, fordi denne problemstillinga er ein forløpar til dei to etterfølgjande.

Dersom eit medikament kan føra til livsforkorting, blir *drapsregelen* aktualisert. Drap er i realiteten ikkje noko anna enn medvite å forkorta eit anna menneske sitt liv. Rettsleg sett blir problemstillinga difor om *nødrett* kan legitimera behandlninga. Nødrettsregelen krev at handlninga tilgodeser eit gode som i den konkrete situasjonen er vesentleg meir tungtvegande enn det godet som blir krenkt.

I slike tilfelle er det difor nødvendig å analysera dei to verknadene av smertebehandlninga nærare. Ho fører til ei viss livsforkorting. Men samtidig tilgodeser behandlninga den rettslege verdien helse, fordi fråvær av smerte er ei viktig side ved helsa. Med eit anna og noko vidare omgrep kan vi seia at smertelindring tilgodeser pasienten sin livskvalitet. Målet med smertebehandlninga er at pasienten skal få leva med mindre smerte. Smertebehandlninga er såleis livsretta. Dermed skil ho seg klart frå aktiv dødshjelp, noko eg kjem tilbake til. Avveginga står mellom to livsretta gode: maksimal livslengde eller så god livskvalitet som mogeleg den siste tida. Vurderingstemaet blir såleis av same karakter som ved avslutning av livsforlengande behandling, jf framanfor. Det særlege med desse tilfella er at det er ei bestemt side ved livskvaliteten som står i fokus, nemleg fråvær av eller minst mogeleg smerter. Det er utan tvil ei viktig side ved helsa og livskvaliteten.

På denne bakgrunnen kan ein prinsipielt ikkje utelukka at smertebehandling med mogeleg livsforkortande verknad kan vera rettmessig ut frå nødrettsregelen. Vurderingstemaet blir om omsynet til smertelindring i den konkrete situasjonen må reknast som klart viktigare for personen sitt liv enn den livsforlenginga som han kan oppnå utan full smertebehandling.

3. Aktiv dødshjelp

Ved aktiv dødshjelp er spørsmålet om ein aktivt kan avslutta pasienten sitt liv, for å fria han frå plagene og gi han den døden han lengtar etter? Rettsleg sett er svaret nei. Å ta livet av ein samtykkande og å ta livet av nokon ut frå medkjenslemotiv er forbode og straffbart. Det same gjeld medverking til sjølv-mord. Jf straffelova §§ 235 og 236. Men vi kan drøfta som eit etisk og rettspolitisk spørsmål om det bør vera tillate. Eg skal forsøka å koma med nokre refleksjonar også over dette temaet, i lys av dei rettslege verdiane som eg har skissert.

Det er for det første viktig å merka seg at *verdivalet* er av ein *heilt annan karakter* ved aktiv dødshjelp enn ved dei behandlingsvala som vi til no har drøfta. Smertebehandling som kan forkorta livet og avslutning av livsforlengande behandling kan etter forholda grunnngivast med omsynet til pasienten sin livskvalitet den siste tida. Desse behandlingsvala kan vera livsretta. Føremålet er å gi pasienten ei siste levetid med betre livskvalitet. Aktiv dødshjelp tilgodeser ikkje pasienten sin livskvalitet. Det fråtek han livet, og dermed all livskvalitet. Ved aktiv dødshjelp står avveginga difor ikkje mellom to gode ved livet: livslengde og livskvalitet. Det dreier seg i realiteten om ei *avveging mellom liv og død*. Ein tek livet og gir døden. Vurderingstemaet blir kort og godt om det er betre for personen å dø enn å leva vidare.

I denne avveginga vil døden vera ein fast storleik, uansett kva ein no trur at døden inneber. Dermed blir verdsetjinga av livet utslagsgivande. Valet av aktiv dødshjelp inneber difor nødvendigvis ei *gradering av livet sin verdi*. I folkelege termar blir det spørsmål om livet er verdig nok eller for uverdig til å leva. Dei fleste går inn for å tillata aktiv dødshjelp vil stilla krav om at personen er funksjonshemma, ulækjeleg sjuk, dødeleg sjuk, døande, uuthaldeleg lidande eller liknande. Ein dansk kollega har føreslått å lata grensa gå ved 75% uførleik. Andre nyttar andre og gjerne vagare kriterie. Men ein kjem ikkje bort frå at ein med dette stiller menneska i to grupper: Dei som kan takast livet av dersom dei ber om det, og dei som ikkje kan takast livet av sjølv om dei ber om det. Dette skiljet spring ut av ei ulik verdsetjing av dei ulike gruppene sine liv. Nokre er mindre verd enn andre, og kan avlivast dersom dei ber om det. Ikkje alt liv er like mykje verd å bli levd.

Denne tankegangen strir mot eit grunnprinsipp i vår europeiske rettstradisjon, nemleg at alle menneske har *same menneskeverd*. Meiner vi det, må det gjelda anten personen er ung eller gammal, frisk eller sjuk.

