

## KAPITTEL 7

# De to veiene til dødshjelp

*Daniel Joachim H. Kleiven*

Siviløkonom, masterstudent i filosofi og samfunnsdebattant

**Abstract:** This chapter's claim is that arguments for legalising assisted dying essentially follow one of two paths. We can either justify it in the person's self-determination (the "autonomy path"), or in the person having rational, good reasons for his death wish (the "rationality path"). Both these lines of argument have radical consequences when their logical implications are fully pursued, and an attempt to balance these principles will be under constant pressure. This presents a challenge to those who think it is fairly straightforward to design our preferred assisted dying law, and should make us think through carefully what any legalisation will entail and what principles underlie it. If we take the principle of self-determination seriously, it leads to a very liberal assisted dying law that few Nordic advocates of legalisation would want. On the other hand, choosing the path of rationality requires that we, as a society, define criteria for when life is "not worth living", based on characteristics that large groups of fellow human beings possess, including those who do not share a desire to die.

**Keywords:** assisted dying, autonomy, euthanasia, legalisation, life worth living, quality of life, rationality

*Det finnes bare ett virkelig alvorlig filosofisk problem:  
det er selvmordet. Å avgjøre om livet er verdt eller ikke verdt å leve,  
det er å svare på filosofiens fundamentale spørsmål.*

—Albert Camus (1994, s. 7)

Dette kapitlet utforsker de to vanligste måtene å argumentere for legalisering av dødshjelp på. Det vil bli argumentert for at hver av disse, som jeg kaller henholdsvis autonomiveien og rasjonalitetsveien, har høyst problematiske implikasjoner når de følges til sin logiske endestasjon. Dette

Sitering av denne artikkelen: Kleiven, D. J. H. (2020). De to veiene til dødshjelp. I M. A. Horn, D. J. H. Kleiven & M. Magelssen (Red.), *Dødshjelp i Norden? Etikk, klinikk og politikk* (Kap. 7, s. 141–156). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.96.ch7>.  
Lisens: CC BY 4.0.

innebærer ikke at nordiske tilhengere av legalisering av dødshjelp *faktisk* følger den ene eller den andre veien fullt ut, men jeg vil utforske hvor premissene i debatten leder oss, om de fullt ut tas på alvor. Selv om få eller ingen i den nordiske debatten per i dag har slike ekstreme standpunkt, er det verdt å granske hvor vi vil havne dersom de logiske implikasjonene blir tydelige.

Det er derfor gode grunner til å være bekymret for at lover, til tross for velmente hensikter, vil bli utsatt for et «rasjonelt press» i retning av disse endestasjonene. Til slutt viser jeg at forslag om å «følge middelveien» mellom autonomi og rasjonalitet, noe som kan virke som et naturlig mottrekk ved å balansere de to prinsippene, også medfører store problemer. Et forsøk på en slik balansegang vil gjerne ende med ubalanse, og mest sannsynlig vil en dødshjelpspraksis som forsøker å balansere prinsippene, presses i retning rasjonalitetsveien, med de problemene den gir. Påstanden om at en lov basert på to prinsipper vil tendere til å gravitere mot en grøftekant dominert av én av dem, omtales ofte som det *konseptuelle* skråplansargumentet, i kontrast til det empiriske (Griffiths, Weyers & Adams, 2008, s. 513).

## Dødshjelp for de få

Tre av fire nordmenn svarer at de ønsker legeassistert selvmord legalisert i visse tilfeller når pasienten nærmer seg døden (Magelssen, Supphellen, Nortvedt & Materstvedt, 2016). Det er lett å forstå hvorfor mange svarer slik. Kanskje forestiller vi oss en person som har levd et langt og godt liv, men som nå er kreftsyk og har maksimalt et par uker igjen å leve, med utsikter til sterke smerter den siste tiden. Hvorfor skal ikke denne personen få hjelp til å «slippe» disse siste ukene, om vedkommende selv ønsker det? Mange ville nok ønsket å ha den muligheten om de var i samme situasjon.

I en perfekt verden kunne vi kanskje ha utformet en lov som bare inkluderte slike eksempler. Men svært få vil ønske at dødshjelp skal være tillatt i *mange* eller *alle* tilfeller. I undersøkelsen synker oppslutningen raskt når kriteriene forandres, som at pasientene er kronisk syke, men ikke døende (51 %), har psykiske sykdommer (17 %), eller bare er «livstrette» (18 %).

Til tross for at autonomi benyttes hyppig i retorikken for legalisering av dødshjelp, spiller konseptet derfor en underordnet rolle i den reelle etiske begrunnelsen. Svært få ønsker at autonomi skal være rådende, slik at enhver person skal kunne få innvilget dødshjelp uavhengig av situasjonen han eller hun befinner seg i. Andre kapitler i denne boken tar opp hvor problematisk autonomikonseptet er (se særlig kap. 5 og 6). Men et fundamentalt spørsmål vi må ta stilling til, i tillegg til selvbestemmelse, implisitt eller eksplisitt, er *hva slags liv som er verdt å leve*.

