

# Er det mulig å lage en entydig, rettferdig og forsvarlig dødshjelpslov?

Morten A. Horn

Oslo universitetssykehus

**Abstract:** The public debate about assisted dying follows several tracks. The most important political question is whether euthanasia should be legalised, and if so how it should be delimited, regulated and controlled. Is it even possible to create a law that delineates when assisted dying should be allowed and when it should be prohibited, in a clear, fair and safe way? This chapter proposes criteria that can be used to design an assisted dying law, and discusses how existing laws can be evaluated based on the criteria. Particular emphasis is placed on the recent Canadian assisted dying legislation, which, in the author's view, has failed in all three areas.

**Keywords:** assisted dying, Canada, justice, legislation, safety

I den norske debatten kan man høre at dødshjelp «selvsagt» bør være lov, fordi det handler om individets liv, individets frihet – det er som om selve utgangspunktet er at dødshjelp burde vært tillatt for lengst. Slik kunne det selvsagt vært, i en tenkt rettsstat. Men slik er det ikke i de nordiske landene.

Spørsmålet vi står overfor, er om dødshjelp skal *bli* tillatt, og hvordan en lov skal trekke grensen mellom lovlig og ulovlig dødshjelp. Jeg vil innledningsvis diskutere hvorfor en slik grensdragning må være eksplisitt. I kapitlets hoveddel argumenterer jeg for at avgrensningen må være entydig, rettferdig og forsvarlig. Til slutt vil jeg vurdere den nyutviklede

Sitering av denne artikkelen: Horn, M. A. (2020). Er det mulig å lage en entydig, rettferdig og forsvarlig dødshjelpslov? I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 15, s. 291–309). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch15>.  
Lisens: CC BY 4.0.

kanadiske dødshjelpsmodellen opp mot disse egenskapene som jeg mener en dødshjelpslov bør ha. Jeg skisserer også helt kort hvordan døds-hjelpslovene i Benelux-landene, Oregon og Sveits kan vurderes opp mot kriteriene.<sup>1</sup>

## 1 Hvorfor må en dødshjelpslov være eksplisitt?

Dette kapitlet tar utgangspunkt i dagens situasjon i Norge, der dødshjelp er eksplisitt forbudt (se kap. 3). Straffelovens § 276 forbyr eutanasi, § 277 forbyr assistanse til selvmord, og § 278 forbyr barmhjertighetsdrap. I tillegg pålegger straffelovens §§ 287–288 alle borgere en plikt til å hjelpe mennesker i akutt livsfare, og nedlegger forbud mot å hensette en person i hjelpeløs tilstand. Dersom dødshjelp skulle bli tillatt i Norge, ville det kreve enten en endring av disse paragrafene i straffeloven eller en egen paragraf som hjemlet unntak fra loven på disse områdene. En åpning for dødshjelp ville dessuten kunne komme i konflikt med lover som regulerer helsepersonells plikter, som for eksempel hjelpeplikten i den norske helsepersonellovens § 7.

I andre land, som Sverige, der assistanse til selvmord ikke er eksplisitt forbudt ved lov (se kap. 3), ville det kanskje være mulig å innføre varianter av dødshjelp uten å endre straffeloven. Man kunne bare innføre det som et medisinskfaglig fundert tilbud. Men dette ville ikke gi det som mange har etterlyst: en velavgrenset og velregulert dødshjelpspraksis under offentlig kontroll, med robuste seleksjons- og kontrollmekanismer.

Det kan virke selvsagt at dødshjelp – og da især eutanasi, der en person regelrett tar livet av en annen person, etter dennes oppfordring og samtykke – må være forankret i loven. Imidlertid finnes det eksempler på at dødshjelp har blitt omdefinert fra å være en drapshandling, regulert av straffeloven, til å bli en form for medisinsk-faglig behandling ved livets slutt. Den kanadiske provinsen Quebec åpnet alt i 2015 for dødshjelp, men da som del av den provinsielle helselovgivningen, uten at den føderale straffeloven ble endret. Dette førte til en juridisk disputt (Peritz, 2015),

---

<sup>1</sup> Kapitlet er en betydelig omarbeidet versjon av en tekst publisert i festskriftet til Aslak Syse (Horn, 2016), med forlagets tillatelse.

som ble passé da Canada året etter legaliserte dødshjelp på føderalt nivå (se under).

Gjentatte spørreundersøkelser (se bl.a. Magelssen, Supphellen, Nortvedt & Materstvedt, 2016) viser at et klart flertall av nordmenn er positive til legalisering av dødshjelp. Lignende holdninger ses i de andre nordiske landene (se kap. 3). Selv om spørreundersøkelsene i seg selv kan diskuteres, er det liten tvil om at brede lag av folket ønsker at dødshjelp skal være tillatt. Samtidig forutsettes det oftest i det offentlige ordskiftet at dødshjelpen skal skje under streng kontroll, at den bare skal gis til utvalgte pasientgrupper, og at ingen skal bli tatt livet av mot sin vilje. Mange er opptatt av at det ikke må skje en utglidning.

Hvis vi skal følge folkets vilje og legalisere dødshjelp, er det da mulig å lage en dødshjelpslov som oppfyller disse forutsetningene? Hva sier erfaringene fra land som har innført dødshjelp? Kan dødshjelp i det hele tatt legaliseres – på en entydig, rettferdig og forsvarlig måte?

