



# SAMARITANUS BONUS



OM OMSORGEN FOR PERSONER  
I KRITISKE SYKDOMSFASER  
OG VED LIVETS SLUTT

TROSKONGREGASJONENS BREV AV 14. JULI 2020

Norsk oversettelse i juni 2022 ved Maria Fongen, Kateketisk senter

Imprimatur 8. september 2022:

p. Oddvar Moi, biskoppelig vikar for det kateketiske arbeide

## Innledning

### I. Omsorgen for vår neste

### II. Den levende erfaringen av den lidende Kristus og håpets forkynnelse

### III. Samaritanens «hjerter som ser»: Menneskelivet er en hellig og ukrenkelig gave

### IV. Kulturelle hindringer som tilslører ethvert menneskelivs hellige verdi

### V. Kirkens lære

#### 1. *Forbudet mot eutanasi og assistert selvmord*

#### 2. *Den moralske forpliktelsen til å utelukke aggressiv medisinsk behandling*

#### 3. *Grunnleggende omsorg: plikten til ernæring og hydrering*

#### 4. *Palliativ omsorg*

#### 5. *Familiens og de palliative enhetenes rolle*

#### 6. *Prenatal og pediatrik ledsagelse og omsorg*

#### 7. *Smertelindring og sedering (bevissthetsnedsettelse)*

#### 8. *Vegetativ tilstand og minimalt bevisst tilstand*

#### 9. *Reservasjonsrett for helsearbeidere og for katolske helseinstitusjoner*

#### 10. *Pastoral ledsagelse og sakramental støtte*

#### 11. *Pastoralt skjønn overfor dem som ber om eutanasi eller assistert selvmord*

#### 12. *Reform av utdanningssystemet og helsearbeidernes opplæring*

## Konklusjon



## Innledning

Den barmhjertige samaritanen som forlater sin vei for å hjelpe en skadet mann (jf. *Luk* 10,30–37), er et bilde på Jesus Kristus som møter mennesket som trenger frelse og pleier dets sår og lidelse med «trøstens olje og håpets vin».<sup>1</sup> Kristus er sjelenes og kroppenes lege, «det trofaste vitne» (*Åp* 3,14) om Guds frelsende nærvær i verden. Hvordan kan vi konkretisere dette budskapet i dag? Hvordan kan det omsettes til evnen til å ledsage det syke mennesket i livets siste faser, slik at det hjelpes på en måte som respekterer og alltid fremmer menneskets umistelige verdighet, dets kall til hellighet, og derved den umåtelige verdien i dets eksistens?

Den bemerkelsesverdige raske utviklingen innenfor biomedisinsk teknologi har på en eksponentiell måte utvidet medisinenes kliniske ferdigheter innenfor diagnostikk, terapi og omsorg for pasientene. Kirken ser med håp på den vitenskapelige forskningen og teknologien, og ser i dem lovende muligheter til å tjene livets gode i sin helhet og hvert menneskes verdighet.<sup>2</sup> Likevel kan ikke disse fremskrittene i medisinsk teknologi, hvor verdifulle de enn er, i seg selv definere den rette betydningen og verdien av menneskelivet. Faktisk krever hvert eneste tekniske

fremskritt i helsearbeidernes ferdigheter fornyet og klok moralsk dømmekraft<sup>3</sup>, for å unngå en uforholdsmessig og umenneskeligjørende bruk av teknologier, fremfor alt i menneskelivets kritiske eller terminale faser.

Dessuten kan helsevesenets organisatoriske styring og den store og sammensatte kompleksiteten i dagens systemer redusere tillitsforholdet mellom lege og pasient til et rent teknisk og formelt forhold. Denne risikoen truer særlig i de land der man er i ferd med å vedta lover som legitimerer former for assistert selvmord og frivillig eutanasi blant de mest sårbare pasientene. Denne lovgivningen forneker de etiske og rettslige grensene for den sykes selvbestemmelse og reduserer på bekymringsfullt vis verdien av menneskelivet ved sykdom, meningen i lidelse og betydningen av tiden som går forut for døden. Smerte og død kan faktisk ikke utgjøre de ultimate kriterier som måler menneskets verdighet, som tilhører hver enkelt person, ene og alene fordi han eller hun er et «menneske».

Stilt overfor slike utfordringer som kan utfordre måten vi tenker om medisin, om betydningen av omsorg for syke og om vårt sosiale ansvar for de mest sårbare, har dette brevet til hensikt å opplyse hyrder og

de troende i deres bekymringer og tvilsspørsmål rundt den medisinske, åndelige og pastorale omsorgen man plikter å gi pasienter i kritiske og terminale faser av livet. Alle er kalt til å gi et vitnesbyrd ved den syke personens side og med utgangspunkt i de svakeste og mest sårbare bli et «helbredende fellesskap» for å virkeliggjøre Jesu ønske om at vi alle må være en kropp.<sup>4</sup> Overalt erkjennes faktisk behovet for en moralsk avklaring og praktisk veiledning i hvordan man skal behandle disse personene, siden «en enhet i lære og praksis er nødvendig»<sup>5</sup> når det gjelder et så ømtålig tema som angår de svakeste pasientene i de mest sårbare og avgjørende stadier i deres liv.

Forskjellige bispekonferanser i verden har offentliggjort pastorale skriv og brev, der de har forsøkt å gi svar på utfordringene vi stilles overfor ved assistert selvmord og frivillig eutanasi – som er lovfestet i noen land – med særlig henblikk på alle som arbeider eller er innlagt på sykehus, også katolske. Men den åndelige ledsagelsen og tvilsspørsmålene som oppstår under visse omstendigheter og i spesielle sammenhenger når det gjelder å feire sakramentene for dem som har til hensikt å gjøre slutt på sitt eget liv, krever i dag at Kirken griper klarere og mer presist inn for å:

- bekrefte Evangeliets budskap og måten det uttrykkes på som det læremessige grunnlaget Kirkens læreembete har fremsatt, og minne alle som kommer i kontakt med syke i kritisk eller terminal tilstand (familie eller verger, sykehusprester, ekstraordinære kommunionsutdelere og pastoralarbeidere, frivillige og profesjonelle helsearbeidere), så vel som de syke selv, om deres oppdrag;
- gi presise og konkrete pastorale retningslinjer for at man på lokalt plan skal kunne møte og håndtere disse komplekse situasjonene på en måte som fremmer pasientens personlige møte med Guds miskunnsrike kjærlighet.

