

KAPITTEL 2

Språk og virkelighet i dødshjelpsdebatten

Morten Magelssen

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Abstract: Language describes reality. It also creates reality and perceptions. This is particularly evident in the assisted dying debate; there is a “battle for concepts” where both sides have their preferred words. But fruitful ethical debates require concepts and definitions that the debaters can agree on. This chapter therefore proposes a set of concepts and definitions for the Nordic assisted dying debate. Good concepts are concrete and precise, with simple and unambiguous language free from unnecessary use of imported terms; they have concise and normatively neutral definitions, and they are preferably already familiar to and in use by the public. The last part of the chapter asks whether the way we have linguistically drawn the most important distinction in the field of assisted dying – between euthanasia on the one hand and treatment-limiting decisions on the other – points to a real difference that is also ethically relevant. It is argued that the answer is yes, and that the healthcare provider’s intention is an ethically relevant difference: In euthanasia, the patient’s death is intended, while in treatment-limiting decisions the intentions are typically of quite another nature.

Keywords: assisted dying, euthanasia, intention, non-treatment decisions, treatment-limiting decisions

Krevende etiske debatter blir enda mer krevende dersom vi er uenige om hva det er vi debatterer, og om hvilke navn vi skal gi det. I dette kapitlet vil jeg argumentere for et sett begreper og tilhørende definisjoner som er ment å karakterisere nøkkelkonseptene i dødshjelpsdebatten (Ramme 1).

Sitering av denne artikkelen: Magelssen, M. (2020). Språk og virkelighet i dødshjelpsdebatten. I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 2, s. 35–49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch2>.
Lisens: CC BY 4.0.

Ramme 1. Foreslåtte begreper og definisjoner til bruk i dødshjelpsdebatten

Eutanasi: At helsepersonell forårsaker personens død med hensikt, ved å injisere dødbringende medikamenter, på personens forespørsel.

Assistert selvmord: Å bidra til å forårsake personens død med hensikt, ved å bringe til veie dødbringende medikamenter som personen kan innta selv, på personens forespørsel.

Dødshjelp: En samlebetegnelse på eutanasi og assistert selvmord.

Medisinsk drap uten forespørsel: At helsepersonell forårsaker personens død med hensikt, ved å administrere dødbringende medikamenter, uten personens forespørsel.

Behandlingsbegrensning (synonym: begrensning av livsforlengende behandling): Å avslutte, eller ikke starte, potensielt livsforlengende behandling hos en alvorlig syk pasient.

Kampen om begrepene

I mange bioetiske stridsspørsmål foregår det en kamp om hvilke begreper og definisjoner som skal brukes. Begge sider kan ha interesse av å fremme sine foretrukne begreper. Hvis folk begynner å tenke om temaet i de termer du ønsker, kan det øke sjansene for at de kommer til samme konklusjon som deg. Begreper kan være normativt ladet og lede deg til å se saken på en spesifikk måte. Et eksempel fra et annet stridsspørsmål i medisinsk etikk: Det er antagelig lettere å akseptere «omskjæring» enn «kjønnslemlestelse» (engelsk: «circumcision» vs. «genital mutilation»).

På dødshjelpsfeltet er denne «kampen om begrepene» enda tydeligere enn i kanskje noen annen bioetisk debatt. Eksempler kan hentes fra hele verden. Den amerikanske delstaten Oregons dødshjelpslov heter «Death with Dignity Act». Uavhengig av hva man mener om legalisering av dødshjelp, er det klart at dette navnet er valgt for å fremstille dødshjelpshandlingen i et positivt lys. Det er en eufemisme, en skjønnmalende omskrivning. Da den fremste pro-dødshjelps-organisasjonen i USA byttet navn, falt valget på «Compassion & Choices». I kanadisk lovverk og debatt omtales dødshjelp som «medical aid in dying». Men formuleringen «aid in dying» («hjelp i døden», «hjelp til å dø») underslår at det kun er snakk om en helt spesifikk hjelp; ved eutanasi forårsaker helsepersonellet døden med en dødbringende injeksjon. Begrepet «selvbestemt livs avslutning» har blitt brukt i den norske debatten. Det alluderer til den viktige og positivt ladede verdien autonomi, og det låner autoritet av

«selvbestemt abort», som har bred oppslutning. Selv begrepet «eutanasi» er positivt ladet, da det kommer av det greske «eu thanatos» – «god død».

