

KAPITTEL 1

Fem spor i dødshjelpsdebatten

Morten A. Horn

Oslo universitetssykehus

Morten Magelssen

Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo

Abstract: The assisted dying debate in the public square often involves talking past one another. Participants talk about what is important to themselves, without necessarily considering the other party's arguments. Why is this so? We believe it is partly because the assisted dying debate actually consists of several more or less distinct "tracks", all of which are important, but where not all are equally important to all participants. In this chapter, we outline the five main tracks of the assisted dying debate and show what characterises them and how they are expressed in the public debate.

Keywords: assisted dying, euthanasia, legalisation of assisted dying, public debate

Dødshjelp er et tilbakevendende diskusjonstema i de nordiske landene. Som deltakere i den norske debatten gjennom ti år har vi ofte følt på det som trolig frustrerer mange av aktørene i debatten: Den blir ofte uoversiktlig og lite produktiv. Dødshjelp er i seg selv et emosjonelt og polariserende tema, og et saklig ordskifte hemmes av at selve terminologien er omstridt. Verdiladete begreper anvendes som selvstendige argumenter for debattantens ståsted (se kap. 2). Men debatten blir enda vanskeligere fordi ulike aktører ofte diskuterer hvert sitt tema. Vår erfaring har vist oss at det særlig er fem hovedområder, eller spor, som dødshjelpsdebatten gjerne følger (se Ramme 1). I dette kapitlet vil vi identifisere disse sporene og illustrere dem med eksempler. Målet er å bevisstgjøre aktørene i debatten slik at de i større grad kan diskutere samme aspekter av dødshjelp samtidig. Ett formål med rammeverket er å hjelpe debattantene

Sitering av denne artikkelen: Horn, M. A. & Magelssen, M. (2020). Fem spor i dødshjelpsdebatten. I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 1, s. 21–34). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch1>.
Lisens: CC BY 4.0.

til å sortere i argumentene. Hvis man plasserer argumentene langs de ulike sporene, blir det kanskje lettere å forstå hvorfor to debattanter kan være enige om mye, men likevel rykende uenige om andre ting, og lande på hver sin konklusjon. Kanskje blir det også lettere å forstå hvordan to debattanter kan komme fra hvert sitt ståsted, og likevel konkludere likt.

Vår fremgangsmåte har tre steg:

- 1) Basert på vår erfaring med deltakelse i og observasjon av den norske dødshjelpsdebatten identifiserer vi fem grupper med tema. Gruppene – eller «sporene», som vi kaller dem – skal i minst mulig grad være overlappende. De bør være i sum være mest mulig uttømmende, det vil si at alle eller de fleste temaer i dødshjelpsdebatten som kan hevdes å være viktige, fanges opp. Utgangspunktet var en artikkel én av oss skrev for noen år siden (Horn, 2013);¹ dette rammeverket har vi så videreutviklet sammen.
- 2) For hvert spor nevner vi helt kort de temaene som etter vårt syn er spesielt viktige, enten fordi de har stor normativ betydning for hvor man lander i dødshjelpsspørsmålet, fordi de ofte misforstås, eller fordi de etter vår oppfatning ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet i debatten.
- 3) Rammeverket som de fem sporene utgjør, valideres deretter empirisk ved en enkel analyse av det som er skrevet om dødshjelp i norske medier i 2018. Til sist reflekterer vi over hvilken nytte rammeverket kan ha.²

Ramme 1. Fem spor i dødshjelpsdebatten

1. Grunnleggende spørsmål om liv og død
2. Retten til å bestemme over egen død, og selvbestemmelsens grenser
3. Hjelperens rolle i dødshjelp
4. Helsefaglige premisser i dødshjelpsdebatten
5. Debatten om legalisering, og andre lands erfaringer

¹ Vi er også kjent med Norunn Kosbergs seksdeling av dødshjelpsdebatten (<https://fritanke.no/nyheter/debatten-om-aktiv-dodshjelp-handler-om-seks-ulike-tema/19.10770>). Den er naturlig nok delvis overlappende med vår inndeling, men vår favner viktige aspekter, for eksempel i spor 1 og 4, som etter vår vurdering ikke dekkes av Kosbergs inndeling.