Den stoiske filosofen Epiktet (55–135 e.Kr.) var tydelig på at både selvmord og det å hjelpe andre til å utføre selvmord kunne være akseptable handlinger. I bok II, 15 av hans *Diskurser* forteller han om en venn som har bestemt seg for å sulte seg i hjel, en vanlig form for selvmord på denne tiden. På tredje dag av sultestreiken reiste Epiktet til ham og spurte:

But still tell me what it was which induced you to resolve; for if you have resolved rightly, we shall sit with you and assist you to depart; but if you have made an unreasonable resolution, change your mind. (1904, s. 141)

Det er tydelig at Epiktet ikke er villig til å hjelpe til under *hvilke som helst* omstendigheter. Om beslutningen er feil, vil Epiktet til og med kreve at han forandrer den. Epiktet godtar ikke beslutningen bare på grunnlag av valget, men han krever at avgjørelsen må være rettfærdiggjort. Men hva kan en «rettfærdiggjort avgjørelse om å ta livet sitt» være? Et mulig svar finner vi hos den antikke historikerens Diogenes Laertios' beskrivelse av stoikernes syn:

They tell us that the wise man will for reasonable cause make his own exit from life, on his country's behalf or for the sake of his friends, or if he suffer intolerable pain, mutilation, or incurable disease (1925, s. 235)

## Jakten på en rettfærdiggjort dødsbeslutning

Tross den brede støtten til legalisering av dødshjelp som fremkommer i befolkningsundersøkelser, vegrer politikerne seg for å bringe spørsmålet på dagsordenen. Helsepersonell er dessuten langt mer negative til legalisering enn den øvrige befolkningen (Gaasø, Rø, Bringedal & Magelssen,

2019; se også kap. 3). En viktig grunn til dette kan være at politikere og helsepersonell i langt større grad må håndtere de praktiske realitetene og ta mange hensyn i betraktning. Da viser det seg straks utfordrende å utforme en trygg, stabil og rettferdig dødshjelpslov, hvor vi kan være trygge på at loven bare benyttes til det formålet vi ønsker (se kap. 15). Men hva om det finnes en dypere grunn til at dette er utfordrende?

Enhver lov hviler på et sett med dypere prinsipper. Disse prinsippene er etiske av natur. De forteller noe om hva vi betrakter som *et gode*. Vi tenker at loven som et minimum burde åpne for at frie borgere kan tilstrebe å oppnå det som åpenbart er goder, om det ikke finnes gode grunner mot det.

Vi tenker eksempelvis at ytringsfrihet fremmer viktige *goder*. Derfor burde staten respektere den og forsøke å fjerne begrensninger for at ytringsfrihet realiseres, om det ikke er gode grunner for noe annet, som når samme ytringsfrihet benyttes til å oppfordre til vold. Det er et *gode* at mennesker kan få utdanning og arbeid, så derfor kan staten forsvare å bruke ressurser for å realisere at alle dens borgere kan få det.

Likedan kan vi lage et argument hvor vi forsøker å ta autonomiprinsippet på alvor i dødshjelpsspørsmålet:

Det er et gode å fremme menneskers autonomi. Å legalisere dødshjelp tillater oss å fremme menneskers autonomi. Derfor burde vi legalisere dødshjelp.

Dersom vi tenker at autonomi er et ubetinget gode, og om det å hjelpe noen til å ta livet sitt kan fremme dette godet, skal det tungtveiende grunner til for ikke å tillate det. Men vi kan tenke at et argument hvor godet bare er definert i henhold til autonomi, mangler noe vesentlig. Det ikke vil gi noen grenser for hvem som motta dødshjelp, og under hvilke omstendigheter dette kan skje. Derfor kan vi forsøke å innføre noen kvalifikasjoner. Vi kan hevde at for en person som søker hjelp til å dø, er døden bare et gode når visse kriterier er oppfylt. Med andre ord, hvis personens død virkelig er et gode, må det være fordi det eksisterer noe slikt som et «liv ikke verdt å leve». Det kan gi oss et slikt argument:

Det er et gode at mennesker hvis liv ikke er verdt å leve, kan få hjelp til å avslutte det. Å legalisere dødshjelp gir mennesker hvis liv ikke er verdt å leve, mulighet for hjelp til å avslutte det. Derfor burde vi legalisere dødshjelp for mennesker hvis liv ikke er verdt å leve.

Men hva kan det bety at et liv kan være «ikke verdt å leve»? Finnes det objektive tilgjengelige kriterier vi kan sette opp for å avgjøre dette? Hvilke kriterier kan dette i så fall være?