Selvsagt forsøker også dødshjelpsmotstanderne å spille på retoriske strenger. I den norske debatten ble begrepet «aktiv livshjelp» lansert som en betegnelse på god og holistisk lindrende behandling, og som det etisk foretrukne alternativet til aktiv dødshjelp. Dødshjelpsmotstandere foretrekker gjerne definisjoner som viser til «drap» eller «selvmord», og noen dødshjelpstillhengere anerkjenner at dette er treffende betegnelser (Moen & Sterri, 2019). Andre tilhengere vil derimot avvise at dødshjelp innebærer selvmord, drap eller å ta liv: «... ved aktiv dødshjelp tar du ikke liv, du forkorter dødsprosessen», het det for eksempel i en kronikk (Staff-Poulsen, 2019).

I en studie som undertegnede hadde hovedansvaret for, undersøkte vi empirisk en effekt som alle kjenner til: Måten et tema presenteres på, påvirker hvordan folk oppfatter og tar stilling til det (Magelssen et al., 2016). Et utvalg nordmenn fikk ett av to ulike spørsmålssett med påstander om legalisering av dødshjelp som de skulle ta stilling til. Det ene settet var forsøksvis nøytralt formulert, mens det andre (som gjorde bruk av faktiske formuleringer fra tidligere spørreundersøkelser) hadde elementer som vi trodde ville øke den graden av støtte til legalisering som respondenten ga uttrykk for. Således spurte vi for eksempel henholdsvis om «legeassistert selvmord bør tillates for personer som har en dødelig sykdom med kort forventet levetid», og om «En pasient er døende med store smerter. Hvor enig eller uenig er du i at en lege, etter grundig overveielse, da skal ha lov til å skrive ut en dødelig dose medisin som pasienten selv kan velge å ta for å unngå store lidelser, dersom pasienten selv ber om det?». Mens 73 % var enig i første påstand, sa 78 % seg enig i den andre. Gjennomgående var det moderate, men betydningsfulle, effekter av å vri fremstillingen i positiv versus mer nøytral retning.

Enhetlig begrepsbruk og nøytrale definisjoner

Behovet for enhetlig begrepsbruk

Selv om debattanter selvsagt må få fremstille sakens tema på den måten og med de argumenter de foretrekker, er det åpenbart en fordel at alle i

størst mulig grad bruker de samme begreper og definisjoner. Debatten blir mer presis av det, og misforståelser kan unngås. Trolig vil det spesielt være nyttig for folk som ikke selv er grundig innvidd i temaet når de skal følge og forstå debatten.

Kriterier for gode begreper og definisjoner

Jeg vil kort argumentere for fem egenskaper ved, eller kriterier for, gode begreper og definisjoner i dødshjelpsdebatten (Ramme 2).

Ramme 2. Kriterier for gode begreper og definisjoner

1. Konkrete og presist beskrivende
2. Enkle og utvetydige, uten fremmedord
3. Allerede kjente og i bruk
4. Kortfattede
5. Normativt nøytrale

Definisjoner i dødshjelpsdebatten må være *konkrete og presist beskrivende*, ved at de for eksempel faktisk peker ut dødshjelpshandlingen og det som skiller den fra andre handlinger som faller utenom definisjonen. Noen definisjoner har det problemet at de ikke klart skiller ut dødshjelp fra behandlingsbegrensning. Selv om man kan mene at det ikke er *moralsk relevante forskjeller* på dødshjelp og behandlingsbegrensning (se kapitlets siste del), er det ingen tvil om at det klinisk sett er *forskjellige handlinger*. Slike problemer kan oppstå når definisjoner benytter eufemismer og er vage i beskrivelsene.

Definisjonene bør være *enkle og utvetydige*, helst uten bruk av *fremmedord*, i hvert fall fremmedord som er ukjente for folk flest. Når det er mulig, bør begrepene være slike som *allerede er kjent og i bruk*. I mitt eget forslag til terminologi har jeg lagt stor vekt på dette, jeg har i det lengste forsøkt ikke å introdusere nye begreper. Begrepene bør være *kortfattede*, men samtidig inneholde alle de elementer som er sentrale for fenomenet, og som skiller det fra beslektede praksiser.

Til slutt bør begreper og definisjoner være *normativt nøytrale*. Det er kanskje her de største fristelsene for debattantene oppstår. Som beskrevet ovenfor er det utbredt at ikke-nøytrale ord smugles inn.

