

Andreas Wahl Blomkvist, Pia Zadig, Martin Ryssdal, Wasim Zahid,
Edvin Schei, Gro Nylander, Filip Stojanovic og Carl Tollef Solberg

Er legerollen uforenlig med dødshjelp?

*dødshjelp, eutanasi, assistert selvmord, legerolle, palliasjon
assisted dying, euthanasia, assisted suicide, physician's role, palliative care*



Andreas Wahl Blomkvist

Konstituert
overlege i rus og
avhengighetsmedisin,
Rusavdelingen,
Universitetssykehuset
i Nord-Norge.
Doktorgradsstipendiat,
UiT Norges arktiske
universitet. E-post:
andreas.wahl.
blomkvist@unn.no

En problemstilling i dødshjelpsdebatten er hvordan dødshjelp kan forenes etisk med rollen som helsepersonell, og spesielt med rollen som behandlende lege. Andelen leger som støtter legalisering av dødshjelp er økende, og en prosess for å avklare legens mulige oppgaver ved livets slutt er derfor betimelig. Legeyrket innebærer flere faglige roller, en av dem er å være sakkyndig. Vi skisserer en hypotetisk modell som viser hvordan legens roller som behandler og sakkyndig kan forenes med dødshjelp. Vi argumenterer for at de medisinskfaglige vurderingene ved dødshjelp ikke nødvendigvis vil være vesentlig annerledes enn vurderinger som aksepteres i klinisk praksis i dag.

An issue in the debate surrounding assisted dying (euthanasia and assisted suicide) is how these practices can be reconciled with the role of healthcare personnel, especially medical doctors. The proportion of Norwegian doctors supporting assisted dying in one form or another is increasing, making it timely to clarify the doctor's potential roles and tasks at the end of life. The medical profession encompasses several professional roles; one of them is being an expert advisor. We outline a hypothetical model that demonstrates how different professional roles can be reconciled with assisted dying. We argue that the medical assessments in assisted dying may not necessarily differ significantly from clinical assessments accepted in current clinical practice.

Bakgrunn

En sentral problemstilling i dødshjelpsdebatten er hvordan rollen som helsepersonell, og spesielt legerollen, kan forenes med å hjelpe pasienter som ønsker det, til å dø (1). Ikke sjelden blir legerollen presentert som uforenlig med dødshjelp. Svein Aarseth og Karsten Hytten, henholdsvis leder og tidligere medlem av Rådet for legeetikk, har skrevet at «[d]ødshjelp er det motsatte av hva leger skal drive med» (2). Flere har uttrykt bekymring for hvordan

legalisering av dødshjelp vil påvirke legerollen og lege-pasient-forholdet (3).

Samtidig som en økende andel norske leger støtter dødshjelp i en eller annen form, er det andre kollegaer som mener det er en motsetning mellom å være behandler og tilbyder av dødshjelp (4). Vår vurdering er at legerollen åpner for denne formen for hjelp, og at det ikke er prinsipielle motsetninger mellom legens omsorgsrolle og stramt regulert dødshjelp. Men som blant annet filosof Lars Johan Materstvedt har påpekt, er en

rolleavklaring viktig, før dødshjelp eventuelt legaliseres (5). Uklarheter i hvilken rolle man inntar i ulike situasjoner, er ofte grunnlaget for misforståelser og misnøye, eksemplifisert i flere av klagesakene som sendes til Rådet for legeetikk (6).

Behandlerrollen

Legerollen er tydeligst definert og kjent som medisinsk ekspert og behandler, med Genève-erklæringen – den «moderne hippokratiske ed» – som sitt etiske fundament (7). Den moderne legeeden plasserer pasientens helse og velvære som legens fremste hensyn, tett etterfulgt av respekt for pasientens autonomi og verdighet. Det er denne forankringen i pasientens egen vurdering som gjør at mange leger, spesielt i land hvor dødshjelp praktiseres, anser dødshjelp som en del av behandlerrollen, spesielt for beslutningskompetente pasienter med kort forventet levetid og høyt lidelsestrykk.

Når tiden før eller under selve dødsprosessen er forbundet med mye lidelse og tap av verdighet og autonomi, kan nettopp dødshjelp gi ro, verdighet og selvbestemmelse i avslutningen av livet. «Hans død var den mest fredfulle jeg noensinne hadde sett. I armene til sin datter, i sitt eget hjem, omringet av sine kjære», er hvordan Sandy Buchman, palliasjonslege og tidligere president for

forankret i den Danske Sundhedsstyrelsens definisjon av syv legeroller, opprinnelig utviklet i Canada, som er medisinsk ekspert, kommunikator, samarbeidspartner, leder, helseopplyser, akademiker og profesjonell (10).