Argumentasjonen for dødshjelp må tydeliggjøre de nødvendige betingelsene for at et ønske om å bli tatt livet av, *bør* etterkommes, og hvor vi til og med *bør* tilby vår hjelp. Her har vi grovt sett to alternativ: Enten finner vi de avgjørende betingelsene i (1) menneskets eget valg, eller i (2) *noe annet enn* menneskets eget valg. Som vi snart skal se, svarer autonomiveien til førstnevnte, og rasjonalitetsveien til sistnevnte. La oss starte med å se på autonomiveien.

## Den selvvalgte døden

Det er unødvendig å overbevise moderne vestlige mennesker om at selvbestemmelse er et gode for en voksen person. Det har blitt et sentralt premiss i vår kultur. Men hvordan forstår vi, med våre nedarvede forestillinger, ord som *autonomi* og *selvbestemmelse*? Og hvor selvfølgelig er vår kulturelt betingede forståelse av dem?

Vi anser det som et *gode* at vi i stor grad selv kan ta avgjørelser om ting som er viktige for oss. Moderne politisk liberalisme er fundert på ideen om at rasjonelle mennesker kan ha velbegrunnede, rivaliserende oppfatninger om hva som er et *gode*, og at de derfor i størst mulig grad burde overlates til å ta slike beslutninger på egen hånd. Staten og andre institusjoner skal ikke være overformyndere. Vi ønsker altså å være *autonome* til å forme vår egen vei i livet, i samsvar med våre egne oppfatninger om det gode liv.

Men hva vil det si at et menneske utøver autonomi? Vårt moderne konsept om autonomi stammer fra den tyske 1700-tallsfilosofen Immanuel Kant, som kalte autonomi for «det suverene prinsippet for moral» (Copleston, 1994, s. 329–330). Men måten vi benytter begrepet på i dag, er langt fra Kants opprinnelige filosofi. I tiden som har gått mellom Kant og oss, er det blitt sterkt preget av et par hundre år med konkurrerende filosofiske retninger. Kants opprinnelige prosjekt var å forsøke å reetablere en universell standard for hva *et gode* er, og for hva som utgjør *gode handlinger* for mennesket. Den dominerende aristoteliske etikken hadde

hatt denne funksjonen, men var på Kants tid gått av moten blant store deler av den vestlige intelligentsiaen.

Kant foreslo at om vi skal være moralsk ansvarlige, må vi være moralsk autonome. Våre handlinger kan ikke vurderes etisk, dersom vi bare lever opp til andre menneskers formeninger. Derfor må vi være *selvlovgivere* (Kant, 1993; Copleston, 1994). Men på samme tid er det ikke vilkårlig hvilke lover vi holder oss selv ansvarlige overfor. Viljen vår, som praktisk fornuft, kan aldri betraktes som uavhengig fra vår evne til rasjonalitet (Kant, 1993, s. 23). Ikke ethvert valg kan bli godt, bare fordi vi ønsker det. Men siden vi er rasjonelle vesener, må valgene våre sees i lys av en rasjonelt tilgjengelig morallov.

Hva som følger av denne moralloven, er dypest sett universelt tilgjengelig kunnskap, hevdet Kant. Men denne må vi identifisere selv, og i den forstand er vi derfor autonome. Det er noe alle mennesker til alle tider kunne komme frem til, om de stilte seg de riktige spørsmålene. Dette ledet Kant frem til innflytelsesrike ideer, slik som de kategoriske imperativene, ubetinget gyldige lover for alle fornuftsvesener (Copleston, 1994).

Kant mente dessuten at selvmord – og derfor også dødshjelp – aldri kunne forsvares, siden det var irrasjonelt å ønske sin egen ikke-eksistens. Det brøt med de kategoriske imperativene, siden eksistens er den absolutte forutsetningen for ethvert oppnåelig *gode* for en person (Kenny, 2006).

Et århundre senere dukket landsmannen Friedrich Nietzsche opp. Han stilte et naturlig spørsmål i møte med Kants påstand: «Hvorfor tro på en slik morallov?» Nietzsche hevdet at virkeligheten ikke kommer med slike fiks ferdige morallover. Vi må kaste av oss begrensningene av å være lenket til de tradisjonelle moralsystemene, som utelukkende var menneskeskapt, utviklet i troen på at det eksisterte noe slikt som en morallov, med gitte standarder for hva som var godt og ondt, bedre og verre. Bare da kan vi bli frie, mente Nietzsche, når vi kan skape oss selv, omfavne livskraften og det virkelige *menneskelige*. Vi må snarere forsøke å leve i en slags kunstnerisk utfoldelse av det fulle spekteret av våre evner.