Argumentasjon for de foreslåtte begreper og definisjoner i lys av kriteriene

Det første grunnbegrepet jeg tar for meg og argumenterer for, er *eutanasi*. Allerede her kan det se ut til at jeg bryter med et av mine kriterier (nr. 2). Eutanasi er definitivt et fremmedord, men det er trolig et ord som veldig mange både i og utenfor Norden kjenner til og forbinder med dødshjelpsfeltet, og dette er et sterkt argument for å bruke det (kriterium 3). Som beskrevet over er det normativt ladet, men dette er noe kun de greskkyndige fanger opp. Det at «eutanasi» i lang tid har vært brukt av både tilhengere og motstandere av legalisering, taler imot at det er et problem i praksis at begrepet er ladet.

Eutanasi definerer jeg som «at helsepersonell forårsaker personens død med hensikt, ved å injisere dødbringende medikamenter, på personens forespørsel». La oss se på de fem komponentene i denne definisjonen: (1) Det har vært vanlig å knytte eutanasi til *leger* spesifikt, men i den kanadiske dødshjelpsloven er «nurse practitioners» (spesialsykepleiere med utvidet ansvarsområde) også tillagt myndigheten til å utføre eutanasi. Derfor er det grunn til å la definisjonen vise til *helsepersonell* uten å spesifisere nærmere. (2) Neste komponent er «forårsake personens død». I definisjonen til European Association for Palliative Care (Materstvedt et al., 2003) brukes ordet «killing» om dette, og det presiseres at ordet brukes i en teknisk – det vil si rent beskrivende og ikke-normativ – forstand. Tilsvarende brukes «drap» i noen norske definisjoner (Magelssen et al., 2016; Gaasø et al., 2019). Problemet er at selv om det stipuleres at «drap» skal være en normativt nøytral betegnelse, vil det neppe oppfattes slik i befolkningen, ettersom «drap» selvsagt har en negativ klang i dagligtalen. Min vurdering er at «avlive» og «ta livet av» støter på samme problem: Mange vil oppfatte disse betegnelse som negativt ladet. «Forårsake personens død» er konkret, presist og utvetydig, og er en beskrivelse både

tilhengere og motstandere av dødshjelp bør kunne akseptere som normalt nøytral. Til gjengjeld blir definisjonen noe mer ordrik.

(3) Videre er det viktig å ha med leddet «med hensikt», for å skille eutanasi fra situasjoner der pasienter dør utilsiktet, for eksempel etter sjeldne medikamentbivirkninger. «Hensikt» er her ment synonymt med (fremmedordet) «intensjon». (4) Eutanasi innebærer injeksjon av dødbringende medikamenter, dette er måten døden frembringes på i alle juridiske situasjoner som åpner for eutanasi. Ordet «person» er valgt fremfor «pasient», fordi det kan tenkes situasjoner der personen som ber om eutanasi, ikke er i et etablert lege-pasient-forhold, og der det ikke er medisinske tilstander som motiverer forespørselen.

(5) Til sist er det viktig, og helt i tråd med hvordan eutanasi praktiseres der det er tillatt, at eutanasi kun skjer etter personens forespørsel. Implisitt i dette ligger at forespørselen er *frivillig* og at den er *kompetent*, det vil si at personen er beslutnings-/samtykkekompetent (Pedersen & Aarre, 2017). Hvis personen får den dødbringende injeksjonen uten at vedkommende har forespurt dette, dreier det seg ikke om eutanasi. Noen skribenter kaller likevel dette henholdsvis «ikke-frivillig» (når personen ikke er samtykkekompetent) og «ufrivillig» (personen har ikke uttalt seg, er ikke forespurt, eller motsetter seg) eutanasi, og de må beskrive øvrige tilfeller som «*frivillig* eutanasi». Da det som foreslås når legalisering av eutanasi diskuteres, nesten alltid er den frivillige versjonen, er det gode grunner til å la eutanasi kun betegne situasjoner der personen har forespurt det. Det trengs også et begrep som dekker situasjoner der personen *ikke* har forespurt eutanasi. I forskningslitteraturen om Nederland og Belgia kalles dette «life-ending acts without explicit (patient) request» («LAWER»). Betegnelsen «barmhjertighetsdrap» brukes iblant, men den kan tolkes som positivt ladet, og betegnelsen som velges bør ikke forutsette at det er barmhjertighet som er motivasjonen. Jeg foreslår å kalle dette for «medisinske drap uten forespørsel». Siden dette ville være spesielt kontroversielt, og siden knapt noen har foreslått å tillate det i Norden, mener jeg den negativt ladede termen «drap» kan forsvares her.