## 2 Avgrensning av dødshjelp

### 2.1 Behovet for entydig avgrensning

En dødshjelpslov må gi en entydig avgrensning av i hvilke situasjoner, for hvilke personer, med hva slags dødshjelpere og gjennom hvilke prosedyrer dødshjelp skal være tillatt. Entydighet er viktig for alle involverte parter: myndighetene, dødshjelperne, de som ønsker hjelp til å dø, og de som står igjen.

Myndighetene skal straffeforfølge tilfeller av illegale drapshandlinger eller illegal hjelp til selvmord. Samtidig må hensikten med en dødshjelpslov være at legitime dødshjelpshandlinger ikke straffes eller unødige hindres eller stigmatiseres (formålet er å gi sterkt lidende mennesker en skånsom og verdig utgang av livet). Loven må derfor være et praktisk anvendbart redskap som tydelig skiller mellom når det har skjedd en straffbar handling, og når det har funnet sted legitim dødshjelp. Loven må være så robust og veldefinert at den tåler prøving i rettsapparatet, slik at overtredelser faktisk kan dømmes. Er loven for vag, vil ikke myndighetene ha noe klart grunnlag å dømme lovovertredere på, enn si definere hva som *er* en lovovertrедelse.

Dødshjelperne – typisk legene – har også behov for entydig avgrensning av når dødshjelp er berettiget. Dels for å kunne tilby dødshjelp til den rette pasientgruppen, for det er ikke medisinsk selvinnsynende hvilke pasienter som bør kunne få dødshjelp. Dels av hensyn til legene: Beslutningen om å ta et menneskes liv kan veie tungt på legens skuldre (van Marwijk, Haverkate, van Royen & The, 2007; Kelly, Handley, Kissane, Vamos & Attia, 2019). Jo mer diffus lovgiver er, og jo mer som overlates til legens skjønn, desto tyngre kan beslutningen oppleves. Legen trenger også å vite – før handlingen – hvordan myndighetene vil reagere. Det er nødvendig for legens rettssikkerhet, men også for å oppnå fullgod rapportering: Leger vil kunne kvie seg for å rapportere dødshjelpshandlinger dersom de er usikre på om de kan bli straffet for det. Ikke minst er det avgjørende for å sikre at også pasienter som befinner seg i gråsonen, men likevel er blant dem som «bør» få hjelp til å ta sitt liv, får denne muligheten: En vag lov kan føre til at legene blir usikre og overforsiktige (Hasham, 2017).

Personene som ønsker dødshjelp, typisk pasienter, er også avhengige av at en lov klart definerer hvem som skal få hjelp til å dø, og hvem som skal få avslag. De førstnevnte må ha sikkerhet for at det virkelig er korrekt at livet deres skal avsluttes. De sistnevnte vil måtte leve videre i et liv preget av (i deres egne øyne) uakseptabel, uutholdelig lidelse, og alternativt begå selvmord for egen hånd med mer brutale metoder. Pasientene vil kunne møte leger med ulik grunnholdning til dødshjelp og ulikt syn på enkelt saker. Er legens «nei» bare et uttrykk for denne enkelte legens holdning, eller er det pasienten selv som ikke oppfyller kriteriene? Vil det være noen hjelp i å lete videre etter en mer sympatisk innstilt lege? Også de etterlatte etter dødshjelp vil ha behov for å kunne vite, og forstå, hvorvidt det som skjedde, var i tråd med lovens krav (Roest, Trappenburg & Leget, 2019). Dette vil være særlig viktig dersom de etterlatte er innbyrdes uenige om hvorvidt dødshjelp var det rette valget.

## 2.2 Behovet for rettferdighet

For mange vil det være selvsagt at en lov må oppleves som rettferdig. I dødshjelpsdebatten har jeg imidlertid møtt holdninger om det

motsatte. Noen debattanter påpeker at mange lover innebærer en avgrensning som noen kan oppleve som urettferdig (som et eksempel, se Moen & Sterri, 2019, s. 99–101). Et enkelt eksempel er 18-årsgrensen for førerkort: Hvor er rettferdigheten i at en umoden 18-åring får kjøre bil, mens en moden og dyktig 17½-åring ikke får lov? Hvorfor er abort selvbestemt til utgangen av uke 12, mens man senere i svangerskapet må få godkjenning av en nemnd? Dette er for så vidt gode innvendinger – samtidig som de i realiteten understreker poenget med at en lov bør være rettferdig, eller så må en urettferdighet i loven ha en forståelig begrunnelse.

Et hovedproblem med vilkårlige avgrensninger av helseytelser oppstår dersom de ikke følger en form for «historisk», «naturlig» eller «biologisk» linje. Det er lettere å oppnå aksept for vilkårlige skillelinjer dersom disse følger et slags resonnement, en naturlig demarkasjon, eller en etablert og mye brukt merkestein.

Det er mulig å vedta en urettferdig lov – for eksempel en lov som innvilger dødshjelp kun til pasienter med kreftdiagnose, eller en aldersgrense ved pensjonsalderen (se kap. 12). Men en urettferdig lov vil, allerede fra den vedtas, være ustabil. Den vil raskt kunne utfordres av personer som faller utenfor lovens kriterier, og som stiller spørsmål ved de avgrensninger lovgiver har vedtatt. Jo mer vilkårlig avgrensningen er, jo mindre forståelig framstår den, og desto svakere vil loven stå. Presset for en utvidelse av loven vil kunne bli sterkt – med et kraftig og ensidig medietrykk (Staff-Poulsen, 2019). Alternativt vil en opplevd urettferdighet i loven føre til at dens strenge krav ikke overholdes i praksis: Leger og andre aktører vil kunne fortolke loven etter eget hode, slik at det oppstår et misforhold mellom lovverk og praksis.