## I. Omsorgen for vår neste

Det er vanskelig å anerkjenne menneskelivets dype verdi når det tross all hjelpende innsats viser seg i sin svakhet og skrøpeligheit. Langt fra å bli borte fra personens eksistensielle horisont, reiser lidelsen alltid et uuttømmelig spørsmål om meningen med det å leve.<sup>6</sup> En løsning på denne dramatiske spørsmålsstillingen kan aldri gis i lys av menneskelig refleksjon alene, for lidelsen inneholder *storheten i et bestemt mysterium*, som bare Guds åpenbaring kan avdekke.<sup>7</sup> Oppdraget med å behandle menneskelivet med trofast omsorg frem til dets naturlige slutt<sup>8</sup> er særlig betrodd hver enkelt helsearbeider, ved et behandlingsforløp som kan gjenskape den dype meningen med egen eksistens i den enkelte pasient, når tilværelsen preges av lidelse og sykdom. Av denne grunn virker det nødvendig å starte ut fra en grundig betraktning av omsorgens faktiske betydning, for å forstå betydningen av det særskilte oppdraget Gud har betrodd hvert menneske, helsearbeidere og pastorale medarbeidere, så vel som den syke selv og dennes familie.

Opplevelsen av medisinsk pleie har sitt utgangspunkt i den menneskelige tilstanden som kjennetegnes av endelighet og begrensning, nemlig i sårbarhet. Når det gjelder mennes-

ket, er vår sårbarhet innkodet i vår skjøre natur, på samme tid «kropp», som er endelig både materielt og timelig, og «sjel», med lengsel etter det uendelige og med evigheten som mål. Vårt vesen som «endelige» skapninger og likevel bestemt for evigheten, avslører vår avhengighet så vel av materielle goder og gjensidig hjelp mellom mennesker, som av vår opprinnelige, dype forbindelse med Gud. Denne sårbarheten gir grunnlag for en *omsorgsetikk*, spesielt innen medisin, som kommer til uttrykk i omsorg, omtenkksomhet, deltagelse og ansvar overfor de kvinner og menn som blir oss betrodd fordi de har behov for fysisk og åndelig hjelp.

Helt spesielt avslører omsorgsrelasjonen et rettferdighetsprinsipp i sin todelte dimensjon om å fremme det menneskelige liv (*suum cuique tribuere*) og om ikke å skade personen (*alterum non laedere*): det samme prinsippet som Jesus forvandler til den positive gyldne regel «Alt dere vil at andre skal gjøre mot dere, det skal også dere gjøre mot dem» (*Matt 7,12*). Denne regelen gjenlyder i maksimen *primum non nocere* («først, ikke skade») i tradisjonell medisinsk etikk.

Omsorg for livet er derfor det første ansvaret legen erfarer i møte med pasienten. Dette kan ikke reduseres

til evnen til å helbrede den syke, idet dets antropologiske og moralske horisont er mye videre: også når helbredelse er umulig eller usannsynlig, er den medisinske og pleiemessige ledsagelsen (omsorgen for kroppens vesentlige fysiologiske funksjoner), såvel som den psykologiske og åndelige, en uunngåelig plikt, siden det motsatte ville være å overlate pasienten til seg selv på umenneskelig vis. Sammen med de mange vitenskaper den benytter seg av, besitter medisinen faktisk også en viktig dimensjon innenfor «kunsten å behandle», som impliserer en nær relasjon mellom pasienten, helsearbeidere, familie og medlemmer av de forskjellige fellesskap pasienten tilhører: *Den terapeutiske kunst, kliniske prosedyrer og omsorg* er uatskillelig forenet i utøvelsen av medisinen, særlig i livets kritiske og terminale faser.

Den barmhjertige samaritan stiller seg faktisk «ikke bare nær mannen han ser ligge halvdød i veikanten; men tar ansvar for ham».<sup>9</sup> Han investerer i ham, ikke bare med midlene han har for hånden, men også med midler han ikke har, men håper å tjene i Jeriko, idet han lover å betale når han kommer tilbake. På samme måte innbyr Kristus oss til å stole på sin usynlige nåde, og tilskynder oss til den generøsitet som bygger på overnaturlig nestekjærlighet, idet han identifiserer seg med enhver syk

person: «Sannelig, jeg sier dere: Det dere gjorde mot én av disse mine minste søsken, har dere gjort mot meg» (*Matt 25,40*). Jesu utsagn er en moralsk sannhet med universell rekkevidde: «det handler om å *'vise omsorg' for hele livet og for alles liv*»<sup>10</sup>, for å åpenbare den ubetingede Kjærligheten som har sin opprinnelse i Gud, han som er kilden til alle livs betydning.

For dette formål, særlig på sykehus og omsorgsinstitusjoner inspirert av kristne verdier, er det mer nødvendig enn noensinne å gjøre en innsats, også åndelig, for å gi plass til en relasjon som bygger på anerkjennelsen av den syke personens *skropelighet* og *sårbarhet*. Svakheter påminner oss faktisk om vår avhengighet av Gud, og innbyr oss til å svare med respekten vi skylder vår neste. Ut fra dette springer det moralske ansvaret for enhver person som tar seg av den syke (lege, sykepleier, pårørende, frivillig, prest) knyttet til det å bli seg bevisst at de står overfor et grunnleggende og umistelig gode – mennesket som person – som pålegger at man ikke kan krysse grensen for hvor respekten for en selv og den andre er gitt, det vil si i det å ta vel imot, beskytte og fremme menneskelivet inntil døden naturlig inntreffer. I denne forstand handler det om å ha et *kontemplativt blikk*<sup>11</sup> som vet å ta vare på det unike og ugjent-



kelige under som ens eget og andres liv er, og som tar det imot og ønsker det velkommen som gave. Dette er blikket til dem som ikke har til hensikt å ta i eie livets virkelighet, men vet å ta det imot slik det er, med dets strev og lidelser, og prøver å gjenkjenne en mening i sykdommen som de lar seg utfordre og bli «veiledet» av, med tilliten til den som overgir seg til livets Herre som deri gir seg til kjenne.