² De øvrige kapitlene i denne boka følger ikke inndelingen i de fem sporene strengt, men er delt inn i seksjonene «Etikk», «Klinikk» og «Politikk». I gjennomgangen av spørsmålene som hører til hvert av de fem sporene, refererer vi til kapitler der disse spørsmålene gis særlig oppmerksomhet.

Spør 1: Grunnleggende spørsmål om liv og død

Dødshjelpsdebatten kan handle om autonomi, om lidelse som ikke kan lindres, eller om utfordringer med å lovregulere dødshjelp. Men for mange aktører er et kjernespørsmål dette: Er det overhodet etisk akseptabelt at noen, enten det er helsepersonell eller andre, hjelper en annen person, enten det er en lidende pasient eller et friskt menneske, med å ta sitt eget liv?

For noen er svaret på dette spørsmålet at «det kommer an på». Det kan avhenge av egenskaper ved den som ønsker å dø, av kvalifikasjonene til den som skal hjelpe, av prosedyrene rundt selve handlingen eller av måten samfunnet håndterer eventuelle konsekvenser av dødshjelp praktisert i helsetjenesten på. Men for andre er alt dette av underordnet betydning: De er opptatt av om det i det hele tatt kan være akseptabelt at noen hjelper andre med å dø.

Det gir mening å behandle dette spørsmålet først, for hvis svaret skulle være «nei – det er alltid uakseptabelt», er svaret på hva man bør mene om dødshjelp, dermed gitt. Og det samme gjelder kanskje også for et nært beslektet spørsmål, nemlig hvorvidt selvmord – med eller uten andres hjelp – kan være etisk akseptabelt.

Finnes det moralske absolutter, det vil si unntaksløse moralske (for-) bud, slik som et forbud mot å ta menneskeliv? I religiøse, naturrettslige og pliktetiske rammeverk kan det gjøre det (Finnis, 1991). Også uavhengig av slike etiske systemer vil mange mene at det å ta et annet menneskes liv, er å krysse en viktig grense. «Ærefrykt for livet» er en holdning også mange ikke-religiøse vil slutte seg til. Andre igjen vil medgi at selv om det er noe spesielt ved å ta et menneskes liv, betyr ikke det at det *aldri* kan være rett. Rettferdig krig og selvforsvar kan fremmes som moteksempler. Er dødshjelp også et slikt moteksempel, og altså en situasjon der det å ta liv kan være rettferdiggjort?

Andre grunnleggende spørsmål om liv og død som diskuteres i dette sporet, er blant annet: Hva er døden? Hvilken tilstand bringer den oss over til? Medfører den eksistensens totale opphør, eller venter en positiv – eller negativ – tilværelse? Hva, mer eksakt, gjør døden typisk til noe sterkt negativt, og hvordan forholder dette seg for personer som vurderer dødshjelp? (Moen & Sterri, 2019).

Sentralt står også spørsmål om *livskvalitet*. Hva er det, kan det måles, og hvem kan bedømme det? Kan tilværelsen være så preget av lidelse at livet så å si har negativ verdi og ikke er verdt å leve? Et typisk trekk ved vanlige folks forestillinger om dødshjelp, slik de kommer til uttrykk i folkemøter, leserinnlegg og nett-kommentarer, er at man ser for seg dødshjelp som særlig aktuelt for pasienter med alvorlig kroppslig sykdom; typisk de med enten store smerter eller store funksjonstap og dermed betydelige pleie- og omsorgsbehov (Magelssen et al., 2016). En rekke av dødshjelpssakene som omtales i mediene, handler om personer med alvorlig kroppslig sykdom. Mange uttrykker spontant stor forståelse for at nettopp disse menneskene har et ønske om å dø, og bør få hjelp til å gjennomføre det. Spørsmålet er hvilke faktorer som gjør at nettopp disse menneskene peker seg ut. Handler det om at vi anser visse tilstander som så negative at de i seg selv kan gjøre livet mindre verdt enn døden?