## 2.3 Behovet for forsvarlighet

Forsvarlighet har to aspekter som er relevante for en dødshjelpslov. Det ene handler om enkeltindividene – i hvilken grad loven beskytter pasienten, legen og andre som er direkte involvert i dødshjelpshandlingen. Det andre handler om konsekvensene av en legalisering på samfunnsnivå, der det kan være risiko for en «skråplanseffekt».

Noe av poenget med lovregulering av dødshjelp kan være å bringe en illegal praksis inn i ordnede former (Ofstad, 2009). Klarere kriterier og bedre kontroll foreslås for å motvirke misbruk og overgrep. Men i så fall må en dødshjelpslov nettopp inneholde robuste kriterier og kontrollsystemer, for å sikre at pasienter ikke presses til å ta sitt liv, eller at uvørne leger misbruker den adgangen til å ta liv som loven gir dem. Forsvarlighet er avgjørende for den som skal motta dødshjelp, for de pårørende, for den som utfører dødshjelpen, og for samfunnet som skal føre kontroll med praksisen.

### 2.3.1 *Kontrollsystemer*

En dødshjelpslov må bygge på et system for gransking. I den ene enden kan man trekke alle slike saker inn for retten, hvor dommerne kan enten frikjenne eller idømme mild straff dersom dødshjelpshandlingen er utført i henhold til lovens krav. I den andre enden kan man nøye seg med å kreve at handlingen journalføres på linje med annen medisinsk behandling, og så granskes dersom noen oppdager misligheter.

Overordnet må en gransking foregå enten forskuddsvis eller etterkuddsvis. Det vanlige i land som har legalisert dødshjelp, er å granske i etterkant av handlingen. Imidlertid er det problematisk å betegne en slik løsning som «forsvarlig». Pasienten vil da være tatt av dage, og loven maktet ikke å forhindre det. Det viktigste vitnet – pasienten selv – vil være død, og kan ikke bidra med informasjon. Et «livstestament» («advance directive») kan kompensere for dette, men gir ingen mulighet til kontrollspørsmål eller supplerende undersøkelser. Et «forsvarlig» granskingssystem bør prinsipielt sett plasseres forut for dødshjelpen. Dette ville også være best for rettssikkerheten til legen, som ellers kan risikere å utføre en kriminell handling «i god tro», for deretter å bli funnet skyldig i lovbrudd og straffet.

### 2.3.2 *Samfunnseffekter*

I en del land hvor dødshjelp debatteres, er talsmenn for funksjonshemmedes foreninger (se f.eks. Campbell, 2019) bekymret for at personer som dem vil oppleve at *retten til å dø* vil bli til en *plikt til å velge døden* (se Warnock, 2008, for en drøfting av om det kan være en moralsk plikt til å dø). Det å fortsette å leve, i visshet om at man utgjør en byrde for sine

omgivelser, kan bli til et valg man må gjøre og stå ansvarlig for – i en situasjon der staten har åpnet for og lagt til rette for at man kan fjerne byrden og seg selv gjennom legal dødshjelp (se også kap. 5).

I dag framstår nok dette som en uhørt problemstilling. Spørsmålet er hvordan det vil fortone seg i et samfunn der dødshjelp er institusjonalisert og normalisert (Ross, 2015; Aviv, 2015). Jo vanligere det blir at for eksempel eldre mennesker velger å ta sitt liv, jo sterkere blir kontrasten til de som avstår fra dette valget: De som takker nei til en livsavslutning som ville skåne deres pårørende og dessuten allokere knappe helseressurser til mer verdig trengende (se Vigeland, 2009). En dødshjelpslov som skal være forsvarlig, vil måtte hankses med denne muligheten for at mennesker kan føle seg presset til å ta sitt liv fordi de utgjør en byrde for andre.

Legalisering av dødshjelp vil kunne ha store konsekvenser for lege-pasient-forholdet og legerollen (se kap. 9). På samfunnsnivå vil utfordringen særlig være å finne en balanse mellom hensynet til to grupper med motstridende interesser: Pasienter som ønsker hjelp til å dø, der de bor og når de ønsker det, og leger som ikke ønsker å bruke sin legegjerning til slikt arbeid.

### 2.3.3 *Skråplanseffekt og verdiglidning*

Det å legalisere dødshjelp vil kunne få samfunnsmessige konsekvenser, særlig i form av det som kalles «skråplanseffekten». Skråplansargumentet kan bli latterliggjort i det offentlige ordskiftet, det kan bli framstilt som at man tror alt vil gå utforbakke: Hvis vi legaliserer dødshjelp til terminalt syke kreftpasienter i dag, vil vi i morgen ta livet av pasienter med demens for å spare penger. Dette er etter mitt syn en forvrengning av argumentet. Essensen i argumentet er at hvis vi (for eksempel gjennom lovendringer) åpner for handlinger som i dag er marginalt akseptable, vil i neste omgang disse handlingene ligge innenfor det normale. Slik vil våre felles verdier i samfunnet endre seg – utsettes for en glidning –, og med tiden vil ting som er utenkelige i dag, kunne framstå som en logisk konsekvens av samtidens verdisett.

Uttrykket «skråplanseffekt» gir en klar assosiasjon til en utvikling der ting går utforbakke, til noe negativt. Men en gradvis utvidelse av dødshjelpen, til å inkludere stadig større grupper, kan også ses på som noe positivt. For noen vil en slik prosess være den riktige og forsvarlige måten

å introdusere dødshjelp i et samfunn på: Starte med en begrenset målgruppe, og så utvide tilbudet etter hvert som vi får erfaring med og blir trygge på metoden. Derfor er det krevende å diskutere offentlig om en lov kan gi en skråplanseffekt. Det vil avhenge av debattantens eget syn på dødshjelp om man mener en slik utvikling er bra eller dårlig.