«Assistert selvmord» kan – etter mal fra «eutanasi» – defineres som «å bidra til å forårsake personens død med hensikt, ved å bringe til veie dødbringende medikamenter som personen kan innta selv, på personens

forespørsel». Det er vanligst å snakke om *legeassistert selvmord*. Men man kan tenke seg at annet helsepersonell er involvert i dette – som i Canada, der spesialsykepleiere kan stå for både eutanasi og assistert selvmord. I Sveits tillates lekfolk en sentral rolle i prosessen, men de dødbringende medikamentene må skrives ut av en lege som har undersøkt pasienten. Det er derfor grunn til å bruke et begrep som ikke begrenser denne handlingen til helsepersonell. I en konkret sammenheng kan begrepet spesifiseres nærmere, som i «legeassistert selvmord».

Det er uheldig i denne sammenhengen at «selvmord» er negativt ladet; og «mord» betegner jo et moralsk og juridisk uakseptabelt drap. Samtidig kan «selvmord» eller «selvdrap» hevdes å være en presis betegnelse, for handlingen vi her snakker om, innebærer at personen intenderer sin egen død – og får assistanse til å virkeliggjøre dette (Reed, 2019). «*Selv*-mord» er beskrivende, fordi personen – i motsetning til ved eutanasi – utfører den siste avgjørende handlingen *selv*. Videre er det ikke åpenbart at assisterte selvmord skiller seg radikalt fra andre selvmord (se kap. 11). Som med «eutanasi» taler det klart for «assistert selvmord» at det er et mye brukt og innarbeidet begrep. Kunne «assistert død» vært et alternativ, slik rapporten til svenske Smer (Statens medicinsk-etiske råd, 2017) foreslår med termen «assistert döende»? Her skapes det potensial for misforståelser ved at de direkte engelskspråklige oversettelsene «assisted dying» og «assisted death» ikke nødvendigvis viser til «assistert selvmord» spesifikt, men like ofte brukes som samlebetegnelser på dette og eutanasi.

Hvilken plass er det da for «dødshjelp» eller «aktiv dødshjelp»? I Norge, Sverige, Danmark og Finland synes det å være ett av disse to begrepene som er klart mest kjent og mest brukt for å betegne dette feltet. Det er i seg selv et sterkt argument for fortsatt å gi begrepet en plass. Mitt forslag er derfor å la «dødshjelp» være en samlebetegnelse på eutanasi og assistert selvmord, slik blant annet Smer har gjort det. En ett-ords samlebetegnelse er nyttig for å unngå å måtte bruke den tunge formuleringen «eutanasi og assistert selvmord». Det er ofte behov for å omtale de to praksisene samlet, også fordi det i mange etikeres syn ikke er avgjørende prinsipielle etiske forskjeller mellom dem.

«Dødshjelp» er å foretrekke fremfor et begrep som «selvbestemt livs avslutning» eller Smers tidligere foretrukne «självvalt livsslut». De to

sistnevnte begrepene presiserer ikke at det dreier seg om en annen persons «hjelp», og kunne derfor like gjerne innbefatte også vanlige selvmord samt behandlingsbegrensning. En ulempe med det foreslåtte samlebegrepet er at det er positivt ladet; «dødshjelp» innebærer en «hjelp».

Hvorfor kvitte seg med leddet «aktiv» i dødshjelpsbegrepet? Å snakke om «aktiv» dødshjelp er misvisende av to grunner (Alvik, 2009; Materstvedt & Førde, 2011). For det første er det ikke «aktivitet» som skiller eutanasi og assistert selvmord fra andre handlinger på dette feltet. For det andre inviterer «aktiv dødshjelp» til å etterlyse en «passiv dødshjelp» som det som en logisk følge skal stå i kontrast til. «Passiv dødshjelp» ble tidligere brukt – og brukes fremdeles av mange – som en betegnelse på *behandlingsbegrensning*, som diskuteres i neste avsnitt. Dødshjelp står ganske riktig i kontrast til behandlingsbegrensning. Men betegnelsen «behandlingsbegrensning» er velvalgt, og det er misvisende å kalle det «dødshjelp», og like misvisende å kalle det «passiv», for det innebærer aktive handlinger.

«*Behandlingsbegrensning*» eller «*begrensning av livsforlengende behandling*» er å avslutte, eller ikke starte, potensielt livsforlengende behandling hos en alvorlig syk pasient (Materstvedt et al., 2007). I motsetning til dødshjelp er behandlingsbegrensning normal, daglig praksis på sykehus og sykehjem. I Norden er det både klinisk, juridisk og etisk akseptert – og som prinsipp ukontroversielt. En viktig bakgrunn for dette er at moderne medisin har gitt oss muligheten til å holde pasienter kunstig i live også langt ut over det som er i pasientens interesse og menneskelig meningsfullt.