Disse spørsmålene kom for eksempel til uttrykk i diskusjonen rundt Jojo Moyes' filmatiserte bok *Me Before You* (*Et helt halvt år*). Boka og filmen vekket sterke reaksjoner fra funksjonshemmede som lever med samme type ryggmargsskade som hovedpersonen Will. Kritikken mot Moyes' framstilling gjaldt ikke primært hennes sympati for dødshjelp som fenomen, men hennes framstilling av Wills liv som «ikke verdt å leve» etter ulykken som ga ham skaden; selv ikke da han hadde kommet seg gjennom den akutte krisereaksjonen, og selv ikke da han hadde funnet kjærligheten med Lou (Horn, 2016b).

Som en digresjon vil vi peke på at spørsmålene om livskvalitet – som kan være høyst relevante og opplysende å drøfte – har forbindelseslinjer til en tematikk som er nesten urørbar i dødshjelpsdebatten: Erfaringen med nazistenes utryddelse av personer med genetiske sykdommer, psykisk utviklingshemning og andre tilstander som ble bedømt som «ikke-leveverdige liv». Det er en generell erfaring at dødshjelpsdebatter som trekker inn nazistenes eutanasi-program T4, typisk sporer av. Tilhengere av legalisering av dødshjelp peker på *selvbestemmelsen* som den viktigste av flere faktorer som gjør at nazistenes praksis ikke har noe med dagens dødshjelp å gjøre, og derfor er uten relevans for vår debatt. Noen kritikere mener likevel at det ligger lærdom for oss i at

T4-programmet bygget på et grunnsyn om at visse liv ikke var verdt å leve.

Spør 2: Retten til å bestemme over egen død, og selvbestemmelsens grenser

I den vestlige verden står menneskets rett til styring over eget livsløp helt sentralt. Autonomi – selvbestemmelse – har blitt en stadig viktigere verdi også i helsetjenesten, noe som kan spores i økte formelle pasientrettigheter. Retten til å avvise medisinsk behandling, også potensielt livsforlengende behandling, er bredt anerkjent i Nord-Europa.

Som et ledd i utviklingen i retning mer selvbestemmelse og kontroll kommer også ønsket om kontroll over døden: Mange vil selv bestemme når og hvordan døden skal inntreffe. De ønsker å få dø i en situasjon der man er forberedt på dødens komme, og gjerne omgitt av sine kjære. I tillegg til kontroll er opplevelse av verdighet og det å unngå lidelse viktige begrunnelser for å be om dødshjelp.

Mange anser det å bestemme over egen død som en moralsk rettighet, på linje med for eksempel kvinners rett til å bestemme over egen kropp i abortspørsmålet. Noen mener det burde være en menneskerett, eller at det allerede *er* en menneskerett. Den europeiske menneskerettsdomstolen har ikke uttalt seg bastant om spørsmålet, men landet i Diane Pretty-saken fra 2002 på at retten til å ta sitt eget liv uten samfunnets inngripen, med henvisning til artikkel 8 i Den europeiske menneskerettskonvensjon, måtte underordnes artikkel 2 og retten til liv. I Canada derimot, fant høyesterett i 2015 et forbud mot dødshjelp grunnlovsstridig, med henvisning til borgerrettighetene i det kanadiske charteret.

For mange som ytrer seg om dødshjelp i offentligheten, er spørsmålet om selvråderett helt sentralt, og det kan ofte oppsummeres slik: «Det er mitt liv og min død.» I dette sporet diskuteres også hvilke begrensninger selvråderetten ved livets slutt eventuelt bør ha. Et relevant rammeverk her er kontrasten mellom to politisk-ideologiske innstillinger til moralsk uenighet: På den ene siden vil *politisk liberalisme* (f.eks. Rawls, 1996) tilsi at individet skal ha størst mulig rom for egne valg, og at staten skal trekke

seg tilbake og la borgerne avgjøre omstridte etiske spørsmål selv. Sondre Hansmark, leder i ungdomspartiet Unge Venstre, skrev for eksempel: «Den private autonomien skal strekke seg så langt som mulig, så fremt den ikke begrenser andre menneskers frihet i samme slengen (...) Å legalisere eutanasi, selv med visse begrensninger (...), vil bidra til å styrke den personlige autonomien» (Hansmark, 2018). På den andre siden vil *kommunitarismen* (f.eks. Sandel, 1998) peke på at siden mennesker lever sine liv i fellesskap, får autonome handlinger nesten alltid konsekvenser også for andre enn den handlende. Bekymringen er særlig at legalisering av dødshjelp sender et negativt signal til personer som kan oppleve at de ligger andre til byrde (se kap. 5), eller legger press på dem.