Til forskjell fra Kant betraktet Nietzsche viljen vår løsrevet fra påstanden om at vi er fornuftsvesener som vurderer i henhold til gitte etiske kategorier. Det er verdt å merke seg at Nietzsche beskriver selvmordet i langt mer positive ordelag enn Kant:

Den syke er en parasitt på samfunnet. I en viss forstand er det uanstendig å leve videre. (...) Å dø på en stolt måte, når det ikke lenger er mulig å leve på en stolt måte. Døden, valgt av egen fri vilje, døden til rett tid, med klarhet og glede, fullendt blant barn og avkom: slik at en virkelig avskjed fortsatt er mulig, hvor den som tar avskjed, *fortsatt er der*, likeledes en virkelig vurdering av det oppnådde og villede, en *oppsummering* av livet. (2008, s. 81)

En siste tenker som er verdt å trekke frem, nærmere vår egen tid, er den franske eksistensialisten Jean-Paul Sartre. Vi kan velge fritt, mente han, men bare på grunn av at *eksistens* er forut for *essens*. Mens Aristoteles hadde hevdet at mennesket har en gitt *natur* (essens), som er bestemmende for hva som vil være rasjonelle og gode valg for et individ av vår art, påsto Sartre at dette ikke kunne være sant. For at mennesket skal kunne være fritt, må vi først og fremst være skapere av vår egen essens. Vi bestemmer selv, også hva vi skal være, kontinuerlig (Sartre, 1946). Sartre har altså radikalt forlatt Kants opprinnelige forståelse av autonomi, både som det å velge som et individ som innehar en *natur som fornuftsvesen*, og at vi handler *i tråd med en rasjonell morallov*. Personen som velger, vil, ifølge Sartre, gjennom valget skape seg selv, og derved også fasiten på hva som er et godt valg for vedkommende.

Når vi i dødshjelpsdebatten foreslår at autonomi skal være et rådende prinsipp, avhenger betydningen av dette altså fullstendig av hvilket autonomikonsept vi har i tankene. Om vi tenker på Kants autonomi, må det autonome valget alltid sammenholdes med en rasjonell standard (moralloven). Den avgjørende autoriteten for valget ligger *et annet sted* enn i menneskeviljen selv. Men det vi ofte har i tankene når vi snakker om «autonomi» i vår kultur, er i større grad formet av arven fra Nietzsche og Sartre, hvor autoriteten ligger hos oss alene. For et slikt autonomibegrep er det sentrale at det er *vi* som velger – ikke *hva* vi velger. Men hva blir konsekvensen dersom vi utformer en dødshjelpslov ut fra det prinsippet?

Om denne versjonen av autonomiveien følges, får valget altså all nødvendig autoritet fra det enkle kriteriet av at det *tilhører subjektet selv*. Vi andre kan ikke bedømme valget ut fra kriterier om hvorvidt valget er godt, bedre, rasjonelt eller noe lignende, selv om valget er å ta ens eget liv.

For en dødshjelpslov som tar et slikt autonomiprinsipp fullt ut på alvor, blir mange foreslåtte betingelser, slik som at personen må være terminalt

syk eller oppleve uutholdelig lidelse, straks uholdbare begrensninger for utøvelsen av autonomi. Vi som medmennesker kan ikke uten videre tvinges til å hjelpe vedkommende med å utføre dette, men det er heller lite som *hindrer* oss i å hjelpe til. Dersom det å hjelpe personen til å ta sitt eget liv samsvarer med hva vi ønsker å gjøre, utøver vi likedan bare *vår* autonomi. Loven burde ikke ha noen autoritet til å gripe inn for å hindre eller begrense dette.

Nordiske dødshjelpstilhengere flest vil forståelig nok finne en slik lov lite attraktiv, men da bør de samtidig innrømme at de lar andre hensyn overstyre prinsippet om respekt for personens selvbestemmelse. Da er det et annet prinsipp som dypest sett begrunner, og setter grenser for, tilbudet om dødshjelp.

I dødshjelpslandet Nederland har holdningene beveget seg langt i denne retningen. I en undersøkelse av holdningene til den generelle befolkningen, publisert i 2012, sa hele 57 % seg enig i at «alle burde ha en rett til å få dødshjelp når han eller hun ønsker det», mens bare 23 % var uenige (van der Heide et al., 2012a; se også kap. 12 og 13).

## Kan mennesket miste sin verdi?

Om autonomi ikke skal være *tilstrekkelig* for å motta dødshjelp, må det altså noe mer til. Dersom det finnes en gruppe A for «personer som bør få *avslag* på en forespørsel om dødshjelp», og en gruppe B for «personer som bør få *innvilget* en forespørsel om dødshjelp», må vi finne ut hva som er de nødvendige betingelsene som skiller en person i gruppe A fra en person i gruppe B.

Om *noe annet enn* menneskets egen vilje er nødvendig, må vi begynne med å oppgi hvilke *grunner* som kan være tilstrekkelige for at et menneske skal kunne be om hjelp til å dø, og få innvilget dette. Hvis vi gjør som Epiktet og krever at en slik avgjørelse skal være «rettferdiggjort», hva er det da som kan rettferdiggjøre det? Hva er de definerte kriteriene, hvor vi kan svare en person «Ja, i ditt tilfelle er død et gode», eller «Under dine omstendigheter, vil en forespørsel om dødshjelp være rettferdiggjort»?