Naturligvis må medisinen akseptere dødens grense som en del av den menneskelige tilværelse. Det kommer til et punkt da det ikke gjenstår annet enn å erkjenne at det er umulig å gripe inn med spesifikk behandling i en sykdom som innen kort tid vil ha en dødelig utgang. Det er en dramatisk realitet, som må formidles til den syke personen med stor medmenneskelighet og også med tillitsfull åpenhet for de overnaturlige fremtidsutsiktene, samtidig som man er bevisst på kvalene døden forårsaker, særlig i en kultur som forsøker å skjule den. Man kan faktisk ikke tenke på det fysiske livet som noe man må opprettholde for enhver pris – hvilket er umulig – men som noe man må leve, slik at man når frem til en fri godtakelse av meningen med vår kroppslige eksistens: «det er bare med henvisning til den menneskelige person i dennes 'enhetlige totalitet', det vil si som 'en

sjel som uttrykker seg i en kropp og en kropp informert av en udødelig ånd', at man kan avlese kroppens spesifikt menneskelige betydning».<sup>12</sup>

Det å erkjenne at helbredelse er umulig når døden synes nært forestående, innebærer imidlertid ikke opphør av medisinsk og pleiende virksomhet. Å utøve ansvaret man har for den syke, betyr å forsikre pasienten om at omsorg vil bli gitt frem til siste slutt: «å *helbrede hvis mulig, alltid behandle*».<sup>13</sup> Denne intensjonen om alltid å ta seg av den syke setter kriteriet for å vurdere hvilke handlinger som må iverksettes i situasjoner med «uhelbredelig» sykdom: uhelbredelig er faktisk aldri synonymt med «umulig å behandle». Det kontemplative blikket innbyr til å utvide forståelsen av hva omsorg er. Formålet med hjelpen bør se personen i sin helhet, og gjennom de rette og nødvendige tiltak garantere pasienten fysisk, psykologisk, sosial, familiær og religiøs støtte. En levende tro hos personene som omgir den syke, kan bidra til et sant liv i Gud hos den syke, selv om dette ikke umiddelbart er synlig. Den pastorale omsorgen alle yter – familie, leger, sykepleiere og sykehusprester – kan hjelpe den syke til å holde ut i helliggjørende nåde og til å dø i nestekjærlighet, i Guds kjærlighet. I møte med sykdommens uunngåelighet, spesielt hvis den er kronisk og

degenerativ, hvis troen da mangler, er frykten for lidelse og død, samt ubehaget som følger av den, i dag hovedårsakene til forsøkene på å kontrollere og styre tidspunktet for når døden skal inntreffe, og endatil fremskynde det, ved å be om eutanasi eller assistert selvmord.

## II. Den levende erfaringen av Den lidende Kristus og håpets forkynnelse

Dersom den barmhjertige samaritans skikkelse kaster nytt lys over omsorgspraksisen, er den levende erfaringen av Den lidende Kristus, av hans dødsangst på korset og av hans oppstandelse, de steder der den menneskevordne Guds nærhet gir seg til kjenne i mangfoldet av angst og smerte som kan ramme syke og deres familier i løpet av sykdommens lange dager og ved livets slutt.

Ikke bare forkynnes Kristi person av profeten Jesajas ord som en som er vel kjent med lidelse og smerte (jf. *Jes 53*), men dersom vi på ny leser sidene i Kristi lidelseshistorie, finner vi i dem opplevelsene av manglende forståelse, hån, forlatthet, fysisk smerte og angst. Dette er erfaringer som i dag rammer mange syke; ofte blir de sett på som en byrde for samfunnet, i blant møter de ikke forståelse for det de ber om, og ikke sjelden opplever de forskjellige former for følelsesmessig ensomhet og tap av mellommenneskelige bånd.

Enhver syk person har ikke bare behov for å bli hørt, men også for å oppfatte at samtalepartneren «vet» hva det betyr å føle seg ensom, forlatt og fortvilet over utsiktene til død, til fysisk smerte, til lidelsen

som oppstår når samfunnets syn måler den sykes verdi ut fra premisser for livskvalitet, og får ham eller henne til å føle seg som en belastning for andres planer. Derfor betyr det å rette blikket mot Kristus å vite at man kan henvende seg til ham som har erfart smerten av piskeslag og nagler på sin egen kropp, hånen fra dem som hudflettet ham, det å bli forlatt og forrådt av sine nærmeste venner.

I møte med sykdommens utfordringer og det emosjonelle og åndelige ubehaget hos den som opplever smerte, vokser det uunngåelig frem et behov for å vite hvordan man kan ytre et trøstens ord hentet fra Den korsfestedes håpsfylte medfølelse. Det er et troverdig håp, det som Kristus bekjente på korset, i stand til å møte prøvelsens øyeblikk, dødens utfordring. I Kristi kors – besunget i Langfredagsliturgien: *Ave crux, spes unica* («Hill deg, kors, vårt eneste håp») – er alle onder og lidelsen i verden konsentrert og sammenfattet. All *fysisk smerte*, som korset er symbol på – dette redskapet for en død i vanry og skam; all *psykologisk smerte*, uttrykt ved Jesu død i den mørkeste ensomhet, forlatt og forrådt; all *moralisk lidelse*, synliggjort i dødsdommen over Den uskyldige; all *åndelig lidelse*, lagt for dagen i den øde tomheten som lar oss fornemme Guds taushet.

Kristus er den som har følt rundt seg den smertelige forferdelsen til sin Mor og til disiplene som «står» under korset; i det at de «*blir stående*» der, tilsynelatende i tyngende avmakt og resignasjon, ligger hele den følelsesmessige nærheten som gjør at Gud som ble menneske greier å leve også gjennom de timene som virker meningsløse.