For å tydeliggjøre de ulike rollene en lege har, endret Rådet for legeetikk § 2 Kapittel 1 i de etiske reglene for norske leger. Andre ledd lyder: «Legen har ulike roller som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av sensitiv informasjon. Det må skilles tydelig mellom rollene som behandler og sakkyndig. Legen har ansvar for å gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin rolle og formålet med kontakten» (11). Selv hvis dødshjelp skulle vært uforenlig med rollen som behandler, er det andre roller en lege – eller andre med relevant helsefaglig bakgrunn – kan innta.

Sakkyndig

En nærliggende rolle for leger ved legalisering av dødshjelp er som medisinskfaglig sakkyndige. Hvordan denne rollen kan integreres med dødshjelp, kan belyses med en hypotetisk modell. I denne modellen er det i hovedsak tre roller som inngår i prosessen: pasient, lovgiver (gjennom Stortinget) og sakkyndig(e) (se figur 1).

«Det er vanskelig å se at en kategorisk avvisning av dødshjelp, uansett omstendigheter, er en god tolkning av den moderne legeeden.»

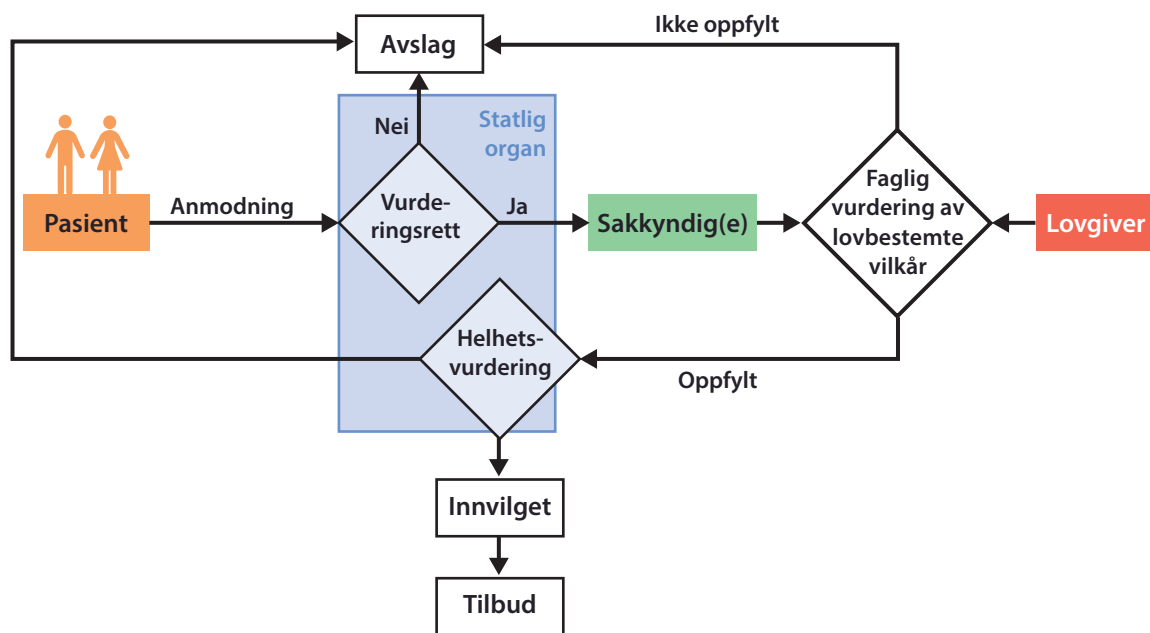
den canadiske legeforeningen, beskriver sin opplevelse av å gi dødshjelp (8). Det er vanskelig å se at en kategorisk avvisning av dødshjelp, uansett omstendigheter, er en god tolkning av den moderne legeeden. Det kan finnes situasjoner hvor legerollens etiske kjerne nettopp tilsier at den beste hjelpen er å etterkomme en pasients begrunnede ønske om dødshjelp.

Samtidig kan rollen som behandler av sykdom og, ikke minst, legeedens påbud om «den ytterste respekt for menneskelivet» tolkes i strid med en handling som har som intensjon og effekt å oppnå en avslutning av livet. Både rollen som helsepersonell og den moderne legeeden brukes altså på begge sider av debatten.