Hvis adgang til dødshjelp begrunnes med selvbestemmelse, kan det bli vanskelig å begrunne prinsipielt de grensedragningene som avgjør hvem som kvalifiserer til dødshjelp, og hvem som skal avvises (se kap. 7). En konsekvens av dette kan være at samfunnets tradisjonelle holdning til selvmordstruede individer må tas opp til ny vurdering. Hvordan skille mellom personer som ønsker å dø og bør få dødshjelp, og personer som ønsker å dø, men som samfunnet snarere skal hindre i dette, til og med ved bruk av tvang? (Se også kap. 11.) Selv om selvmord er avkriminalisert, har man i Norge i dag ingen ubetinget «rett» til å avslutte sitt liv gjennom selvmord (Husabø, 1994). Man blir tvert imot forhindret i det, så fremt det er mulig.

Spor 3: Hjelperens rolle i dødshjelp

Dødshjelp skiller seg fra «vanlig» selvmord ved at personen får hjelp av en annen person til å dø. Dermed må en etisk vurdering av hjelperens valg også stå sentralt når vi vurderer om dødshjelp er rett eller galt. Det er verdt å merke seg at eksisterende lover ikke gir pasienter noen *rett* til dødshjelp, derimot innvilger de straffritak til leger som utfører dødshjelp innenfor regelverket. Siden dødshjelperen som regel er en lege, er det naturlig at leger engasjerer seg i debatten. Det synes imidlertid som om noen opplever denne fokuseringen på hjelperen som en avsporing, fordi man selv ser på dødshjelpsspørsmålet gjennom pasientens øyne, som i spor 2. «Hvem skal bestemme over mitt liv – er det legene/samfunnet eller er det jeg selv?» blir det spurt retorisk (Ingul, 2018). Men idet en annen aktør involveres, noe

som nødvendigvis skjer ved dødshjelp, blir argumenter som taler for og mot denne aktørens medvirkning, med én gang relevante.

Et viktig spørsmål er derfor hvilken forskjell det utgjør at dødshjelperen er en lege eller annet helsepersonell. Legers profesjonsetikk har tradisjonelt avvist dødshjelp, gjennom et forbud som kan spores tilbake til den hippokratiske legeeden. Bør dette være til hinder for at profesjonsetikken «nytolkes» til også å innlemme det å utføre dødshjelp? Hvilke grunner kan tale for å opprettholde det profesjonsetiske forbudet? Hvordan kan legerollen og lege-pasient-forholdet påvirkes av at legen har anledning til å utføre dødshjelp? (Se kap. 9.) Dette er viktige spørsmål som diskuteres i dette sporet.

Hvis dødshjelp blir tillatt, hva da med leger som nekter å ha befatning med dette? Bør det være en reservasjonsrett mot å utføre dødshjelp, og hvis ja, bør den også omfatte henvisning til villige kolleger? (Horn, 2016a; Magelssen, 2012; Myskja & Magelssen, 2018.) I norsk ordskifte hevdes det ofte som en selvfølge at ingen leger skal tvinges til å yte dødshjelp. Men erfaringen fra Canada viser at det å innføre dødshjelp i neste omgang vil sette samvittighetsfriheten under press. Hvis dødshjelp blir en formell pasientrettighet, eller oppfattes som en de facto rettighet, vil helsetjenesten også få et ansvar for at den oppfylles. En reservasjonsadgang kan være vanskelig å forene med pasienters rett til dødshjelp, kanskje særlig i spredt bebygde land som Norge, Sverige og Finland. Individets rett til styring over egen død (jf. spor 2) kan komme i konflikt med hjelperens egen autonomi og rett til å følge sin samvittighet og profesjonsetikk. I Sverige og Finland er det ikke tradisjon for reservasjonsrett i helsetjenesten.