Så er det korset: i virkeligheten er det et tortur- og henrettelsesredskap, forbeholdt de aller usleste, som i sin symbolske tyngde synes temmelig likt de sykdommer som nagler oss til sengen, som bare varsler om død og som synes å fjerne all mening fra tiden og dens gang. Likevel, de som «*blir stående*» rundt den syke, er ikke bare vitner, men levende tegn på den hengivenheten, på de menneskelige båndene og på den indre tilgjengeligheten for kjærlighet som tillater den lidende personen å finne et menneskelig blikk rettet mot seg, som er i stand til å gi sykdomstiden mening igjen. For, i opplevelsen av å kjenne seg elsket, blir hele livet rettferdiggjort. Gjennom sin lidelse ble Kristus hele tiden båret oppe av den tillitsfulle overgivelsen til Faderens kjærlighet, som ga seg til kjenne i timene på korset, også gjennom sin Mors kjærlighet. For Guds kjærlighet gir seg alltid til kjenne i menneskenes historie, takket være kjærligheten fra dem som

aldri forlater oss, som på tross av alt «*blir stående*» ved vår side.

Hvis vi reflekterer over livets slutt hos mennesker, kan vi ikke glemme at de ofte bærer på en bekymring for dem de etterlater: for barna, ektefellen, foreldrene, venner. Dette er en menneskelig komponent som vi aldri kan overse, og som man må tilby støtte og hjelp til.

Det er den samme bekymring Kristus opplever, idet han før han dør tenker på sin Mor som vil bli etterlatt alene, i en sorg hun må bære videre i historien. I Johannesevangeliets nøkterne beretning er det til sin Mor Kristus henvender seg, for å berolige henne og betro henne til den elskede disippelens omsorg, slik at han kan ta vare på henne: «Kvinne, dette er din sønn» (jf. *Job* 19,26–27). Tiden ved livets slutt er en tid for relasjoner, en tid der ensomheten og forlattheten bør overvinnes (jf. *Matt* 27,46 og *Mark* 15,34), med sikte på en tillitsfull overgivelse av vårt liv til Gud (jf. *Luk* 23,46).

I dette perspektivet betyr det å betrakte Den korsfestede å se en kor-scene, der Kristus står i sentrum, fordi han i sin egen kropp sammenfatter og i sannhet forvandler den menneskelige erfarings mørkeste timer; timer der fortvilelsens mulighet stillferdig melder seg. Tro-

ens lys gjør oss i stand til å få øye på Treenighetens nærvær i den talende og knappe beskrivelsen evangeliene gir oss, fordi Kristus har tillit til Faderen takket være Den Hellige Ånd som holder oppe Moren og disiplene, som «*blir stående*», og i dette nærværet deres ved Korset, med sin menneskelige hengivenhet for Den lidende, deltar de i Frelsens mysterium.

Selv om døden kjennetegnes av en smertefull overgang, kan den på denne måten bli en anledning til et større håp, som takket være troen gjør oss til deltakere i Kristi frelsesverk. Eksistensielt er smerten mulig å holde ut kun der det finnes håp. Håpet Kristus overfører til den lidende og den syke er håpet om sitt nærvær, om sin virkelige nærhet. Håpet er ikke bare en forventning om en bedre fremtid, men et blikk på nåtiden, som gjør den meningsfylt. I kristen tro åpenbarer oppstandelsens begivenhet ikke bare det evige liv, men gjør det klart at *i* historien har døden, smerten, sviket og det onde aldri siste ord. Kristus oppstår *i* historien, og i Oppstandelsens mysterium bekreftes Faderens kjærlighet, som aldri forlater oss.

Det å lese om igjen Den lidende Kristus' levende erfaring, betyr å gi videre også til dagens mennesker et håp som er i stand til å gi mening til

sykdomstiden og døden. Dette håpet er kjærligheten som motstår fristelsen til fortvilelse.

Hvor viktige og verdifulle palliative behandlingsformer enn er, er de ikke i seg selv tilstrekkelige dersom det ikke finnes noen som «blir stående» hos den syke og vitner om hennes eller hans enestående og ugjentakelige verdi. For den troende betyr det å betrakte Den korsfestede å ha tillit til Guds forståelse og kjærlighet. I en historisk epoke der autonomien opphøyes og individets forherligelse feires, er det viktig å huske at om det så er sant at hver enkelt lever sin egen lidelse, smerte og død, blir disse erfaringene alltid båret oppe av andres blikk og andres nærvær. Ved korset står også Den romerske statens funksjonærer, de nysgjerrige, de åndsfraværende, de likegyldige og de forbitrede; de står alle under korset, men de «blir ikke værende» hos Den korsfestede.

På intensivavdelinger og hjem for behandling av kronisk syke kan man være til stede som en ren funksjonær, eller som personer som «blir værende» hos den syke.

Korsets erfaring tillater dermed å tilby personen som lider en troverdig samtalepartner å snakke med, uttrykke tankene og overlate kvalene og frykten til. For dem som tar

vare på den syke, skjenker Korsets scene et tilleggselement til å forstå at selv når det tilsynelatende ikke er noe mer å gjøre, er det fortsatt mye å gjøre, fordi det å «bli stående hos» er et av tegnene på kjærlighet og på håpet det bærer i seg. Forkynnelsen av livet etter døden er ikke en illusjon eller en trøst, men en visshet som finnes i kjernen av kjærligheten, og som ikke oppslukes av døden.

### III. Samaritanens «hjerter som ser»: menneskelivet er en hellig og ukrenkelig gave

Uansett hvilken fysisk eller psykisk tilstand et menneske befinner seg i, bevarer det sin opprinnelige verdighet i det å være skapt i Guds bilde. Det kan leve og vokse i Guds stråleglans fordi det er kalt til å være «Guds bilde og herlighet» (1 Kor 11,7; 2 Kor 3,18). Menneskets verdighet ligger i dette kallet. Gud har gjort seg til Menneske for å frelse oss og har lovet oss frelsen og bestemt oss for samfunn med ham: heri ligger menneskeverdens ytterste grunn.<sup>14</sup>

Det tilligger Kirken å ledsage med barmhjertighet de svakeste på deres smertefulle ferd, for å bevare i dem livet i Gud og vise dem veien til Guds frelse.<sup>15</sup> Det er den barmhjertige samaritans Kirke<sup>16</sup> som «anser tjenesten for de syke som en integrert del av sitt oppdrag».<sup>17</sup> Å forstå denne frelsesbringende formidlingen Kirken utfører i et fellesskaps- og solidaritetsperspektiv blant menneskene, er en viktig hjelp for å overvinne alle reduksjonistiske og individualistiske tendenser.<sup>18</sup>