Selv om tilgangen til avansert livsforlengende behandling i seg selv er et gode, krever teknologien også at det noen ganger tas krevende valg, både av helsepersonell og av pasienter. Når er vi kommet dit at «nok er nok»? Er pasienten bedre tjent med god lindring den siste tiden fremfor «heroiske» tekniske intervensjoner som står i fare for bare å påføre plager og bivirkninger uten å være til nytte, og som til og med kan forlenge en lidelsesfull dødsprosess? Klinikere oppfatter det å avstå fra livsforlengende behandling i slike situasjoner som noe helt annet enn dødshjelp. Begrepet «passiv dødshjelp» er misvisende, fordi det indikerer at det bare er et subtilt skille mellom «aktivitet» og «passivitet» som er forskjellen på det å avslutte livsforlengende behandling og det å forårsake pasientens

død gjennom en injeksjon. Jeg kommer tilbake til skillet mellom behandlingsbegrensning og dødshjelp i kapitlets siste del.

Begrepet «behandlingsbegrensning» kan imidlertid gi opphav til en uheldig feillesning, når det fortolkes som at *all* behandling avsluttes eller trappes ned. Men det viser kun til den (potensielt) livsforlengende behandlingen. Når denne trappes ned, avsluttes eller ikke påbegynnes, er det god medisin å trappe opp lindrende behandling ut fra pasientens behov. Den livsforlengende behandlingen det avstås fra, kan i prinsippet være alt fra avansert medisin slik som respirator-, pressor-, dialyse- og intensivbehandling, til antibiotika, væske- og ernæringsbehandling og hjerte-lungeredning. En beslutning om at sykehjemspasienten ikke skal legges inn på sykehus ved en medisinsk akutsituasjon, men behandles på sykehjemmet, vil også kunne utgjøre en form for behandlingsbegrensning.

Oppsummert ser vi at ingen av de foreslåtte begrepene er helt uten svakheter, på bakgrunn av kriteriene for gode definisjoner som ble introdusert innledningsvis. Begrepene og definisjonene er valgt fordi de – ut fra min argumentasjon – representerer den beste balansen mellom ulike hensyn. Her har jeg lagt særlig vekt på at de skal ligge tett opp til terminologien som allerede er kjent fra nordisk debatt og fra landene som har legalisert dødshjelp. Håpet er at en slik enhetlig begrepsbruk kan hjelpe oss til en bedre og mer saklig dødshjelpsdebatt i de nordiske landene. Den fremtidige utviklingen kan kreve at definisjonene justeres. Hvis for eksempel yrkesgrupper utenfor helsetjenesten får rett til å yte dødshjelp (Elliott, 1996), vil det være en grunn for å justere eutanasidefinisjonen, slik at den ikke spesifiserer helsepersonell som utøverne.

Er det noen etisk relevant forskjell mellom eutanasi og behandlingsbegrensning?

Jeg har argumentert for at den språklige oppdelingen av den medisinske virkeligheten bør skje slik at eutanasi/dødshjelp avgrenses tydelig fra behandlingsbegrensning. Men et viktig spørsmål er så hvilken relevans denne distinksjonen har for den etiske diskusjonen om dødshjelp.

Over hevdet jeg at eutanasi og behandlingsbegrensning er forskjellige handlinger, og at forskjellen følger av definisjonene. Den ene innebærer

en dødbringende injeksjon som har til hensikt å forårsake død; den andre innebærer å avslutte, eller ikke starte, behandling som kunne ha forlenget livet. Men selv om disse praksisene er klinisk forskjellige, er det et åpent spørsmål om de er *etisk* forskjellige: Finnes det en *etisk relevant forskjell* mellom dem?

Spørsmålet er viktig fordi flere filosofer (og noen leger) vil hevde at det ikke finnes noen slik etisk relevant forskjell (Miller et al., 2010). Hvis de har rett, har vi ingen saklig grunn til å avvise eutanasi samtidig som vi aksepterer behandlingsbegrensning. Dødshjelpsmotstandere gjør seg i så fall skyldig i en selvmotsigelse.