Langs dette sporet kan man også diskutere hvilke kvalifikasjoner dødshjelperen bør ha. Det vanligste er å foreslå at leger skal yte dødshjelpen, og man kan tenke seg kriterier for *hvilke* leger som skal være kvalifisert. Eksempelvis, hvilken relasjon bør legen ha til pasienten? Bør det være fastlegen, som kanskje har kjent pasienten i mange år, eller bør det snarere være en spesialisert dødshjelpslege? Hvilken utdanning må legen ha? Må en søknad om dødshjelp forhånds vurderes i en nemnd? Det er også mulig å se for seg andre yrkesgrupper involvert i dødshjelp, som i Canada, der spesialsykepleiere kan beslutte og utføre dødshjelp helt uten legers involvering. Det diskuteres også hvorvidt dødshjelp bør holdes utenfor helsetjenesten, som i Carl Elliotts «filosof-assisterte selvmord» (1996).

Spor 4: Helsefaglige premisser i dødshjelpsdebatten

Hvis en debatt skal bli god, må den bygge på et presist faktagrunnlag. Det gjelder for ethvert medisinsk-etisk spørsmål. Helsefaglige og andre empiriske premisser er derfor av største betydning for dødshjelpsdebatten. Men iblant er det ikke opplagt hva som er fakta, og ofte vil det være omstridt hvordan empirien skal tolkes, og hvilken betydning den bør få i den normative debatten om dødshjelp. Dette sporet er altså primært et faglig område, der det medisinske evidensgrunnlaget blir avgjørende. Men dels er også faglige «sannheter» mulige å utfordre, både av kritiske røster blant fagfolk selv og av legfolk som ser ting annerledes enn fagfolkene gjør.

Blant de viktige spørsmålene i dette sporet er: Hvordan skal dødshjelp defineres? (Se kap. 2.) Foregår det mye dødshjelp i det skjulte i dag, til tross for at det er ulovlig? Er avslutning av livsforlengende behandling (behandlingsbegrensning) langt på vei det samme som dødshjelp? (Se kap. 2.) Hva kan lindrende behandling utrette, og finnes det pasienter som ikke kan oppnå adekvat lindring? (Se kap. 10.) Kan medikamentell lindrende behandling med opioider (smertestillende) og benzodiazepiner (angstdempende) forårsake pasientens død? Er lindrende sedering (se kap. 10) egentlig en fordekt dødshjelp?

Spor 5: Debatten om legalisering, og andre lands erfaringer

Hvis dødshjelp skal legaliseres i de nordiske landene, er det ikke tilstrekkelig å diskutere langs de fire foregående sporene. Før eller senere blir det nødvendig å diskutere hvordan en dødshjelpslov konkret bør utformes.

I spørreundersøkelser er det et klart flertall som mener at dødshjelp kan være riktig i spesielle situasjoner. De fleste synes å mene at det ikke bør være «fritt fram»; mange avviser for eksempel dødshjelp ved psykiske lidelser. Det er derfor et behov for å avgrense – på en måte som er *entydig* (gir klare føringer for alle involverte parter, inkludert domstolene),

rettferdig (alle i relevant lik situasjon får samme tilgang til dødshjelp) og *forsvarlig* (hindrer misbruk og utglidning; se kap. 15). Hvis dødshjelp bør legaliseres, hvordan skulle vi helt konkret gjøre det?

I dette sporet må vi ta stilling til kompliserte spørsmål – juridiske, lovtekniske og praktiske. Dessuten blir helsefaglige premisser fra de foregående sporene relevante. Er det eksempelvis mulig for helsepersonell å bedømme om en pasient opplever «uutholdelig lidelse»? Svaret vil få betydning for hvorvidt et slikt lidelseskriterium kan benyttes i en dødshjelpslov. Det grunnleggende etiske spørsmålet fra spor 1 om hvorvidt dødshjelp i prinsippet kan være akseptabelt, er ikke viktig for selve debatten om *hvordan* dødshjelp kan legaliseres, fordi den har som sitt utgangspunkt at dødshjelp *kan* være riktig i hvert fall i noen situasjoner. Spørsmålet her er om man kan klare å avgrense dette på en god måte i lovs form.

Til dette sporet hører også spørsmålet om hva meningsmålinger om dødshjelp viser, og hvordan disse kan fortolkes (se kap. 3). Videre er spørsmålet om hva som vil være konsekvensene av en eventuell legalisering, viktig her. Vil en dødshjelpslov medføre risiko for misbruk, for skråplanseffekter, verdiglidning eller en gradvis «normalisering» av dødshjelp? Erfaringer fra land som har legalisert dødshjelp, vil være vesentlige i denne analysen (se kap. 13).