Fremfor alt er den barmhjertige samaritans program «et hjerte som ser». Han «lærer oss at det er nødvendig å omvende hjertets blikk, fordi mange

ganger greier ikke den som betrakter å se. Hvorfor ikke? Fordi medfølelsen mangler. [...] Uten medfølelsen blir ikke den som ser involvert i det han observerer, og går videre; og motsatt, vil den som har et medfølende hjerte bli berørt og engasjere seg, stanse opp og ta seg av sin neste».<sup>19</sup> Dette hjertet ser hvor det er behov for kjærlighet og handler i samsvar med det.<sup>20</sup> I skrøpeligheten oppfatter øynene et kall fra Gud til å handle, idet man i menneskelivet anerkjenner samfunnets fremste fellesgode.<sup>21</sup> Menneskelivet er et ytterst høyt gode, og samfunnet er kalt til å anerkjenne dette. Livet er en hellig og ukrenkelig gave<sup>22</sup> og hvert menneske, skapt av Gud, har et transcendent kall og en enestående relasjon med Ham som gir liv, for «den usynlige Gud ut fra sin kjærlighets fylde»<sup>23</sup> byr hvert enkelt menneske en frelsesplan som gjør at det kan bekrefte påstanden: «Livet er alltid et gode. Dette er både en intuisjon og en erfaring som mennesket er kalt til å fatte den dypere liggende grunn for».<sup>24</sup> Derfor gleder Kirken seg alltid over å samarbeide med alle mennesker av god vilje, med troende fra andre konfesjoner eller religioner eller med ikke-troende, som respekterer menneskelivets verdighet, også i dets ytterste stadier av lidelse og død, og som avviser enhver handling som står i motsetning til det.<sup>25</sup> Faktisk skjenker Skaperen mennes-

ket livet og verdigheten som en dyrebare gave som skal beskyttes og vokse, og som mennesket til sist må avlegge regnskap for overfor Ham.

Kirken bekrefter menneskelivets positive mening som en verdi man allerede kan oppfatte med den rette fornuft, og som troens lys bekrefter og verdsetter i sin umistelige verdighet.<sup>26</sup> Det handler ikke om et subjektivt eller vilkårlig kriterium, men om et kriterium som er grunnfestet i den naturlige ukrenkelige verdigheten – idet livet utgjør det fremste gode, fordi det er en betingelse for å nyte godt av alle andre goder – og i det transcendent kallet hvert menneske har til å få del i den levende Guds treenige kjærlighet<sup>27</sup>: «Skaperens særlige kjærlighet for hvert menneske 'skjenker ham eller henne en uendelig verdighet'».<sup>28</sup> Livets ukrenkelige verdi er en grunnleggende sannhet i den naturlige morallov og et vesentlig grunnlag for rettsordenen. Slik det ikke kan godtas at et annet menneske blir vår slave, selv om vedkommende skulle be om det, kan vi heller ikke ta en direkte beslutning om å ta et annet menneskes liv, ikke engang om vedkommende måtte be om det. Derfor betyr det å avslutte livet til en syk person som ber om eutanasi, slett ikke å anerkjenne personens autonomi og verdsette den, men tvert om å se bort fra verdien av både per-

sonens frihet, som er sterkt betinget av sykdom og smerte, og personens liv, idet man forneker all videre mulighet til menneskelig samkvem, til mening i tilværelsen og til vekst i livet i Gud. Dessuten er det å ta Guds plass når det gjelder å bestemme dødsøyeblikket. Derfor er det slik at «fosterdrap, barmhjertighetsdrap eller selvmord (...) forderver den menneskelige sivilisasjon, men vanærer dem som bærer skylden for uretten langt mer enn dem som lider urett. Og de renker i høy grad Skaperens ære».<sup>29</sup>

#### IV. Kulturelle hindringer som tilslører ethvert menneskelivs hellige verdi

Enkelte faktorer begrenser i dag evnen til å oppfatte den dype og iboende verdi i ethvert menneskeliv: den første er en referanse til den tvetydige bruken av begrepet «en verdig død» i sammenheng med begrepet «livskvalitet». Her dukker det opp et utilitaristisk antropologisk perspektiv, som er «primært knyttet til de økonomiske mulighetene, til 'velvære', til skjønnhet og fysisk livsnytelse, mens man glemmer andre, dypere dimensjoner – de mellommenneskelige, åndelige og religiøse – ved tilværelsen». <sup>30</sup> Ut fra dette prinsippet anses livet som verdig kun dersom det har en akseptabel grad av kvalitet i henhold til personens egen eller tredjeparters bedømmelse, på bakgrunn av nærvær eller fravær av bestemte psykiske eller fysiske funksjoner, eller ofte også av et rent psykologisk ubehag. Ifølge denne tilnærmingen vil et liv med forringet livskvalitet ikke fortjene å bli videreført. Slik anerkjenner man imidlertid ikke lenger at menneskelivet har egenverdi.

En annen hindring som tilslører oppfattelsen av menneskelivets hellighet, er en feilaktig forståelse av begrepet «medlidenhet» <sup>31</sup>. I møte med lidelse som kvalifiseres som

«uutholdelig», rettferdiggjør man å avslutte pasientens liv i «medlidenhetens» navn. Denne såkalte «barmhjertige» eutanasi hevder at for ikke å lide, er det bedre å dø, og at det ville være barmhjertig å hjelpe pasienten til å dø ved hjelp av eutanasi eller assistert selvmord. I virkeligheten går ikke menneskelig medlidenhet ut på å forårsake død, men i å møte den syke, støtte vedkommende i sine vanskeligheter, vise vennlighet, oppmerksomhet og tilby midler som kan lindre lidelsen.

Den tredje faktoren som hindrer at verdien av eget og andres liv anerkjennes i mellommenneskelige forhold, er den økende individualismen, som fører til å se andre som en begrensning av eller trussel mot egen frihet. Til grunn for denne holdningen ligger det «en ny-pelagianisme der individet, radikalt selvstendig, gir seg ut for å kunne frelse seg selv, uten å erkjenne at det på sitt dypeste eksistensnivå avhenger av Gud og av andre [...]». På den annen side fremsetter en viss ny-gnostisisme en frelsesmodell som er rent indre, avstengt i sin egen subjektivisme», <sup>32</sup> som ønsker å befri personen fra kroppens begrensninger, særlig når personen er skrøpelig eller syk.