Min erfaring er at helsepersonell noen ganger oppfatter problemstillingen som oppkonstruert og nokså virkelighetsfjern. For dem er det store og klare forskjeller i praksis mellom eutanasi (som de holder seg fra) og behandlingsbegrensning (som de praktiserer hyppig som ledd i normal klinisk praksis). Det er opplagt en forskjell mellom det å injisere dødbringende medikamenter og, for eksempel, å avstå fra hjertetransplantasjon. Likevel er det nødvendig å kunne gi et svar på hva den eller de etisk relevante forskjellene eventuelt består i. Utgangspunktet for en observatør kan jo være at *begge* er handlinger/beslutninger som leder til pasientens død, ved at døden fremskyndes, i den forstand at den kommer tidligere enn den ellers ville gjort. Hva består så de forskjellene i som rettferdiggjør at vi aksepterer den ene handlingen, men avviser den andre?

To mulige forskjeller

Én mulig forskjell beskrev jeg over: Eutanasi er «aktivt», mens behandlingsbegrensning er «passivt». Men selv om behandlingsbegrensning noen ganger kan innebære «passivitet» i form av unnlatelser, som ved beslutningen om ikke å starte en gitt behandling, er det minst like typisk for behandlingsbegrensning at det innebærer en lang rekke aktive handlinger. Dette kan være gradvis nedtrapping og fjerning av apparatur (som en respirator) og samtidig opptrapping av annen (lindrende) behandling. Aktiv-passiv-distinksjonen er derfor ikke treffende som analyse av hva som skiller eutanasi og behandlingsbegrensning fra hverandre.

En annen mulighet er mer lovende: Ved eutanasi dør pasienten *av helsepersonellens handling* (den dødbringende injeksjonen), mens ved behandlingsbegrensning dør pasienten *av sin grunnsykdom*. Dette er opplagt langt på vei riktig, og vises hyppig til som forklaringen på hvordan eutanasi og behandlingsbegrensning er to ulike praksiser, blant annet i det norske Helsedirektoratets veilederdokument om behandlingsbegrensning (Helsedirektoratet, 2013, s. 10). Men problemet er at distinksjonen ikke alltid gjelder. For i noen tilfeller av behandlingsbegrensning er det trefende å si at helsepersonellens handlinger/beslutninger i det minste er *medvirkende* årsaker til pasientens død. Det ser vi tydeligst i situasjoner der pasientens tilstand er stabil og livet opprettholdes av medisinske tiltak. Ett eksempel kan være respiratorbehandling for amyotrofisk lateralsklerose (ALS). Når respiratorbehandlingen trappes ned og tas vekk, dør pasienten ganske riktig av sin grunnsykdom. Men pasienten dør *også* på grunn av beslutningen om å stoppe behandlingen og de handlingene som følger derav. Det er en medvirkende årsak til døden. Et annet eksempel er væske- og ernæringsbehandling ved persisterende vegetativ tilstand (PVS). I likhet med ALS-pasienten kunne denne pasienten levd lenge – kanskje i årevis – hvis ikke beslutningen om å stoppe behandling ble fattet og effektuert. Helsepersonellens handlinger er, sammen med pasientens grunnsykdom, åpenbart *medvirkende årsaker* til at pasienten dør, og at det skjer akkurat *nå*. Hvis skillet mellom eutanasi og behandlingsbegrensning ikke svarer til skillet mellom å dø av helsepersonellens handling og å dø av grunnsykdommen, kan dette heller ikke være en etisk relevant forskjell mellom praksisene.

Intensjon som etisk relevant forskjell

En tradisjonell og utbredt oppfatning er at det er *intensjonen* som er den etisk relevante forskjellen mellom eutanasi og behandlingsbegrensning, og dette er også mitt syn. Ved eutanasi intenderer helsepersonellet pasientens død. Det er de «nødt» til, når de med overlegg setter dødelige medikamentdoser. Ved behandlingsbegrensning er det i teorien *også* mulig å intendere pasientens død, men andre intensjoner er mye vanligere i praksis: Hensikten med behandlingsbegrensning er å skåne pasienten for

behandling som ikke lenger er nyttig, effektiv eller ønsket, eller å skåne pasienten for behandling der nytten (i form av livsforlengelse) ikke oppveies av ulempene (særlig i form av bivirkninger og plager ved behandling), eller å unngå å forlenge en lidelsesfull dødsprosess.