Dette kan knyttes til velgjørhetsprinsippet, et av de fire grunnleggende medisinsk-etiske prinsippene. Vi må identifisere hva det er som



kjennetegner medlemmene i gruppen som får innvilget dødshjelp, som gjør at det kan være *rettferdiggjort* å ta livet av dem, fordi livet deres ikke er verdt å leve. Å ta livet deres, eller å hjelpe dem til å ta sitt eget liv, kan da hevdes å være *velgjørende*. Vi utfordres her til å sette opp en standard for hva som er (1) liv verdt å leve, og (2) liv *ikke* verdt å leve.

Hvordan ville disse kriteriene se ut? Sannsynligvis ville de pekt ut egenskaper som kjennetegner mennesket på sitt mest sårbare. Vanlige forslag er kort forventet levetid, stor grad av opplevd fysisk og/eller psykisk lidelse, nedsatt funksjonsevne, tap av kognitive evner og avhengighet av andre. Flere av disse er blant de hyppigst oppgitte grunnene fra folk som velger dødshjelp i Oregon (Oregon Public Health Division, 2019).

Merk at slike kriterier gir egenskaper som formuleres helt uten hensyn til menneskets faktiske autonomi, og hvorvidt de *selv* samtykker til å tilhøre denne gruppen eller ikke. Om vi sier at et sett med definerte egenskaper kjennetegner en person hvor død er et gode, som kjennetegner en person som tilhører gruppen for hvem det *kan være rasjonelt* å be om sin egen død, sier vi det både på vegne av de som *ønsker* dødshjelp, og de som ikke gjør det. Vi forteller borgere i denne gruppen at deres liv ikke er verdt å leve, og at deres død er et gode. Med andre ord, hvis det eksempelvis er et gode å dø for en samtykkekompetent person som ønsker sin egen død, på grunn av at vedkommendes tilværelse har visse egenskaper, er ikke døden på samme måte et gode for alle andre med tilsvarende egenskaper, uavhengig av om de er kompetente eller om de ønsker sin egen død?

Det er nærliggende å tenke at kriteriene vi setter opp, også vil være oppfylt for et stort antall mennesker som er fornøyd med å leve, og som ikke ville ha uttrykt noe ønske om å dø. Internasjonalt er eksempelvis flere interesseorganisasjoner for funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede aktive motstandere av legalisering av dødshjelp. Det gir mening – i lys av at en slik liste med kriterier vil komme til å inkludere mange av deres medlemmer, som kan komme til å oppleve seg stigmatisert.

Vi er ansvarlige for våre egne valg, men menneskers avgjørelser påvirkes gjerne av individuelle og sosiale vilkår (se også kap. 5 og 6). Individuelle vilkår inkluderer slikt som alder, temperament og smak, naturlige

ferdigheter, og så videre. Gitt våre forskjeller, er det naturlig for oss å velge ulikt under ellers like omstendigheter. Sosiale påvirkninger inkluderer vår nærmeste familie, våre venner og storsamfunnet. Hvilke muligheter vi som samfunn gjør tilgjengelige, som institusjonaliseres av myndighetene, og hvilke verdier som råder i kulturen vår, vil forandre vilkårene for generasjonene etter oss (Oderberg, 2005).

Om vi formaliserer kriterier i lov og praksis for hva som er liv verdt å leve, og når død kan være et gode for en person, kan vi forvente at nye generasjoner vil skyve på grensene på måter som vil være overraskende for oss, når deres egne sosiale vilkår forandres. Spesielt under stramme tider – med sosial turbulens, begrensede ressurser, trusler om konflikt eller krig – kan slike prosesser tilta. Vi burde i det minste stoppe opp og granske vår tradisjonelle forståelse av mennesket som noe med iboende og ubetinget verdi, som ligger til grunn for menneskerettighetserklæringen. Er det gode grunner til at sivilisasjonen vår har holdt fast ved dette, som et viktig sikkerhetsnett for samfunnets mer sårbare medlemmer? Observasjoner fra andre kulturer og andre epoker lærer oss at det er lite ved menneskenaturen *per se* som hindrer oss i å utsette sårbare grupper for et farlig press, om våre oppvekstvilkår og vår sosiale påvirkning skulle gjennomgå en drastisk forandring.

Det finnes allerede anerkjente tenkere som har forsvart at vi burde tilbake til Epiktet, Nietzsche eller en romersk tankegang hvor det å «falle på sverdet sitt», å velge døden av hensyn til andres interesser, er det mest ærbare. Tenkere som Mary Warnock har forsvart en «plikt til å dø» (2008).