Holder offentlig debatt seg til de fem sporene?

For å undersøke om rammeverket med de fem sporene virkelig gir et treffende bilde av offentlig debatt om dødshjelp, gjennomførte én av oss (MM) en enkel analyse av én årgang av dødshjelpsdebatten i norske papiraviser. I databasen Retriever ble det søkt på «dødshjelp», noe som ga 452 treff publisert i 2018. Av disse var 69 unike debatt- eller kommentarartikler som drøftet argumenter om dødshjelp. Tekster som ble publisert tilnærmet identisk i flere aviser, ble bare talt én gang. 33 av tekstene tok tydelig stilling *for* dødshjelp, 31 *mot*, mens fem var nøytrale eller ikke klart tok stilling.

Tabell 1. Forekomst av argumenter fra de fem sporene i en årgang tekster om dødshjelp fra norske papiraviser.

Spør	Tema	Forekomst i tekster for dødshjelp (n = 33)	Forekomst i tekster mot dødshjelp (n = 31)
1	Liv og død	6	16
2	Selvbestemmelse	20	16
3	Hjelperens rolle	1	7
4	Helsefaglige premisser	19	11
5	Legalisering og andre land	12	21

Tekstene ble skjønnsmessig kategorisert ut fra hvilke argumenter de tok opp (Tabell 1).³ Tekstene som argumenterte *for* dødshjelp, trakk særlig frem argumenter om selvbestemmelse samt helsefaglige premisser som at mange pasienter har lidelse som ikke kan lindres godt nok. Tekstene som argumenterte *mot* dødshjelp, la ofte vekt på problemer med andre lands dødshjelpspraksis eller vanskene med å konstruere en god dødshjelpslov, problemer med at selvbestemmelsen skal være reell eller vanskelig lar seg avgrense, og poenger om livets ukrenkelighet. Ett funn var at debattantene sjelden la vekt på argumenter som talte *mot* deres eget syn, annet enn ved å presentere dem helt kort – for så å argumentere mot dem. Debatten kan derfor karakteriseres som polarisert.

I gjennomgangen fant vi ingen argumenter som etter vår vurdering ikke greit lot seg innpasse i et eller flere av de fem sporene. Ut fra dette synes det som om rammeverket med de fem sporene gir et treffende bilde av offentlig dødshjelpsdebatt og temaene som står sentralt der.

De 33 tekstene *for* dødshjelp var skrevet av 18 ulike forfattere (noen hadde flere enn én forfatter). Fem tekster var skrevet av politikere, fra Fremskrittspartiets Ungdom, Grønn Ungdom og Unge Venstre. Halvparten av tekstene (17) var skrevet av nåværende eller tidligere representanter for interesseorganisasjonen Foreningen Retten til en verdig død.

De 31 tekstene *mot* dødshjelp hadde 26 ulike forfattere, og ti av tekstene var skrevet av politikere (fra KrF, Høyre og deres ungdomspartier). Åtte

3 Kategoriseringen var i noen tilfeller krevende og kunne gjøres på flere måter. Derfor bør det ikke legges for mye vekt på fordelingen mellom kategoriene.

av tekstene var signert representanter for interesseorganisasjonen Mennekeverd. Tre var skrevet av dette kapitlets forfattere.

Fem spor i dødshjelpsdebatten – hva er nytten av rammeverket?