Flere roller

Det å være lege innebærer imidlertid mer enn rollen som medisinsk ekspert og behandler. I boken Lægens roller beskriver Louise Binow Kjærred de mangefasettede rollene som en lege har (9). Boken er tematisk

- A) Pasienten er i dette eksemplet initiativtaker til prosessen. I tråd med reguleringer fra lovgiver kan anmodningen om dødshjelp kreves skriftlig og må fastholdes for en lovbestemt tidsperiode (såkalt karenstid). Pasienten kan når som helst, uansett årsak, ombestemme seg og dermed avslutte prosessen.
- B) Lovgiveren (Stortinget) må vedta å regulere dødshjelp gjennom lov, som kan nærmere beskrives i forskrift av relevante departementer. Dette innebærer en lovendring som beskriver de vilkår eller kriterier som hindrer at dødshjelpen rammes av straffeloven § 277, som i dag kriminaliserer dødshjelp. Hvilke vilkår og kriterier lovgiver kommer frem til, er etter vår mening en politisk, demokratisk og etisk problemstilling som samfunnet – gjennom demokratiske prosesser – må bestemme.



Figur 1: Skjematisk oversikt over rollefordeling i en hypotetisk dødshjelpsmodell.

- C) Sakkyndige må innhente nødvendige opplysninger og vurdere om de lovbestemte vilkårene er til stede. De sakkyndige vil som regel være flere fagpersoner, som sikrer hvert sitt kompetanseområde.

Vilkår

Det er verdt å bemerke med modellen ovenfor at leger verken kan eller skal bestemme hvem som får dødshjelp eller ikke. Legers oppgave er å vurdere om de medisinskfaglige vilkårene, bestemt av lovgiver (B), er oppfylt for pasienter (A) som etterspør dødshjelp. I motsetning til det mange kan tro, er ikke en slik vurdering betydelig annerledes enn vurderinger som er vanlig i klinisk praksis i dag. Som eksempler brukes noen av vilkårene som Ole Martin Moen og Aksel Brananen Sterri foreslår og argumenterer for i boken *Aktiv dødshjelp* (12):

- 1) At pasienten lider uutholdelig.
- 2) At pasienten ikke har realistiske utsikter til bedring.
- 3) At pasienten har tatt et kompetent, konsistent og ikke presset valg om å avslutte livet.

Det første vilkåret tilsvarer det nederlandske kriteriet, «ondraaglijk lijden», og innebærer at personens

lidelse overskygger alt eller nær sagt alt annet, slik at den nåværende situasjonen synes uholdbar. Vilket har en betydelig subjektiv dimensjon, ikke bare fordi det er pasienten som opplever lidelsen, men også fordi det inkluderer hvordan den konkrete pasienten forholder seg til egen lidelse i sin opplevelsesverden. Det betyr derimot ikke at det er umulig for den sakkyndige å ha mer eller mindre faglig begrunnede meninger om lidelsen. I tillegg til pasientens egen problembeskrivelse vil atferd, objektive funn ved undersøkelse og kunnskap om underliggende sykdom(mer) og utstrekning av denne/disse (f.eks. resultater fra bildediagnostikk) gi et informert inntrykk. I klinisk praksis er det vanlig at leger foretar vurderinger av subjektive størrelser som smerter, depresjon eller angst. Slike vurderinger er ikke bare utslagsgivende for eksempelvis behandlingsvalg, men også for velferdsgoder eller rettsmedisinske vurderinger. Vurderingen av vilkåret er, med andre ord, ikke kvalitativt annerledes enn det mange leger allerede gjør i dag.

Det andre vilkåret omhandler behandlingalternativer som er forsøkt, og hva som er rimelig å forvente av andre tiltak. Også dette er vurderinger som daglig foretas av leger. Et eksempel er hvorvidt man tilbyr respiratorbehandling eller forsøker gjenopplivning når en pasient blir kritisk syk, og livskvalitet, leveutsikter og behandlingalternativer må vurderes. Selv om det er

et tolkningsrom i vurderingen av vilkåret, aksepterer vi i dag at tilsvarende vurderinger gjøres, også der de har konsekvenser for liv og død.

Det tredje vilkåret kan sammenlignes med legers vurdering av samtykkekompetanse (eller beslutningskompetanse), som er alminnelig i klinisk praksis. Vurdering av pasientens evne til å forstå informasjon og fatte informerte beslutninger er viktig ved bruk av tvang, både innen somatikk og psykiatri, men inngår i realiteten ved all helsehjelp. Pasienter har i dag rett til å avslutte eller nekte å motta livsforlengende behandling, også der det vil direkte medføre pasientens død, for eksempel ved seponering av respiratorbehandling. Både vurdering og utfall i slike situasjoner overlapper med forholdene ved dødshjelp, og vilkåret bør være uproblematisk også i en dødshjelpsmodell.