Særlig er individualismen roten til det som må anses som vår tids mest skjulte sykdom: ensomhet, <sup>33</sup> som i



enkelte normative sammenhenger sågar tematiseres som «retten til ensomhet», med utgangspunkt i personens autonomi og prinsippet om «samtykke», som i visse tilstander av ubehag eller sykdom kan utvides til et valg om å leve videre eller ikke. Det er den samme «rettigheten» som ligger til grunn for eutanasi og assistert selvmord. Grunntanken er at de som befinner seg i en avhengighetstilsand, og ikke har muligheten til full autonomi eller gjensidighet, faktisk blir ivaretatt som om det dreide seg om *en gunst*. Godhetsbegrepet blir på denne måten redusert til å være resultatet av en sosial kontrakt: hver enkelt mottar behandlingen og hjelpen som autonomi eller sosial og økonomisk nytteverdi gjør mulig eller hensiktsmessig. Følgene er at mellommenneskelige forhold utarmes og blir skjøre, blottet for overnaturlig nestekjærlighet og den menneskelige solidaritet og sosiale støtte som er så nødvendige for å møte de vanskeligste øyeblikkene og avgjørelsene i livet.

Denne måten å tenke på menneskelige forhold og betydningen av det gode på, kan ikke annet enn å angripe selve meningen med livet og gjøre det lett å manipulere, også gjennom lover som tillater en eutanasi praksis som forårsaker pasientenes død. Disse handlingene fører til en alvorlig ufølsomhet overfor pleien av

syke og forvrenger relasjoner. Under slike omstendigheter oppstår det noen ganger grunnløse dilemmaer om moralen i handlinger som i virkeligheten ikke er annet enn pliktige handlinger som inngår i grunnleggende pleie av pasienter, slik som hydrering og ernæring av terminalt syke personer i bevisstløs tilstand.

I denne forstand har pave Frans talt om en «'bruk og kast'-kultur». <sup>34</sup> Ofrene for en slik kultur er nettopp de skrøpeligste menneskene, som risikerer å bli «kassert» av et system som ønsker å være effektivt for enhver pris. Det dreier seg om et svært antisolidarisk kulturelt fenomen, som Johannes Paul II beskrev som «dødens kultur», og som gir opphav til virkelige «syndens strukturer». <sup>35</sup> Det kan føre til handlinger som er feilslåtte i seg selv, kun motivert av det å «føle seg vel» ved å gjøre dem, hvilket skaper forvirring mellom godt og ondt på et område der hvert personlige liv tvert imot innehar en unik og ugjentakelig verdi, alltid lovende og åpen for det transcendent. I denne «bruk og kast»-kulturen og i dødens kultur fremstår eutanasi og assistert selvmord som en uriktig løsning på problemene forbundet med terminale pasienter.

## V. Kirkens lære

### 1. Forbudet mot eutanasi og assistert selvmord

Sammen med oppdraget med å formidle til de troende Forsonerens nåde og Guds hellige lov som allerede kan skjelnes i den naturlige morallovens forskrifter, føler Kirken seg forpliktet til å gripe inn for å utelukke nok en gang all tvetydighet om hva Kirkens læreembete sier om eutanasi og assistert selvmord, også i de sammenhenger hvor nasjonale lover har legitimert slik praksis.

Spesielt utbredelsen av retningslinjer for helsepersonell som angår livets slutt, slik som *Do Not Resuscitate Order* (instruks om ikke å utføre hjerte-/lungeredning, o.a.) eller *Physician Orders for Life Sustaining Treatment* (legeinstruks for livsoppretholdende behandling, o.a.) – med alle de varianter som beror på nasjonale forordninger og sammenhenger, opprinnelig tenkt som midler for å unngå aggressiv medisinsk behandling i livets slutfase – reiser i dag alvorlige problemer når det gjelder plikten til å ivareta pasientens liv i de mest kritiske sykdomsfasene. Mens leger på den ene siden føler seg stadig mer bundet av pasientenes selvbestemmelse som disse retningslinjene gir uttrykk for, og som på dette punktet fratar legene friheten

og plikten til å beskytte liv også der de kunne gjøre det, så bekymrer på den annen side misbruket som det nå rapporteres om i stort omfang i at disse protokollene anvendes i et eutanasi-perspektiv i enkelte sammenhenger i helsetjenestene, når hverken pasienten eller langt mindre familien rådspørres om den endelige beslutningen. Dette skjer spesielt i land der lover om livets slutt, etter å ha innført eutanasi-praksis, i dag lar det være store marginer for tvetydighet omkring plikten til å gi helsehjelp.

Av disse grunner mener Kirken at den må gjenta som endelig lære at dødshjelp er *en forbrytelse mot menneskelivet*, fordi mennesket ved denne handlingen direkte velger å forårsake et annet uskyldig menneskes død. Definisjonen av dødshjelp (eutanasi) utledes ikke av en *betraktning* av godene eller verdiene som står på spill, men av et tilstrekkelig spesifisert *moralsk objekt*, eller med andre ord valget av «en handling eller unnlattelse som etter sin natur eller sine intensjoner forårsaker døden, med det mål å gjøre slutt på all smerte». <sup>36</sup> «Eutanasiens kriterier ligger følgelig i intensjonene og i de anvendte metodene.» <sup>37</sup> Den moralske evalueringen av eutanasi og dennes konsekvenser beror derfor ikke på en avveining mellom prinsipper som ut fra omstendighetene

og pasientens lidelser ifølge noen kunne rettferdiggjøre å avslutte pasientens liv. Livsverdi, autonomi, beslutningsevne og livskvalitet befinner seg ikke på samme plan.