Den norske filosofen Lars Johan Materstvedt har introdusert idéen om at legalisering av dødshjelp vil medføre institusjonalisering av dødshjelpen, og at dette i sin tur vil føre til normalisering av det som opprinnelig var en eksepsjonell praksis (Materstvedt, 1998). Min versjon av dette argumentet er at det å fjerne lovforbudet mot dødshjelp kan iverksette en verdiglidning, og at denne verdiglidningen i neste omgang vil kunne svekke vår motstandskraft mot stadig nye utvidelser av loven – potensielt langt utenfor det som var vår intensjon da loven ble vedtatt.

Jeg mener at en slik verdiglidning er en mulig risiko vi løper ved å legalisere dødshjelp til utvalgte pasientgrupper, og at en dødshjelpslov derfor kan ha en iboende svakhet: Selv om vi forsøker å lage en snever lov som skal løse noen påtrengende saker, som medieomtalte tilfeller av håpløs lidelse, kan lovendringen utløse prosesser og krefter for utvidelse som vi ikke nødvendigvis vil klare å kontrollere.

Faktorer ved en dødshjelpslov som kan fremme eller motvirke en skråplanseffekt, er, som nevnt i dette kapitlet, entydig avgrensning, rettferdighet og kontrollordninger. Dersom loven er vagt avgrenset, vil det være mulig med en betydelig glidning i praksis, og dermed etablering av nye normer, uten at loven i seg selv trenger å endres. Dersom loven etablerer dødshjelp som et urettferdig tilbud til kun en snever gruppe pasienter, vil dette medføre et press om utvidelse. Dersom kontrollsystemene er svake, vil aktørene kunne utvide praksis i takt med at verdiene stadig endrer seg. Et aspekt ved forsvarligheten av en dødshjelpslov er lovens evne til å motstå en skråplanseffekt.

### **3 Hvordan presterer eksisterende dødshjelpsmodeller?**

Jeg har nå diskutert tre vurderingskriterier for en god dødshjelpslov: Den må gi en entydig avgrensning, den må være rettferdig, og den må



være forsvarlig i praktisk bruk. Dette avsnittet ser nærmere på hvorvidt utvalgte dødshjelpslover i andre land oppfyller disse kriteriene.

De såkalte «Benelux»- og «Oregon»-modellene for dødshjelpslegalisering er beskrevet i detalj i kap. 13 og 14. Den sveitsiske modellen for dødshjelp er mye omtalt i mediene grunnet «dødshjelpsturismen» til Dignitas-, Exit- og Lifecircle-klinikkene. Men som modell for andre land er Sveits dårlig egnet, siden landet ikke har noen egen dødshjelpslov. Dødshjelp er nærmest «tillatt» *en passant*, fordi uegennyttig assistanse til selvmord er unntatt for straff. For en beskrivelse av det juridiske grunnlaget for dødshjelp i Sveits, se Mauron (2015).

## 3.1 Erfaringen fra Canada

### 3.1.1 Legaliseringsprosessen

Den kanadiske modellen er derimot av stor interesse – ikke minst for de nordiske landene: Canada har, i likhet med våre land, inntil nylig holdt fast ved et dødshjelpsforbud. Canada ligner også på de nordiske landene når det gjelder samfunnsmodell og geografiske utfordringer. Landets erfaring kan lære oss noe om hvordan en politisk legaliseringsprosess kan foregå, og hvilke konsekvenser dette kan få for utformingen av en dødshjelpslov.

Canadas legalisering av dødshjelp har en unik bakgrunn, idet den springer ut av menneskerettslige forhold: Det var ikke politikerne, men landets høyesterett, som i 2015 (Carter-dommen) besluttet at dødshjelp i noen former måtte være tillatt. Høyesterett mente at et totalforbud mot dødshjelp krenket borgernes rettigheter etter det kanadiske charteret. Dette i kontrast til situasjonen i Europa, der menneskerettsdomstolen i Strasbourg i Diane Pretty-dommen slo fast at et forbud mot dødshjelp ikke er i strid med menneskerettene. I foregangslandet Nederland var det heller ikke pasientrettigheter som motiverte domstolens aksept for dødshjelp: Snarere var det en anerkjennelse av at legen sto overfor to motstridende forpliktelser – hensynet til loven og hensynet til den lidende pasienten –, og at dette kunne brukes som et forsvar for legens handlinger (se kap. 13).

Canadas høyesterett ga lovgiver en kort tidsfrist for å utarbeide en lov som skulle tillate dødshjelp til:

... a competent adult person who clearly consents to the termination of life and has a grievous and irremediable medical condition, including an illness, disease or disability, that causes enduring suffering that is intolerable to the individual in the circumstances of his or her condition. (Supreme Court of Canada, 2015)

Da det liberale partiet i Canada samme år fikk rent flertall i parlamentet, ble dette omsatt i en lov vedtatt i juni 2016 (Justice Laws Website, 2016). Loven etablerer et unntak fra straffelovens forbud mot drap og hjelp til selvmord, gitt at den som mottar dødshjelp, er voksen ( $\geq 18$  år) og beslutningskompetent, har avgitt informert samtykke til dødshjelp og oppfyller et sett med medisinske kriterier. Disse er gjengitt i tabell 1, med forfatterens kommentarer ut fra hvordan kriteriene oppfyller kravet til entydig avgrensning.