De nevnte vilkårene er selvsagt ikke de eneste som må vurderes i en gitt dødshjelpsmodell. I den såkalte Oregon-modellen, som praktiseres i en rekke delstater i USA, er det vilkår om terminal sykdom med kort forventet levetid (innen 6 måneder). Selv om det sjelden lar seg gjøre å prognostisere et nøyaktig dødstidspunkt, er det med dagens medisinske kunnskap fullt mulig å gjøre godt kvalifiserte vurderinger av en tilstands sannsynlige prognose, med eller uten behandling, innen rimelig fremtid.

Dersom pasienten opprettholder sitt ønske om dødshjelp og vurderingen til de sakkyndige er at både juridiske og medisinskfaglige vilkår er oppfylt, gjenstår selve livsavslutningen. Ved assistert livsavslutning gis pasienten medikamenter som vedkommende kan ta selv. Ved eutanasi, gis pasienten en livsavsluttende injeksjon. Etter vår mening må ikke disse prosedyrene gjøres av leger. Også andre yrkesgrupper med nødvendig kompetanse og opplæring kan ivareta slike oppgaver. Det må selvsagt være frivillig for en yrkesutøver å bidra i dødshjelp.

Vårt poeng med å beskrive rollefordeling og vilkår i en hypotetisk dødshjelpsmodell er ikke her å foreslå en modell eller gi en fullstendig utredning. Vi ønsker å vise at regulering av dødshjelp ikke trenger å innebære konflikt med dagens legerolle. Ei heller innebærer en slik modell at det «overlate[s] til enkeltlegers skjønn, om pasienten skal få leve eller dø» (13). I vårt eksempel skal legen, som sakkyndig, utelukkende vurdere om de lovbestemte vilkårene er oppfylt. Vi konkluderer derfor med at dødshjelp er forenlig med dagens legerolle, eksemplifisert her med rollen som sakkyndig. Det er vår konklusjon at de foreslåtte vilkårene, som sannsynligvis vil inngå i en eller annen form for regu-

lert dødshjelp, ikke innebærer legevurderinger som er vesentlig annerledes enn vurderinger som aksepteres i klinisk praksis i dag. Det nye vil være at helsepersonell også i vårt land vil kunne tilby pasienter i livets sluttfase assistanse når lidelsen ikke er til å bære.

Referanser

1. Horn MA, Kleiven DJH, Magelssen M. Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk. Oslo: Cappellen Damm Akademisk; 2020. Kapittel 1, Fem spor i dødshjelpsdebatten; s. 21–34.
2. Hytten K, Aarseth S. Leger og dødshjelp. Dagbladet 05.01.15 [oppdatert 14.10.16, hentet 10.03.23]. Tilgjengelig fra: www.dagbladet.no/2015/01/05/kultur/meninger/kronikk/debatt/dodshjelp/36981383/
3. Horn M. Slår inn åpne dører. Tidsskr Nor Legeforen; 18.07.2018. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2018/07/kommentar/slar-inn-apne-dorer>
4. Gaasø OM, Rø KI, Bringedal B et al. Legers holdninger til aktiv dødshjelp. Tidsskr Nor Legeforen. 2019;139(1):31–35.
5. Materstvedt LJ. Hvilken rolle bør leger ha dersom dødshjelp legaliseres? Tidsskr Nor Legeforen. 2008;128:273.
6. Skipenes G. Når legen er sakkyndig. Tidsskr Nor Legeforen. 2018;138(2).
7. World Medical Association. WMA Declaration of Geneva. Ferney-Voltaire: WMA; 09.07.18. Tilgjengelig fra: www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/
8. Buchman S. Why I decided to provide assisted dying: it is truly patient centred care. BMJ. 2019;364:l412.
9. Kjørred LB. Lægens Roller. København: FADL's forlag; 2017.
10. Sundhedsstyrelsen. De Syv Lægeroller. Danske Sundhedsstyrelsen, 2013. Hentet 10.03.23 fra: www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2013/Publ2013/De-syv-l%C3%A6geroller.ashx.
11. Den norske legeforening. Ethiske regler for leger [Internett]. Legeforeningen; 2021. Tilgjengelig fra: www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/
12. Moen OM, Sterri AB. Aktiv dødshjelp: Etikk ved livets slutt. Cappelen Damm Akademisk; 2019.
13. Horn M. God lindring er ikke dødshjelp. VG, 08.07.18. Hentet 10.03.23 fra: www.vg.no/nyheter/meninger/i/Qoa47q/god-lindring-er-ikke-dodshjelp