Eutanasi er derfor en handling som er ond i seg selv, under enhver situasjon eller omstendighet. Kirken har allerede tidligere endelig bekreftet «*at eutanasi er et alvorlig brudd på Guds lov*, ettersom det er et overlagt og moralsk uakseptabelt drap av en person. Denne læren er grunnlagt på naturretten og på det skrevne Guds Ord, som er gitt videre i Kirkens tradisjon, og som det ordinære og universelle læreembetet lærer oss. Alt etter omstendighetene er denne praksisen et onde på linje med selvmord eller mord». <sup>38</sup> *Enhver formell eller umiddelbar materiell medvirkning* til en slik handling er en alvorlig synd mot menneskelivet: «Ingen myndighet kan lovlig pålegge eller tillate en slik handling. Det dreier seg faktisk om et brudd på Guds lov, en krenkelse av den menneskelige persons verdighet, en forbrytelse mot livet, et angrep mot menneskeheten». <sup>39</sup> Derfor er eutanasi en drapshandling som intet formål kan legitimere, og som ikke tolererer noen form for medvirkning eller samarbeid, aktivt eller passivt. De som vedtar lover som tillater eutanasi og assistert selvmord, gjør seg derfor medskyldige i den alvor-

lige synden som andre vil utføre. De er også skyldige i en skandale, fordi slike lover bidrar til å deformere samvittigheten, selv blant de troende. <sup>40</sup>

Livet har samme verdighet og samme verdi for alle: respekten for en annens liv er den samme man skylder sitt eget liv. En person som fritt velger å ta sitt eget liv, bryter forholdet til Gud og andre, og fornekter seg selv som et moralsk subjekt. *Assistert selvmord* forsterker alvoret, ettersom det gjør en annen delaktig i egen fortvilelse og får vedkommende til ikke å innrette sin vilje mot Guds mysterium gjennom håpets teologiske dyd, og følgelig til ikke å anerkjenne livets virkelige verdi og til å bryte paktens som oppretter den menneskelige familie. Å bistå noen med selvmord er en utilbørlig medvirkning til en ulovlig handling som motsier den teologale relasjonen med Gud og den moralske relasjonen som forener menneskene, slik at de i fellesskap skal kunne ta del i livets gave og i selve meningen med livet.

Også når en anmodning om eutanasi oppstår ut fra angst og fortvilelse, <sup>41</sup> «selv om den enkeltes skyld i disse tilfeller kan være redusert eller helt fraværende, vil imidlertid ikke samvittighetens feilbedømmelse – selv om det skjer i god tro – endre draps-

handlingens karakter, som i seg selv alltid forblir utillatelig». <sup>42</sup> Det samme gjelder assistert selvmord. Slike handlinger er aldri en virkelig hjelp til pasienten, men en hjelp til å dø.

Det handler derfor om et valg som alltid er feil: «det medisinske personalet og de andre helsearbeiderne – som er trofaste mot plikten til ‘alltid å stå i livets tjeneste og hjelpe det til dets endelige slutt’ – kan ikke gå inn i noen eutanasi praksis, hverken på anmodning fra den interesserte part og langt mindre fra de pårørende. Det finnes faktisk ingen rett til å disponere vilkårlig over eget liv, derfor kan ingen helsearbeider ta på seg å utøve en fullmakt for en ikke-eksisterende rettighet». <sup>43</sup>

Dette er grunnen til at *eutanasi* og *assistert selvmord* er et nederlag for dem som teoretiserer dem, for dem som beslutter dem og for dem som praktiserer dem. <sup>44</sup>

Lover som legaliserer eutanasi eller rettferdiggjør selvmord og hjelp til å utføre dette, er derfor graverende urettferdige, på grunn av den feilaktige retten til å velge en død som urettmessig defineres som verdig, ene og alene fordi den velges. <sup>45</sup> Slike lover angriper selve grunnlaget for rettsordenen, nemlig retten til liv, som alle andre rettigheter hviler på, inklusive utøvelsen av menneskelig

frihet. Eksistensen av disse lovene skader mellommenneskelige relasjoner og rettferdigheten dypt og truer den gjensidige tilliten mellom mennesker. Rettssystemene som har legitimert assistert selvmord og eutanasi viser med andre ord en åpenbar degenerering av disse sosiale fenomenene. Pave Frans minner om at «den nåværende sosiokulturelle kontekst er gradvis i ferd med å bryte ned bevisstheten om hva som gjør menneskelivet dyrebart. Faktisk blir det i økende grad verdsatt ut fra sin effektivitet og nytte, til det punkt at man anser liv som ikke oppfyller dette kriteriet som ‘kasserbare liv’ eller ‘uverdige liv’. I denne situasjonen med tap av autentiske verdier, svikter også de obligatoriske pliktene til solidaritet og til menneskelig og kristent søskenskap. I virkeligheten fortjener et samfunn status som ‘sivilt’ dersom det utvikler motgift mot bruk og kast-kulturen; dersom det anerkjenner menneskelivets immaterielle verdi; dersom solidaritet praktiseres aktivt og vernes om som grunnlaget for sameksistens». <sup>46</sup> I noen land i verden er allerede titusener av mennesker døde ved eutanasi, mange av dem fordi de klaget over psykiske lidelser eller depresjon. Og hyppig rapporterer legene selv om misbruk, der man avslutter livet til personer som aldri ville ha ønsket eutanasi. En bønn om å dø er faktisk i mange tilfeller et eget symptom

på sykdommen, forverret av isolasjon og fortvilelse. I disse vanskelighetene ser Kirken en anledning til åndelig renselse, som utdyper håpet slik at det virkelig blir helliggjort, fokusert på Gud og bare Gud.

Heller enn å hengi seg til en falsk overbærenhet, må den kristne tilby den syke den uunnværlige hjelpen til å komme seg ut av sin fortvilelse. Budet «du skal ikke slå i hjel» (2 Mos 20,13; 5 Mos 5,17) er i virkeligheten et *ja til livet* som Gud garanterer for: «Det blir en appell om omsorgsfull kjærlighet som beskytter og fremmer vår nestes liv». <sup>47</sup> Den kristne vet at det jordiske livet ikke utgjør den høyeste verdien. Den endelige lykken er i himmelen. Derfor vil den kristne ikke kreve at det fysiske livet skal fortsette når døden åpenbart er nært forestående. Den kristne vil hjelpe de døende til å frigjøre seg fra fortvilelsen og sette sitt håp til Gud.