**Tabell 1.** De medisinske kriteriene for dødshjelp i den kanadiske loven av 2016, med forfatterens kommentarer.

	Lovens krav	Kommentar
<b>Tilstand</b>	Serious illness, disease or disability.	Ikke avgrenset til somatisk lidelse.
<b>Uhelbredelig</b>	Must be in an advanced state that cannot be reversed.	Ikke definert nærmere, men det presiseres at man ikke trenger å være i en terminalfase.
<b>Lidelsestrykk og lindringmuligheter</b>	Must experience unbearable physical or mental suffering (...) that cannot be relieved under conditions that patient considers acceptable.	Uutholdelig lidelse som definert av pasienten. Pasienten avgjør om han vil akseptere eller forsøke lindrende tiltak.
<b>Forventet levetid</b>	Must be at a point where natural death has become reasonably foreseeable.	Ikke definert nærmere hva som ligger i «reasonably foreseeable death»; det spesifiseres at man ikke trenger å ha en dødelig sykdom.
<b>Metode</b>	Medical Aid in Dying (MAiD)	Omfatter både eutanasi og legeassistert selvmord, i praksis nesten bare eutanasi.

### 3.1.2 Manglende avklaringer

Det er verd å merke seg at loven er uklar på hva som ligger i at døden er «reasonably foreseeable». Dette er intendert: Loven skal være vag på dette punktet, for å gi leger (og det som i Canada kalles «nurse practitioners»;

tilsvarer det som i Norge nå introduseres som «avansert klinisk sykepleie» (AKS)) fleksibilitet i utøvelsen av dødshjelpen (Government of Canada, 2016). Loven utelukker ikke dødshjelp på grunnlag av ren psykisk lidelse, så sant kriteriet om «reasonably foreseeable death» kan anses som oppfylt, men har så langt blitt tolket restriktivt på dette feltet (dette kan nå bli utvidet, se CBC Radio, 2020). Loven krever ikke at den medisinske grunntilstanden i seg selv skal være dødelig. Dette ville ha vært rart ettersom pasienten som fikk høyesteretts medhold i Carter-dommen, led av smertefull, men ikke dødelig, spinal stenose. Loven åpner ikke for dødshjelp til mindreårige (< 18 år) eller til personer uten samtykkekompetanse. Men i forbindelse med lovgivningsprosessen påla parlamentet regjeringen å utrede utvidelse av loven til å omfatte «competent minors», og dødshjelp på grunnlag av forhåndserklæring («advance directives») samt til pasienter med ren psykiatrisk begrunnelse for dødshjelpsønsket. The Council of Canadian Academies leverte i 2018 tre rapporter om dødshjelp for disse tre gruppene (Council of Canadian Academies, 2018). Utredningen avdekket framfor alt ulike oppfatninger og manglende evidensgrunnlag, og ga ingen klar retning for videre lovendring.

### 3.1.3 Loven i praksis

I årene som er gått siden dødshjelp ble legalisert i Canada, har forekomsten økt raskt, i den grad at det har overrasket foregangsmannen, Quebecs helseminister Gaétan Barette (Plante, 2016). Per april 2019 har det vært minst 6700 dødshjelpstilfeller i Canada. Dette utgjør over 1 % av alle dødsfall, men tallene er usikre og omstridte (Schadenberg, 2019).

Det har vært flere rettssaker der pasienter har utfordret den restriktive tolkningen av begrepet «reasonably foreseeable death». I en banebrytende rettssak fra provinsen Alberta fikk en 77 år gammel kvinne med artrose (slitasjegikt) rettens medhold i at hun kvalifiserte for dødshjelp. Flere leger hadde vegret seg for å yte dødshjelp til henne, fordi de var usikre på om hennes død var «rimelig forutsigbar» (Hasham, 2017). Fortsatt pågår det saker i rettssystemet for å få avklart hva som kan tolkes inn i begrepet. Striden bunner i at høyesterett, i Carter-dommen, ikke hadde

som kriterium at pasienten skulle være døende. Det er derfor et spørsmål om også 2016-loven er i strid med charteret.

Det har hittil ikke vært åpnet straffesak mot leger som feilaktig har utført dødshjelp. Men det er verd å merke seg at den kanadiske loven gjør klart at leger og sykepleiere som bryter loven, ikke skal straffes, dersom de handler i god tro. Derfor er det uklart hva som skal til for å domfelle helsepersonell som handler i strid med lovens krav.

Innføringen av dødshjelp i Canada har avdekket problemer med tilgjengelighet av helsetjenester. Quebecs College of Physicians hevdet i 2018 at mangel på palliativt tilbud og omsorgstjenester drev pasienter til å be om dødshjelp i stedet (CBC News, 2018). Samtidig er det utfordringer med å oppnå tilgang til dødshjelp for pasienter som ønsker det. Den kanadiske legen Ellen Wiebe er blitt kjent som dødshjelpslege, og kontaktes av pasienter som ikke får hjelp av sin egen lege (Jacobsen, 2018). Det har vært flere saker der sykehus og pleieinstitusjoner har nektet leger å utføre dødshjelp i sine lokaler, slik at pasienter har måttet flytte på seg for å få hjelp til å dø. Retten til å reservere seg mot å yte dødshjelp har kommet under press (Cousins & Jones, 2020). Det kanadiske parlamentet har siden 2018 debattert en lov som gir leger reservasjonsrett; den er ennå ikke ferdig behandlet. Den kanadiske legeföreningens policy er at leger som ikke selv vil yte dødshjelp, plikter å viderehenvise pasienter som ber om dette, samt å gi full informasjon om dødshjelp og stille pasientjournal til rådighet for dette formålet (Canadian Medical Association, 2017).