## Hvorfor skal dødshjelp være frivillig?

For å sikre at dødshjelpskandidaten virkelig er misfornøyd med livet og ønsker å dø, vil vi kvalifisere at dødshjelp skal være på *frivillig* og *kompetent* forespørsel, som er to vilkår som inngår i selve definisjonen av dødshjelp i kap. 2. Forkjempere for legalisering tar det gjerne som en selvfølge at det er dette man ønsker å innføre. Dette er den formen for legalisering av dødshjelp som er enklest å forsvare i en kultur som vår, sterkt preget av anerkjennelsen av det selvstendige individet. Om ikke *frivillig* dødshjelp

kan forsvareres hos oss, kan trolig ikke *noen* form for «dødshjelp» forsvareres, slik som «medisinsk drap uten forespørsel».

Men hvor opplagt er dette? Om man eksempelvis resonnerer etter konsekvensetiske prinsipper, noe som i dag er populært blant både profesjonelle etikere og andre, er ikke subjektets «frivillige og kompetente forespørsel» *per se* noe som vil avgjøre hvorvidt handlingen er forsvarlig. Det som derimot gis vekt i det etiske regnskapet, er konsekvensene som finner sted *etter* at handlingen er utført.

Når vi skal finne frem til hva som er de gyldige målekriteriene for «gode konsekvenser», og vurdere hvordan vi kan vekte disse opp mot visse «dårlige konsekvenser», må vi i prinsippet alltid være åpne for at andre hensyn veier tyngre enn respekten for personens autonomi. Den innflytelsesrike etikeren Peter Singer uttalte som preferanseutilitarist<sup>1</sup> eksplisitt at dette kan være tilfellet: «If we are preference utilitarians, we must allow that a desire to go on living can be outweighed by other desires» (Singer, 2011, s. 99).

Vi kan legge merke til at disse «other desires» i prinsippet ikke trenger å tilhøre personen selv. Det kan fint være at *andres* preferanser om at en person skal avslutte livet, kan utkonkurrere vedkommendes egen preferanse om å fortsette å leve. Det kan intuitivt høres overraskende ut, men det er langt fra utenkelig. Vi kan fint se for oss en rekke situasjoner hvor det kan være tilfellet.

En person med sterk funksjonsnedsettelse kan utgjøre en stor økonomisk belastning, og legge beslag på mye tid og ressurser fra helsepersonell, venner og familie. En hatet maktperson kan gjøre livet surt for en storfamilie eller for en gruppe mennesker som helst skulle sett vedkommende død. En mislikt minoritet kan skape ustabilitet i et samfunn, hvor mange tenker de ville hatt det bedre uten dem. De kan betrakte døden til et individ eller en gruppe av individer som et gode, om enn ikke for individet selv, så for storsamfunnet og i sum. Dette vil vektes mot de samfunnsmedlemmene som kan ha preferanser om at individet skal få leve, men det er ikke gitt hva utslaget av denne vektingen vil være. Det som er

---

1 En form for konsekvensetikk hvor godheten av handlingen analyseres ut fra hvor mange individers preferanser som blir oppfylt. Singer har siden «konvertert» til hedonistisk konsekvensetikk.

enda mer uklart, er hvordan vi moralsk kan fordømme slike tankerekker om vi først tillater konsekvensetiske resonnementer. Autonomien har her blitt underordnet rasjonalitetshensyn og storsamfunnets tanker om hva som er et liv verdt å leve for samfunnets individer.

Om vanlig foreslåtte størrelser som «preferanse», «lykke» eller «nytte» skal kunne være en felles måleenhet, må vi kunne *oversette* alle hensyn til den valutaen – fra individets egne ønsker og kompetanseevne til verdighet og menneskerettigheter, til kortsiktige og langsiktige interesser til alle involverte, til dagens utvikling av medisinsk teknologi, til makroøkonomiske regnestykker, osv. Men i en slik *oversettelsesprosess*, hvor vi foretar en kvantitativ vektning, er det vanskelig å unngå at denne vil være dels vilkårlig.

Om man ikke er konsekvensetiker, kan det likevel være at man kan holde fast ved at menneskets frivillige, kompetente forespørsel er absolutt nødvendig for at vi i det hele tatt skal kunne tenke oss at dødshjelp kan være aktuelt. Og kan man ikke gjøre det uten å havne i motsatt autonomigrøft, som beskrevet ovenfor? Det skal vi se nærmere på her.

## En gyllen middelvei?

Er vi nødt til å følge et prinsipp fullt ut, slik som autonomi eller rasjonalitet, og dermed ende opp med et ekstremt standpunkt når de logiske implikasjonene følges til sin ende? Griffiths et al. (2008, s. 513) kaller dette for en feilslutning («one law, one principle-fallacy»), og hevder at man utmerket godt kan ha flere prinsipper som balanserer hverandre. Ifølge dem er dette tilfellet i Nederland og Belgia, hvor ikke bare autonomi, men også velgjørenhet, er rådende prinsipper.