Nøyaktig hva er en «intensjon»? En handlendes intensjoner er *formålene* denne har med handlingen, det er *planen* for handlingen, *det som faktisk velges*. Filosofen Joseph Shaw definerer det mer presist som at et fremtidig faktum er intendert hvis – og bare hvis – den handlende *blir motivert til å handle* (eller avstå fra handling) av forventningen om at handlingen (eller unnlåtelsen) vil gjøre det mer sannsynlig at dette faktum vil bli virkelighet (Shaw, 2006, s. 206). Ikke alle konsekvenser av våre handlinger, heller ikke de som vi vet med full sikkerhet vil inntreffe, er nødvendigvis del av vårt formål, vår plan eller vår motivasjon. Når jeg sykler, intenderer jeg ikke å påføre slitasje på sykkeldekkene, selv om det er en garantert og forutsett konsekvens av sykkelturen. Selv om vi *vet* at behandlingsbegrensning i en gitt situasjon vil medvirke til at pasientens død kommer tidligere enn den ellers ville ha gjort, trenger ikke det å fremskynde døden å være en del av vårt formål og vår motivasjon. Derimot kan vi være motivert av ikke å ville uthale en plagsom dødsprosess. Dette er ikke det samme som å intendere pasientens død, som alltid vil være en sentral og umiskjennelig del av intensjonen ved eutanasi. Forskjellen kan vi også få frem ved et «kontrafaktisk testspørsmål»: Hvis pasienten *ikke* hadde dødd, og døden ikke hadde blitt fremskyndet, ville handlingen og den handlendes plan da vært mislykket? Ved eutanasi er svaret «ja». Men ved behandlingsbegrensning er svaret «nei», for formålet var ikke å fremskynde pasientens død, men å avstå fra behandling som ikke lenger var i pasientens interesse. Intensjon er heller ikke det samme som ønske: Vi kan ønske at pasienten skal «få slippe», at døden skal komme raskt, uten at det av den grunn er formålet med behandlingsbegrensningen. Ingen handling følger av et ønske, til det trengs en intensjon (Materstvedt & Bosshard, 2009).

En innvending kan være at forskning viser at leger faktisk ofte intenderer pasientens død ved behandlingsbegrensning. Første tilsvarende svar til dette er at i de tilfellene det er slik, er legens handling moralsk problematisk i den forståelsen som her er skissert. Like mye som eutanasi her er moralsk problematisk, fordi det innebærer en intensjon om å forårsake pasientens

død, er behandlingsbegrensning moralsk problematisk i de tilfeller der det innebærer samme intensjon. Men andre tilsvarende er at denne forskningen har betydelige svakheter, noe jeg har redegjort for i detalj annetsteds (Magelssen et al., 2016; Magelssen & Shaw, 2020). Typisk innebærer den spørreskjemaundersøkelser med ledende svarkategorier, utført på respondenter som har ulike oppfatninger av hva «intensjon» innebærer. Eksempelvis har de store nederlandske undersøkelsene stilt enkelte «låste» spørsmål som kobler legers befatning med behandlingsbegrensning til en intensjon om å fremskynde pasientens død. Det finnes derfor ingen troverdig forskning som har etablert at helsepersonell hyppig intenderer pasientens død når de begrenser livsforlengende behandling.

Hvorfor er intensjon viktig i etikken? Våre intensjoner har etisk betydning fordi det er disse som gir våre handlinger deres karakter, ut fra om vi tar sikte på gode, nøytrale eller onde formål. Gjennom det du intenderer, binder du deg til en plan for handlingen – og implisitt til en oppfatning av godt og ondt. Handlingen og dens intensjoner er uttrykk for den handlendes moralske karakter (McClelland & Goligher, 2019). Merk at jeg i dette kapitlet ikke har vist at det er galt å intendere noens død og at dødshjelp derfor er uetisk. Men jeg har beredt grunnen for et slikt argument, ved å vise at dødshjelp er karakterisert ved intensjonen om persons død, og at det dermed er noe annet enn behandlingsbegrensning og normal medisinsk praksis.

I denne avsluttende delen av kapitlet har spørsmålet altså vært om det er noen *prinsipiell etisk forskjell* som kan begrunne at eutanasi kan være prinsipielt moralsk problematisk, samtidig som behandlingsbegrensning er prinsipielt moralsk akseptabelt. En slik forskjell mener jeg å ha identifisert – i handlingens intensjon. Dette betyr samtidig at i den grad en behandlingsbegrensning innebærer en intensjon om pasientens død, er den problematisk på samme måte som eutanasi er det.

Referanser

- Alvik, A. (2009). Dødshjelp – i medisinenes randsone? *Michael*, 6, 499–504. Hentet fra <https://www.michaeljournal.no/i/2009/12/Dødshjelp-i-medisinenes-randsone>
- Elliott, C. (1996). Philosopher assisted suicide and euthanasia. *BMJ*, 313(7064), 1088.