### *3.1.4 Evaluering av den kanadiske dødshjelpsloven*

Vurdert opp mot kriteriene for en god dødshjelpslov jeg har trukket opp i dette kapitlet, framstår Canadas lov som svak på alle punkter: Avgrensningen er med hensikt gjort vag, noe som overlater avgrensningen til legene og deres skjønn, åpner for variabel praksis og gjør det vanskelig å si hva som er innenfor eller utenfor lovens krav. Dette har resultert i både rettssaker og frustrasjon i offentligheten. Når man leser kanadiske aviser, får man inntrykk av at loven oppfattes som urettferdig, særlig fordi «mature minors», pasienter med psykiske lidelser eller pasienter med demens ikke får hjelp til å dø. Kravet om kort forventet levetid kommer i konflikt med høyesteretts resonnement om at et urimelig forbud mot

dødshjelp kan «tvinge» pasienter som ønsker å framskynde døden, til å ta sitt eget liv på brutalt vis. Loven baserer seg på etterskuddsvis (innen 30 dager) innrapportering av dødshjelpen fra legen/sykepleieren via et nettbasert rapporteringsskjema. Pasientjournal, eller vurderingen fra lege nr. 2, trenger ikke å vedlegges. Nyhetssaker i kanadiske medier har vist hvordan det vage lovverket har blitt tolket kreativt av liberale leger, noe som for så vidt er i tråd med lovgivers intensjon. Likevel er det vanskelig å forstå hvordan den kanadiske dødshjelpsloven kan betraktes som en forsvarlig løsning på høyesteretts utfordring: Det å legalisere dødshjelp til visse personer, samtidig som man skal ivareta hensynet til personer som ikke skal få hjelp til å dø.

### 3.2 Hvordan presterer dødshjelpslovene?

Innenfor rammen av dette kapitlet lar det seg ikke gjøre å gjennomføre en grundig analyse av hver av de eksisterende dødshjelpslovene verden over som tjener som mulige modeller for en nordisk dødshjelpslov. Basert på min kunnskap om de viktigste dødshjelpsmodellene – «Benelux-modellen» (se kap. 13), «Oregon-modellen» (se kap. 14), den sveitsiske modellen (ikke omtalt i detalj i denne boka, men se Mauron, 2015) og erfaringen fra Canada – forsøker jeg i tabell 2 summarisk å vurdere de viktigste modellene for dødshjelp opp mot kriteriene entydighet, rettferdighet og forsvarlighet. Plassen tillater ikke en lengre diskusjon for hvert av disse kriteriene og for hvert av landene. Det er heller ikke gitt at alle aktører ville vurdere hvert lands lovgivning likt. Heller enn å leses som den endelige analysen av for eksempel Nederlands dødshjelpslov, kan denne analysen illustrere hvordan vi i det offentlige ordskiftet om dødshjelp kan strukturere diskusjonen om konkrete lover. Dersom man har som premiss at dødshjelp i en eller annen form skal være tillatt, kan man like fullt se styrker og svakheter ved ulike måter å legalisere det på. Det å organisere disse momentene i strukturen entydighet, rettferdighet og forsvarlighet kan gjøre det lettere å diskutere et komplisert og verdiladet spørsmål. Ikke minst lovgiverne bør oppfordres til å adressere alle disse tre aspektene hvis de bestemmer seg for å lage en lov som tillater dødshjelp.

**Tabell 2.** Forfatterens vurdering av fire modeller for legalisering av dødshjelp: «Benelux»-modellen er en syntese av lovene i Nederland, Belgia og Luxembourg. Oregon-modellen er utgangspunktet for lovgivningen i de amerikanske delstatene som siden 1997 har legalisert legeassistert selvmord. Sveits har en unik modell med ikke-regulering av dødshjelp. Canadas modell for dødshjelp er nærmere beskrevet i dette kapitlet. Modellene er vurdert ut fra kriteriene entydighet, rettferdighet og forsvarlighet.

Kriterium	Benelux	Oregon	Sveits	Canada
Entydig	Nei	Tja?	Nei	Nei
Kommentar	Ikke krav til somatisk eller dødelig sykdom; tillatt med til 12 års alder (ingen aldersgrense i Belgia). Kvalifikasjon er basert på at legen er overbevist om at pasienten lider uutholdelig uten utsikt til bedring, og uten aktuell behandling som pasienten vil akseptere.	Ingen krav til diagnose eller lidelsestrykk. Pasienten skal ha sykdom som vil medføre død innen 6 mnd. Dette er presist definert, men medisinsk-faglig umulig å avgjøre på individnivå.	Loven stiller ingen krav til hvem som kvalifiserer til dødshjelp; i prinsippet kan enhver ta sitt liv med assistanse så lenge assistenten ikke profiterer på det.	Loven er med hensikt gjort vag mht. forventet levetid. Kvalifikasjonskriteriet er vagt; alvorlig lidelse som ikke lar seg lindre med tiltak pasienten vil godta. Ren psykisk lidelse oppfyller kriteriet ut fra dets ordlyd, men er definert utenfor av lovgiver.
Rettferdig	Ja?	Nei	Ja?	Nei
Kommentar	I utgangspunktet ingen begrensning på hvem som kan få dødshjelp, så lenge man overbeviser legen om at man lider uutholdelig etc. Men økende misnøye i Nederland med at legen skal avgjøre om man oppfyller kriteriene. Regjeringen foreslo i 2016 dødshjelp til eldre (> 75 år) som føler seg mette av dage, uten krav om medisinsk diagnose.	Pasienter med langsomt progressive eller stasjonære tilstander med uutholdelig lidelse er ekskludert etter loven. Pasienter som ikke selv klarer å innta giften, kan ikke gjennomføre PAS. Dette kan framtvinge framskyndet selvmord hos pasienter med sviktende motorikk eller sveigfunksjon. Pasienter med kognitivt svikt eller framtreddende psykisk lidelse får ikke hjelp til å dø.	Ingen formelle krav, og dermed ingen urettferdighet. Men Sveits har vært støvnet for menneskerettsdomstolen av en psykiatrisk pasient som opplevde at hun ikke fikk lege til å innvilge henne hjelp til selvmord (hun vant ikke fram).	Stor uro i Canada fordi beslutningskompetente barn, pasienter som lider sterkt av psykiske årsaker, og pasienter som har mistet samtykkekompetanse er forløpet, ikke får dødshjelp. Flere rettssaker med pasienter som ikke er vurdert å være nær døden.