Vi har skissert fem spor i dødshjelpsdebatten, fem hovedkategorier som temaene i denne debatten lar seg plassere i. Alle disse er viktige og interessante å drøfte, selv om ulike aktører kan være mer eller mindre opptatt av enkelte av dem. Eksempelvis kan leger være særlig opptatt av å drøfte hjelpens rolle, som får konsekvenser for deres egen yrkesgruppe (spor 3). Funksjonshemmedes foreninger kan være særlig opptatt av om dødshjelp utsier noe om hva livskvalitet og et leveverdig liv er (spor 1). Helsepersonell og medier har en viktig oppgave i å formidle sannferdig og forståelig informasjon om helsefaglige premisser for dødshjelpsdebatten (spor 4). Religiøst motiverte aktører kan være særlig opptatt av å diskutere menneskeverdet, livets hellighet og den etiske normen om ikke å drepe (spor 1). For borgere flest er kanskje argumentet om råderett over egen død det viktigste (spor 2). Våre politikere, derimot, må etter vårt syn særlig vie seg til legaliseringssporet (spor 5) – det er der de skal gjøre sin innsats. Det er også alt i alt det viktigste sporet i dødshjelpsdebatten vi som samfunn må forholde oss til: Dersom dødshjelp skal gå fra å være forbudt til å bli tillatt, krever det at politikerne finner fram til et lovverk som kan regulere dette på en forsvarlig måte.

Rammeverket viser hvilke spor dødshjelpsdebatten kan forløpe langs, og synliggjør samtidig at det er mulig å ha syn som «trekker i ulik retning» fra spor til spor. En debattant kan på ett spor ha et syn som trekker i retning av at dødshjelp bør bli tillatt, mens hun på et annet spor har en oppfatning som går i motsatt retning. En persons svar langs ett av sporene dikterer ikke vedkommendes svar på de øvrige. Særlig viktig er det å se at en prinsipiell holdning om at borgere må få ha stort rom for selvbestemmelse ved livets slutt (spor 2), ikke nødvendigvis impliserer støtte til legalisering av dødshjelp, selv om det kan trekke i den retningen. For det kan hende at aktuelle modeller for legalisering har avgjørende svakheter som gjør at legalisering likevel ikke er tilrådelig (spor 5). Rammeverket

viser altså hvordan nyanserte – og kanskje overraskende – konstellasjoner av oppfatninger kan fremkomme og ikke innebærer noen selvmotsigelse. Eksempelvis argumenterer moralteologen Nigel Biggar *for* at det noen ganger kan være *etisk* rett å ta liv ved dødshjelp, men *mot* legalisering – av frykt for skråplanseffekter (Biggar, 2004).

I dødshjelpsdebatten er det ikke uvanlig at man kan være både enig og uenig med sin motdebattant. Selv om utfallet av diskusjonen gjerne presenteres som en skarp dikotomi – «skal dødshjelp være tillatt, ja eller nei?» – er mange av de sentrale poengene slik at både tilhengere og motstandere kan dele dem og oppleve dem som «sine», i varierende grad.

«Spor»-metaforen kan videreføres til å gi debattanter og debattledere noen enkle råd: En god debatt må *holde seg på sporet* og ikke *spore av*. Hvilket spor er jeg på nå, og er min motdebattant på samme spor? Kun da vil det fruktbare *sammenstøtet(!)* mellom argumenter som går i hver sin retning, kunne finne sted. Samtidig må ikke debatten bli *ensporet*, men ideelt sett forholde seg til samtlige fem spor – bare ikke alle på én gang. For den som skal delta aktivt i dødshjelpsdebatten, kan en slik inndeling i fem spor være nyttig, når man skal velge hvilke diskusjoner man vil begi seg inn på og når. For den som skal styre debatten, kan det også være bra å reflektere over disse sporene, for eksempel i forkant av et folkemøte: Hvilke temaer skal vi ta for oss denne gangen, hvilke instruksjoner skal vi gi debattantene, for å sikre at man i størst mulig grad diskuterer samme tema og snakker *til* hverandre, ikke *forbi* hverandre?

De som analyserer dødshjelpsdebatten, kan også dra nytte av en slik inndeling. Den norske «medieundersøkelsen» fra 2015 stilte spørsmålet enkelt slik: «Hva er din holdning til aktiv dødshjelp? Mener du det er riktig å ha mulighet til å kunne gi aktiv dødshjelp, eller mener du aktiv dødshjelp ikke skal være tillatt?» (Kumano-Ensby & Lauritzen, 2015). Det er lett å se at et slikt spørsmål rommer elementer som kan plasseres i flere av de sporene vi har identifisert her. Noen av respondentene vil kanskje svare ut fra et generelt syn på om det er riktig eller galt å ta liv eller å la en person begå selvmord (spor 1). Andre vil svare ut fra sine tanker om råderetten over egen død (spor 2). Andre igjen vil være opptatt av hvem som i så fall skal utføre dødshjelpen, og konsekvensene for dem (spor 3). Noen vil svare ut fra en forestilling om at dødshjelp alt i dag foregår i det