- Gaasø, O. M., Rø, K. I., Bringedal, B. & Magelssen, M. (2019). Legers holdninger til aktiv dødshjelp. *Tidsskr nor legeforen*, 139(1), 31–35. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2019/01/originalartikkel/legers-holdninger-til-aktiv-dodshjelp>
- Helsedirektoratet. (2013). *Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling*. (IS-2091). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Magelssen, M., Kaushal, S. & Nyembwe, K. A. (2016). Intending, hastening and causing death in non-treatment decisions: A physician interview study. *Journal of Medical Ethics*, 42(9), 592–596.
- Magelssen, M. & Shaw, J. (2020). Intentions of physicians and end of life care team. I N. Emmerich, P. Mallia, B. Gordijn & F. Pistoia (Red.), *Contemporary European perspectives on the ethics of end of life care*. Basel: Springer.
- Magelssen, M., Supphellen, M., Nortvedt, P. & Materstvedt, L. J. (2016). Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: A survey experiment. *BMC Medical Ethics*, 17. Hentet fra <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-016-0107-3>
- Materstvedt, L. J. & Bosshard, G. (2009). Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): Clinical-ethical and philosophical aspects. *The Lancet Oncology*, 10(6), 622–627.
- Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A. M., Müller-Busch, H. C., Porta i Sales, J., Rapin, C. H. ... EAPC Ethics Task Force. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: A view from an EAPC ethics task force. *Palliative Medicine*, 17, 97–101.
- Materstvedt, L. J., Førde, R., Kaasa, S. & Borchgrevink, P. (2007). Eutanasi – definisjonsmessige, etiske og kliniske betraktninger i et internasjonalt perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s. 153–178). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Materstvedt, L. J. & Førde, R. (2011). Fra aktiv og passiv dødshjelp til eutanasi og behandlingsbegrensning. *Tidsskr nor legeforen*, 131, 2138–2140. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2011/11/kronikk/fra-aktiv-og-passiv-dodshjelp-til-eutanasi-og-behandlingsbegrensning>
- McClelland, W. & Goligher, E. C. (2019). Withholding or withdrawing life support versus physician-assisted death: A distinction with a difference? *Curr Opin Anaesthesiol*, 32(2), 184–189.
- Miller, F. G., Truog, R. D. & Brock, D. W. (2010). Moral fictions and medical ethics. *Bioethics*, 24(9), 453–460.
- Moen, O. M. & Sterri, A. B. (2019). *Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Pedersen, R. & Aarre, T. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 153–167). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reed, P. (2019). Is “aid in dying” suicide? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 40(2), 123–139.
- Shaw, J. (2006). Intention in ethics. *Canadian Journal of Philosophy*, 36(2), 187–224.
- Staff-Poulsen, I. (2019, 2. februar). Aktiv dødshjelp – «Vedlagte kronikk er kanskje litt kontroversiell – fordi jeg er død». *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/vedlagte-kronikk-er-kanskje-litt-kontroversiell---fordi-jeg-er-dod/70706493>
- Statens medicinsk-etiske råd. (2017). *Dödshjälp. En kunskapssammanställning* (Smer rapport 2017:2). Hentet fra <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2017/11/Smer-2017.2-Dödshjälp-En-kunskapssammanställning.pdf>

Ordforklaringer

- etterlyse: uppmana (S), opfordrer (D)
- forespørsel: förfrågan (S)
- foretrukne: föredragna (S)
- forskjell: skillnad (S), forskel (D)
- hensikt: avsikt (S)
- hyppig: frekvent (S)
- kun: bara (S)
- langt på vei: i stor utsträckning (S), i vid utstrækning (D)
- med overlegg: medvetet (S), bevidst (D)
- måten: hur (S), den måde (D)
- nødt til: måste (S)
- nøyaktig: exakt (S), præcis (D)
- over hevdet jeg: ovan hävdade jag (S)
- sjeldne: sällsynta (S), sjældne (D)
- skillet: skillnaden (S)
- spørreskjemaundersøkelser: frågeformulär/enkäter (S), spørgeundersøgelser (D)
- tilsvar: svar
- trengs: behövs (S)
- trukket: dragit (S)
- uheldig: olycklig (S)
- underslår: underskattar (S), undervurderer (D)
- utilsiktet: oavsiktlig (S)
- uthale: förhåla/förlänga (S), forhale/forlænge (D)