Forsvarlig	Nei	Nei	Nei	Nei
<p>Kommentar</p>	<p>Gransking skjer etterskuddsvis, basert på legens egenrapport. Gransknings-komiteene er overlesset, og 80 % av sakene vurderes kun av sekretariatet. Lege nr. 2-ordningen dominert av SCEN-leger som er vist å ha pro-eutanasi-bias. Flere studier har vist at kun 80 % av eutanasi-tiffellene rapporteres, slik loven krever. Betydelig evidens for samfunns effekter av legalisert dødshjelp, i form av normalisering av dødshjelp og videre indikasjonstilling. Rapport om press fra pårørende. Etablering av rendyrkede mobile dødshjelps-klinikker betyr spinklere lege-pasient-relasjon.</p>	<p>6-månederskravet er presist på papiret, men klinisk prognostikk på individnivå er umulig i dette tidsperspektivet. Pasienten skal være beslutningskompetent, men &lt; 4 % av pasientene blir evaluert av psykiater. Lege er som regel ikke til stede ved selvmordet. Ingen kontroll av beslutningskompetanse eller ytre press ved gjennomføringen. Ingen reserveløsning dersom selvmordsforsøket mislykkes. Ingen oversikt over hva som skjer med ubrukte medisiner. Egenrapportering i etterkant av handlingen. Betydelig hemmelighold rundt PAS, og ingen offentlige surveys om mørketall / illegal dødshjelp.</p>	<p>Hvert tilfelle dokumenteres med filming av selvmordet. Ingen gransking av legens faglige vurdering eller utforsking av faktorer som kan ha framprovosert selvmordet. Ingen krav til langvarig lege-pasient-forhold før dødshjelp innvilges. Stor forekomst av rendyrket «selvmordsturisme». Ingen krav til reell testing av beslutnings-kompetanse. Lege bistår ikke med eutanasi dersom selvmordsforsøket slår feil.</p>	<p>Dødshjelp er brått blitt innført uten grundig debatt om hva som egentlig kvalifiserer. Rapportering skjer etterskuddsvis, basert på egenrapportering, uten dokumentasjon som tillater selvstendig vurdering av legens avgjørelse. Vurdering fra lege nr. 2 vedlegges ikke. Leger som handler feil, straffes ikke om de handler «i god tro». Legers reservasjonsrett under sterkt press. Bekymring for at dødshjelp er etablert uten at palliative alternativ er tilgjengelige.</p>

## 4 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet argumentert for at hvis man først skal ha en døds-hjelpslov, må den være entydig avgrenset og bygge på kriterier som er så rettferdige og forståelige at de kan respekteres og motstå press om endring. Jeg har vist at manglende avgrensning og rettferdighet kan føre til problemer med forsvarlighet, og at dette er et avgjørende aspekt for hvordan loven blir oppfattet av lovgivere og brukere. Eksisterende dødshjelpslover internasjonalt har store svakheter både når det gjelder entydighet, rettferdighet og evnen til å gi en forsvarlig regulering av dødshjelp. Mitt syn er at dette illustrerer at det er vanskelig, kanskje umulig, å legalisere dødshjelp på en entydig, rettferdig og forsvarlig måte. Det er derfor jeg er motstander ikke bare av å utføre dødshjelp selv, men også av å åpne for at leger som er villige til det, skal få lov å utføre dødshjelp.

Oppsettet i dette kapitlet gir aktører en struktur for diskusjon av eksisterende og potensielle dødshjelpslover. Selv om tilhengere av dødshjelp kan vurdere fakta annerledes enn det jeg har gjort her, gir denne strukturen et grunnlag for å kategorisere fakta og belyse hva vi er uenige om. Hvor stor vekt man vil legge på at en dødshjelpslov er entydig, rettferdig og forsvarlig, blir til slutt et politisk spørsmål. Men politikerne bør utfordres på alle disse tre aspektene, dersom de presenterer en lov for å tillate dødshjelp i de nordiske landene.