skjulte, forkledd som lindrende behandling (spor 4). Til tross for en slik palett av motiver og refleksjoner som kan ligge bak respondentenes svar, munner undersøkelsen ut i noe som går mest på sporet om legalisering av dødshjelp (spor 5), samtidig som svaralternativene ikke forteller oss noe som helst om hvordan respondentene eventuelt ser for seg at dødshjelp skulle vært avgrenset, regulert og kontrollert. Dersom meningsmålerne hadde forholdt seg til de fem sporene i dødshjelpsdebatten som vi har skissert her, kunne man tenke seg mer målrettede spørsmål som tester ut befolkningens syn langs disse sporene, og som gir et mye mer nyansert bilde.

Referanser

- Biggar, N. (2004). *Aiming to kill. The ethics of suicide and euthanasia*. London: Darton, Longman and Todd.
- Elliott, C. (1996). Philosopher assisted suicide and euthanasia. *BMJ*, 313(7064), 1088.
- Finnis, J. (1991). *Moral absolutes. Tradition, revision, and truth*. Washington, DC: Catholic University of America Press.
- 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>
- Hansmark, S. (2018, 15. januar). Krever kloke avveininger. *Vårt Land*.
- Horn, M. (2013, 19. april). Fire spor i dødshjelpsdebatten. *Fri tanke*. Hentet fra <https://fritanke.no/fire-spor-i-dodshjelpsdebatten/19.9073>
- Horn, M. (2016a, 26. mars). Bør retten til å nekte å ta liv inn i grunnloven? *Aftenposten*.
- Horn, M. (2016b, 23. september). Liten toleranse for svakhet. *Vårt Land*.
- Husabø, E. J. (1994). *Rett til sjølvvalt livsavslutning?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Ingul, O. (2018, 23. juni). Dødshjelp. *Trønder-Avisa*.
- Kumano-Ensby, A. L. & Lauritzen, F. (2015, 12. mars). *Ny undersøkelse overrasker: Hver fjerde lege er for aktiv dødshjelp*. NRK.no. Hentet fra https://www.nrk.no/dokumentar/ny-undersokelse-overrasker_-hver-fjerde-lege-er-for-aktiv-dodshjelp-1.12245367
- Magelssen, M. (2012). When should conscientious objection be accepted? *Journal of Medical Ethics*, 38(1), 18–21.
- 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.

Moen, O. M. & Sterri, A. B. (2019). *Aktiv dødshjelp. Etikk ved livets slutt*. Oslo:

Cappelen Damm Akademisk.

Myskja, B. & Magelssen, M. (2018). Conscientious objection to intentional killing:

An argument for toleration. *BMC Medical Ethics*, 19, 82.

Rawls, J. (1996). *Political liberalism*. New York: Columbia University Press.

Sandel, M. J. (1998). *Liberalism and the limits of justice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ordforklaringer

bevisstgjøre: uppmärksamma (S), bevidstgøre (D)

borgere: medborgare (S)

borgerrettigheter: civila rättigheter (S), borgerrettigheder (D)

digresjon: utvikning (S), sidespring (D)

formål: syfte (S)

forskjell: skillnad (S), forskel (D)

framgangsmåte: förfarande (S), procedure (D)

føringer: riktlinjer (S), retningslinjer (D)

i samme slengen: samtidig (S, D)

i sum: totalt (S, D)

innvilge: bevilja (S)

måles: mätas (S)

måten: sättet (S), måden (D)

selv ikke: även om inte (S)

selvfølge: skjælvklarhet (S), selvfølgelighed (D)

selvmordstruede:s (S)

skjulte: dolda (S)

skråplan: sluttande plan (S), glidebane (D)

spore av: spåra ur (S), afspore (D)

straffritak: undantag från straff (S), fritagelse fra straf (D)

ståsted: perspektiv (S), utsigtpunkt (D)

unntaksløs: utan undantag (S)

utfordre: utmana (S)

vanskelig: svært (S), svært (D)

ærefrykt: vördnad (S), ærefrygt (D)