Ein aksept av aktiv dødshjelp er også problematisk i høve til omsynet til den allmenne respekten for livet. Ved ei eventuell legalisering av aktiv dødshjelp vil ein *bryta ned drapstabuet*. Drap blir akseptert som ei human løysing på eit menneskeleg problem. Og det blir signalisert at ikkje alt liv er like mykje verd. Dermed er det grunn til å frykte for at terskelen for å ta liv på sikt vil bli redusert.

Kva så med prinsippet om respekt for pasienten sin *autonomi*. Tilseier ikkje dette at ein må akseptera og legalisera aktiv dødshjelp? Til dette er å seia at samfunnet alltid må setja visse grenser for kva som skal overlatast til den enkelte sin autonomi. Det gjer også tilhengarar av ei viss legalisering av aktiv dødshjelp. Det er ikkje alle som måtte ønskja det som skal kunna få aktiv dødshjelp. Dei må vera så og så gamle, funksjonshemma, sjuke eller lidande. Då er det ikkje meir "urettferdig" å nekta alle denne utvegen enn å gi han til nokre men ikkje andre. Det vil, i kraft av autonomi-argumentet uvergerleg føra til krav om at også andre vanskelegstilte grupper skal kunna få denne utvegen.

Det er dessutan ein vesensskilnad mellom å respektera individet sin rett til å vegra seg mot inngrep i kroppen sin, og ein rett til å få hjelp av andre (frivillige) til å øydeleggja kroppen og ta livet av ein. Det første inneber ei *avgrensing mot omverda*, -eit krav på å vera i fred frå andre. Det andre inneber eit *krav om aktiv handling frå omverda*. Også på andre område står retten til å få inngrep utført langt svakare enn retten til å vegra seg mot inngrep. Kunstig befruktning, fosterdiagnostikk og genterapi kan ein berre få utført dersom bestemte kriterie er oppfylt. Omskjering kan ei kvinne ikkje i noko høve få utført, jamvel om det synest viktig for hennar kulturelle identitet. Retten til å vegra seg mot slike inngrep står derimot svært sterkt. Det ville vera uhøyrte å påtvinga ei kvinne omskjering eller å påtvinga ho kunstig befruktning.

4. "Terminal sedering"

Ei problemstilling som har vore noko framme i media det siste året er såkalla "terminal sedering". Eg veit ikkje kva som nøyaktig ligg i dette uttrykket. Men inntrykket er at det dreier seg om å "dopa ned" visse dødssjuke pasientar slik at dei vert medvitlause eller noko i nærleiken av det. Inntrykket er også at det trengs ei større gjennomdrøfting av denne problemstillinga, både medisinsk, etisk og juridisk. Lat meg difor nøya meg med å peika på nokre hovudprinsipp for den rettslege vurderinga.

Å gjera ein pasient medvitlaus for å lindra smertene (smerteopplevinga), er i høve til drapsregelen uproblematisk så lenge det ikkje medverkar til å framskunda pasienten sin død. Det vert langt meir problematisk dersom sederinga nødvendigvis også får ein livsforkortande effekt. Det kan kanskje hevdast at livsforkortinga må akseptast her, slik som ved vanleg smertebehandling (jf framanfor), fordi behandlinga tilgodeser livskvaliteten. Men resonnementet er ikkje så heilt enkelt, fordi ein må stilla spørsmål ved om det fremjar livskvalitet å gjera pasienten medvitlaus.

I alle høve ser eg ein fare i at terminal sedering kan bli ei fordekt form for aktiv dødshjelp. Det kan ikkje vera meir lovleg med ei sakte avliving enn ei rask avliving av ein pasient! Dersom ein t d aukar dosane av smertestillande ut over det som er nødvendig for å halda pasienten medvitlaus, er ein etter mitt syn definitivt over i det som er og bør vera ulovleg.

IV) Oppsummering

Når eg skal forsøka å oppsummera denne gjennomgangen, vil eg først framheva noko som i og for seg ligg utanfor føredraget. Pasientane har først og fremst *krav på livshjelp*, både livberging, livsforlenging, lindring og pleie. Alt dette ligg implisitt i kravet til forsvarleg behandling i legelova.

Har vi så også ein *rett til å dø*? Både ja og nei.

- 1) Vi har ein *rett til å nekta livsforlengande behandling*. Grunngevinga her er som nemnt at det er grunnleggjande viktig å tillata den enkelte å råda over sin kropp, som ein del av privatlivet. Denne nektingsretten set grenser for retten og plikta til å berga liv. For sjølv mordssituasjonar gjeld likevel eit unntak.
- 2) Vi har ein *rett til å sleppa uforholdsmessig livsforlenging*, også dersom vi er ute av stand til å ta stilling til behandlinga sjølve. Ein må avvega det positive behandlinga kan gi pasienten i form av livsforlenging, mot det som behandlinga fråtek pasienten. Når pasienten er dødeleg sjuk må legen også ta med i vurderinga kva som vil gi han ein best mogeleg avslutningsfase i livet.
- 3) Vi har *ingen rett til reint livsforkortande tiltak*. Aktiv dødshjelp (i form av drap av ein samtykkande og medverking til sjølv mord) er forbode. Slik bør det også vera, dersom vi vil halda fast ved grunnprinsippa om respekt for livet og at alle menneske uansett situasjon og livsfase har same menneskeverd.