## Referanser

- Aviv, R. (2015, 15. juni). The death treatment. *The New Yorker*. Hentet fra <https://www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment>
- Campbell, J. (2019, 6. februar). Disabled people like me fear legal assisted suicide: It suggests that some lives are less worth living. *The BMJ Opinion*. Hentet fra <https://blogs.bmj.com/bmj/2019/02/06/disabled-people-like-me-fear-legal-assisted-suicide-it-suggests-that-some-lives-are-less-worth-living/>
- Canadian Medical Association. (2017). CMA policy: Medical assistance in dying. Hentet fra <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD17-03.pdf>
- CBC News. (2018, 31. mai). Lack of palliative care pushing Quebecers toward medically assisted death, College of Physicians says. Canadian Broadcasting Corporation. Hentet fra <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/lack-of->



- palliative-care-pushing-quebecers-toward-medically-assisted-death-college-of-physicians-says-1.4685470
- CBC Radio. (2020, 1. februar). Canadians wants expanded access to medical assistance in dying, says Lametti. *Canadian Broadcasting Corporation*. Hentet fra <https://www.cbc.ca/radio/thehouse/canadians-want-expanded-access-to-medical-assistance-in-dying-says-lametti-1.5446731>
- Council of Canadian Academies. (2018). Medical assistance in dying. The expert panel on medical assistance in dying. Hentet fra <https://cca-reports.ca/reports/medical-assistance-in-dying/>
- Cousins, B. & Jones, A. M. (2020, 20. januar). Standoff between B. C. and hospice refusing to offer assisted dying. *CTV News*. Hentet fra <https://www.ctvnews.ca/health/standoff-between-b-c-and-hospice-refusing-to-offer-assisted-dying-1.4773755>
- Government of Canada. (2016). Legislative background: Medical Assistance in Dying (Bill C-14). Hentet fra <https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/other-autre/ad-am/>
- Hasham, A. (2017, 19. juni). Advocates hail judge's decision in woman's assisted death appeal. *The Star*. Hentet fra <https://www.thestar.com/news/gta/2017/06/19/advocates-hail-judges-decision-in-womans-assisted-death-appeal.html>
- Horn, M. A. (2016). Kan aktiv dødshjelp legaliseres? I R. Førde, M. Kjelland & U. Stridbeck, *Cand.mag, cand.med., cand.jur., cand.alt. Festskrift til Aslak Syse* (s. 253–266). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jacobsen, S. D. (2018, 31. januar). In conversation with Dr. Ellen Wiebe – Physicians Advisory Council, Dying With Dignity Canada. Canadian Atheist. Hentet fra <https://www.canadianatheist.com/2018/01/wiebe/>
- Justice Laws Website. (2016). An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). Hentet fra [https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2016\\_3/FullText.html](https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2016_3/FullText.html)
- Kelly, B., Handley, T., Kissane, D., Vamos, M. & Attia, J. (2019). “An indelible mark”. The response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: A review of research findings. *Palliat Support Care*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/31340873/>
- 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 Med Ethics*, 17. Hentet fra <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-016-0107-3>
- Materstvedt, L. J. (1998, 22. oktober). Dødshjelp og selvbestemmelse. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/dodshjelp-og-selvbestemmelse/65485855>

- Mauron, A. (2015). Acting on a wish to die at the end of life: The Swiss situation. I C. Rehmann-Sutter, H. Gudat & K. Ohnsorge (Red.), *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care* (s. 97–106). Oxford: Oxford University Press.
- Moen, O. M. & Sterri, A. B. (2019). *Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ofstad, J. (2009, 8. juli). På kant med loven. *Klassekampen*.
- Peritz, I. (2015, 22. desember). Quebec's right-to-die law upheld by court. *The Globe and Mail*. Hentet fra <https://www.theglobeandmail.com/news/national/quebec-government-wins-challenge-on-assisted-dying-law/article27901664/>
- Plante, C. (2016, 27. oktober). More seeking medical aid to die than expected: Barrette. *Montreal Gazette*. Hentet fra <https://montrealgazette.com/news/quebec/more-seeking-medical-aid-to-die-than-expected-barrette>
- Roest B., Trappenburg, M. & Leget, C. (2019). The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Med Ethics*, 20. Hentet fra <https://bmcomedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-019-0361-2>
- Ross, W. (2015, 2. desember). Dying Dutch: Euthanasia spreads across Europe. *Newsweek*. Hentet fra <https://www.newsweek.com/2015/02/20/choosing-die-netherlands-euthanasia-debate-306223.html>
- Schadenberg, A. (2019, 29. april). Health Canada publishes inaccurate and incomplete data on euthanasia in Canada [Blogginnlegg]. Hentet fra <http://alexschadenberg.blogspot.com/2019/04/health-canada-publishes-inaccurate-and.html>
- 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>
- Supreme Court of Canada. (2015). *Carter v. Canada (Attorney General)*. Hentet fra <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>
- van Marwijk, H., Haverkate, I., van Royen, P. & The, A. M. (2007). Impact of euthanasia on primary care physicians in the Netherlands. *Palliat Med*, 21, 609–14.
- Vigeland, K. (2009, 26. november). Vil menneskeverdet oversvømmes av eldrebolgen? *Fri Tanke*. Tilgjengelig fra: <https://fritanke.no/vil-menneskeverdet-oversvømmes-av-eldrebolgen/19.7953>
- Warnock, M. (2008). A duty to die? *Omsorg*, 25(4), 3–5. Hentet fra <http://eideforlag.no/filarkiv/Mary%20Warnock.pdf>

## Ordforklaringer

for lengst: för länge sen (S)

merkestein: milstolpe (S), milepæl (D)

rart: mærkeligt (D)

reservere seg mot: vægre sig mod (D)

reservasjonsrett: rätt att säga nej av samvetsskäl (S), ret til at sige nej af  
samvittighetsgrunde (D)

skråplanseffekt: sluttande plan (S), glidebaneeffekt (D)

uvørne: vårdslösa (S), skødesløse (D)

utforbakke: utførsåkning (S), ned ad bakke (D)