Det å kombinere flere prinsipper er ikke ukjent på andre områder. Legen godtar pasientens frivillige forespørsel om morfin, men bare om han eller hun vurderer det som medisinsk indisert; med andre ord, om ønsket anses som rettferdiggjort. Om pasienten bare ønsker morfin som rusmiddel, har helsepersonell grunn til å avslå forespørselen. *Både* autonomi (informert samtykke) *og* en begrunnelse (medisinsk indikasjon) må altså være til stede. Kan vi ikke tenke tilsvarende i dødshjelpsspørsmålet?

I én forstand *kan* vi selvsagt det – det er jo nettopp det vi ser forsøkt i de landene som har legalisert dødshjelp. Men problemet er at kombinasjonen er ubalansert; det er rasjonaliteten og ikke autonomien som er det førende prinsippet i argumentasjonen. For, som det er argumentert for over, blir dødshjelpen rettferdiggjort av dødsønskets *begrunnelse*, snarere enn at det springer ut fra personens *selvbestemmelse*. Hvis døden på grunn av noen definerte kriterier er et gode for personen som fremmer et autonomt ønske om å dø, er døden et like stort gode for personen som ikke fremmer noe slikt ønske, og/eller ikke har evnen til å fremme noe ønske.

Slike fakta skaper et «press» i retning av å utvide tilbudet om dødshjelp også til større grupper og ikke-samtykkekompetente pasienter. Påstanden er ikke at en slik utvidelse med nødvendighet vil finne sted, men at det blir vanskelig å finne gode, logisk konsistente argumenter imot.

Årsaken til det er at forsøket på å balansere to prinsipper vil være konstant tilbøyelig til å favorisere et av dem. Ubalansen blir også stadig mer synlig i empirien fra land som har forsøkt å legalisere dødshjelp. I Nederland har denne favoriseringen gitt seg utslag i at loven tolkes mye bredere enn før, om enn ordlyden er uendret (se kap. 13). Der er det avgjørende kriteriet for å motta dødshjelp at den dødshjelpssøkende uttrykker å oppleve en *uutholdelig lidelse*, fysisk eller psykisk; og i de senere årene har også generell *livstretthet* blitt foreslått som en form for uutholdelig lidelse. Kriteriet om opplevd uutholdelig lidelse kan nettopp medvirke til å skape en god balanse, siden det gir oss både en frivillig forespørsel og en fornuftig begrunnelse. Men samtidig, ved å inkludere en begrunnelse som er helt og fullt subjektiv, er den avgjørende autoriteten på nytt hos subjektet selv. Opplevelser er per definisjon private for den som opplever.

Med slike kriterier har det oppstått en situasjon hvor mer restriktive leger kan avvise forespørselen om dødshjelp, men hvor pasienten deretter kan henvende seg til fagpersonell de vet vil tolke lovverket mer liberalt. Den nederlandske pro-dødshjelpsorganisasjonen NVVE etablerte i 2012 den såkalte «Levenseindekliniek», hvor søkere som hadde fått avslag på forespørselen om dødshjelp, kunne få en ny lege på besøk, en som var mer villig til å innvilge dødshjelp. I løpet av de årene klinikken har eksistert, har antallet årlige henvendelser økt fra 603 til 2564 (Levenseindekliniek, 2018; kap. 13).

En pasient som ikke er samtykkekompetent, kan likedan fortelle at han også lider og ønsker å dø. Om vi i tillegg har gode grunner til å tenke at personen virkelig opplever stor lidelse, tilsier velgjørenhetsprinsippet at han burde få innvilget ønsket sitt. Vi kan dessuten vurdere at når personen ikke bare opplever lidelse, men også mangel på samtykkekompetanse, bidrar det bare til å gjøre situasjonen enda mer uutholdelig. Legen kan tenke at dersom han selv var i denne situasjonen, ville han definitivt ønsket å dø. Hvordan kan vi forsvare at mangelen på samtykkekompetanse gjør at det likevel *ikke* vil være et gode for pasienten å dø? Her virker det inkonsistent og brutalt å frata den ikke-samtykkekompetente pasienten tilgangen til dette godet, bare fordi han ikke kan fremme en kompetent forespørsel.

Hva om vi i fremtiden har et samfunn som i stor utstrekning har omdefinert død som et mulig gode for personer som lever under visse omstendigheter? Og at leger har en dødbringende sprøyte i verktøyskrinet sitt til disse personene, sammen med smertelindring og andre medikamenter? Hva om de tillates å benytte denne på ikke-samtykkekompetente pasienter i en miserabel situasjon, hvor legen vil tenke at hun eller han selv ville ønsket å dø? Vil ikke det være realistisk å tenke seg? Naturligvis er det en viss risiko for at legen vurderer dette feil, og at det vil bli enkelte ofre for feilaktige vurderinger underveis, men vi kan likevel tenke oss at sakens alvor gjør at vi må leve med den risikoen.

## Konklusjon

På hver sin måte oppsummerer Epiktet og Sartre, med rasjonalitets- og autonomiveien, de to argumentasjonslinjene som kan gis for legalisering av dødshjelp. For Epiktet er *grunnene* viktigst, mens for Sartre er det avgjørende snarere at det er *vi* som velger. Disse to prinsippene kan harmonere, men vil også ofte komme i konflikt med hverandre.

Det som står på spill i dagens debatt om dødshjelp, er sjelden hvorvidt et menneske *skal ha mulighet* til å utøve sin vilje. Stridsspørsmålet er snarere *hvilket handlingsrom* viljen skal ha, og – i forlengelsen: Hva kan være et rettferdiggjort valg for et menneske til å be om hjelp til å ta sitt eget liv? Og hva kan være et rettferdiggjort valg for at en lege skal kunne bistå med dette?

De færreste borgerne i Norden ønsker at enhver person skal ha muligheten til å be en profesjonell om hjelp til å ta livet av seg, av en hvilken som helst grunn. Den relevante diskusjonen vi i så fall sitter igjen med, er hva som kjennetegner omstendighetene hvor vi kan si at et liv ikke er verdt å leve, situasjoner hvor vi kan kalle død for et gode for et menneske.

Men det å definere en gruppe mennesker etter et sett med egenskaper, hvor følgene er at disse egenskapene kvalifiserer dem til medlemskap i gruppen med «liv som ikke er verdt å leve», kan utfordre idealet om et inkluderende samfunn, hvor vi holder fast ved en grunntanke om at menneskers verdi ikke kan rangeres slik, og at alle mennesker har lik verdi, *uavhengig* av egenskaper. Dette er utfordringer som gjør at vi ikke kan debattere dødshjelp isolert fra de større spørsmålene om menneskesyn og lovverk, som er viktige for hvilket helhetlig samfunn vi sammen ønsker å skape. Nettopp derfor må vi granske prinsippene som ligger til grunn for argumentasjonen vår.

## Referanser

- Camus, A. (1994). *Myten om Sisyfos. Essay om det absurde*. Oslo: J. W. Cappelens forlag.
- Copleston, F. (1994). *A history of philosophy volume VI*. New York: Doubleday.
- Epiktet. (1904). *Discourses*. Oversatt av G. Long. New York: D. Appleton and Company.
- Gaasø, O. M., Rø, K. I., Bringedal, B. & Magelssen, M. (2019). Legers holdninger til aktiv dødshjelp. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139, 31–5.
- Griffiths, J., Weyers, H. & Adams, M. (Red.) (2008). *Euthanasia and law in Europe*. Oxford: Hart Publishing.
- Kant, I. (1993). *Grounding for the metaphysics of morals*. Indianapolis: Hackett.
- Kenny, A. (2006). *A new history of western philosophy, vol 3*. New York: Oxford University Press.
- Laertius, D. (1925). *Lives of eminent philosophers*. London: William Heinemann.
- Leveseindekliniek. (2019). *Jaarverslag 2018 – beleidsplan 2019*. Hentet 31.08.19 fra <http://slk-jaarverslag-beleidsplan.nl/2018-2019>
- 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.

- Nietzsche, F. (2008). *Avgudenes ragnarok – eller hvordan man filosoferer med hammeren*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Oderberg, D. (2005). *Moral theory: A non-consequentialist approach*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Oregon Public Health Division. (2019). *Oregon death with dignity act 2018 data summary*. Hentet 15.12.19 fra <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year21.pdf>
- Sartre, J.-P. (2007). *Existentialism is a humanism*. New Haven: Yale University Press.
- Singer, P. (2011). *Practical ethics, 3<sup>rd</sup> edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- van der Heide, A, Kouwenhoven, P., Raijmakers, N., van Delden, J. J., Rietens, J., Schermer, M., ... van Tol, D. (2012a). Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed methods approach. *Palliative Medicine*, 27(3), 273–80.
- van der Heide, A, Omwuteaka-Philipsen, B. D., Brinkman-Stoppelenburg, A., Penning, C., de Jong-Krul, G. J. & van Delden, J. J. (2012b). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey. *Lancet*, 380(9845), 908–15.
- Warnock, M. (2008). A duty to die? *Omsorg*, 25(4), 3–5.

## Ordforklaringer

fremme: främja (S)

gitte: given (S), givne (D)

henholdsvis: respektivt (S)

hyppig: ofta (S)

innvilget: beviljats (S), bevilget (D)

sannsynlig: sannolikt (S)

skyve på grensene: driva gränserna (S), skubbe gränserne (D)

velgjørenhetsprinsippet: välgjørenhetsprincipen (S), princippet om at gøre godt (D)