Fra et klinisk perspektiv er ubehandlet smerte og mangelen på menneskelig og kristent håp faktorene som i hovedsak er bestemmen- de for anmodninger om eutanasi og assistert selvmord; fremprovosert av den ofte utilstrekkelige psykologiske og åndelige menneskelige hjelpen fra dem som pleier de syke. <sup>48</sup>

Dette er hva erfaringen bekrefter: «Bønnfallelsene fra meget alvorlig

syke personer som iblant ber om døden, må ikke forstås som uttrykk for et virkelig ønske om eutanasi; disse er nesten alltid fortvilte bønner om hjelp og kjærlighet. Det pasientene trenger, i tillegg til medisinsk behandling, er kjærlighet, menneskelig og overnaturlig varme, som alle som står dem nær, foreldre og barn, leger og sykepleiere, kan og bør omgi dem med». <sup>49</sup> En syk person som føler seg omgitt av et kjærlig menneskelig og kristent nærvær, overvinnes alle former for depresjon og bukker ikke under for angsten som personer i motsatt fall kan oppleve ved å føle seg forlatt i møte med lidelsens og dødens skjebne.

Faktisk opplever mennesket smerte ikke bare som et biologisk faktum som må tas hånd om for å være mulig å holde ut, men som den menneskelige sårbarhets mysterium i møte med det fysiske livs slutt – en hendelse som er vanskelig å godta, siden enheten mellom kropp og sjel er grunnleggende for mennesket.

Derfor er det bare ved å gi dødens begivenhet sin betydning tilbake – ved å åpne den for det evige livs horisont, som forkynner den enkelte persons transcendent bestemmelse – at «livets slutt» kan møtes på en måte som er i samsvar med menneskeverdet og tilpasset strevet og lidelsen som uunnngåelig fremkal-

ler den umiddelbare følelsen av at slutten er nær. Faktisk, «lidelse er noe *enda større* i sykdommen, noe mer komplekst og samtidig enda dypere forankret i selve det å være menneske». <sup>50</sup> Med nådens hjelp kan slik lidelse, likesom Kristi lidelse på korset, med Guds kjærlighet levedgjøres innenfra.

De som assisterer personer som lider av en kronisk sykdom eller er i livets slutfase, må derfor ha evnen til å «vite å bli værende hos» (*so-stare it.*) – å bli), våke sammen med dem som er i dødsangst, «trøste», eller med andre ord være med dem i deres ensomhet, være et med-nærvær som åpner for håp. <sup>51</sup> Ved hjelp av troen og nestekjærligheten som oppleves i dypet av sjelen, kan omsorgspersonen være i stand til å erfare den andres smerte og åpne seg for en personlig relasjon med den svekkede og utvide livets horisonter langt utover dødens begivenhet, og dermed bli et nærvær fullt av håp.

«Gråt med dem som gråter» (*Rom 12,15*), for salig er den som har medfølelse nok til å gråte med andre (jf. *Matt 5,4*). I denne relasjonen, som blir til en mulighet for kjærlighet, fylles lidelsen med mening i meddelingen av en menneskelig tilstand og i solidaritet på veien mot Gud, og dette uttrykker den radikale pakten mellom mennesker <sup>52</sup>, som får dem

til å skimte et lys også bortenfor døden. Den får oss til å se den medisinske gjerningen innenfor *en terapeutisk pakt* mellom legen og pasienten, der de er forbundet med hverandre i erkjennelsen av livets transcendent verdi og lidelsens mystiske betydning. Denne pakten er lyset for å forstå hva god medisinsk praksis er, og derved overvinne dagens rådende individualistiske og utilitaristiske syn.

## 2. Den moralske plikten til å utelukke aggressiv medisinsk behandling

Kirkens læreembete minner om at når slutten på vår jordiske tilværelse nærmer seg, tydeliggjøres menneskets verdighet seg som retten til å dø under størst mulig ro og med den menneskelige og kristne verdighet man skylder den. <sup>53</sup> Å beskytte verdigheten i det å dø betyr å utelukke både en fremskyndelse av døden og å utsette den ved hjelp av såkalt «aggressiv medisinsk behandling». <sup>54</sup> Dagens medisin råder over midler som på kunstig vis kan utsette døden, uten at pasienten i noen tilfeller har noen reell fordel av det. Når døden er umiddelbart forestående, er det derfor lovlig, i samsvar med vitenskapen og samvittigheten, å ta beslutningen om å avstå fra behandling som bare ville føre til en

besværlig og smertefull forlengelse av livet, likevel uten at man avbryter den normale pleie man skylder pasienten i slike tilfeller.<sup>55</sup> Dette betyr at det ikke er tillatt å avbryte behandlingstiltak som virker, for å opprettholde viktige fysiologiske funksjoner, så lenge kroppen er i stand til å dra nytte av dem (hjelp til hydrering, ernæring, temperaturregulering; og også andre hensiktsmessige og forholdsmessige hjelpemidler for å puste m.m., i den grad de er nødvendige for å opprettholde kroppens homeostase og redusere organ- og systemiske besvær). Opphør av unyttige, overbehandlende tiltak *må ikke føre til at man gir opp terapeutisk behandling*. Denne presiseringen er i dag uunnværlig i lys av de tallrike rettssakene som i de siste årene har ført til opphør av behandling – og for tidlig død – av pasienter i kritiske, men ikke-terminale tilstander; man har besluttet å avvikle viktige livsoppretholdende behandling fordi den ikke ga utsikter til forbedret livskvalitet.

Når det gjelder spesifikk aggressiv medisinsk behandling, må det gjentas at det å avstå fra ekstraordinære og/eller uforholdsmessige tiltak «ikke er likestilt med selvmord eller eutanasi; snarere uttrykker det aksept for den menneskelige tilstanden i å stå overfor døden»<sup>56</sup> eller en veloverveid beslutning om å unngå

bruk av medisinske virkemidler som ikke står i forhold til forventede resultater. Å avstå fra behandling som bare ville føre til en besværlig og smertefull forlengelse av livet, kan også bety respekt for den døendes vilje, uttrykt i såkalte forhåndserklæringer (livstestamenter, o.a.) om behandling, *men må utelukke enhver eutanasi- eller selvmordspreget handling*.<sup>57</sup>

Prinsippet om forholdsmessighet viser faktisk til pasientens helhetlige beste. Man kan aldri benytte den feilaktige moralske bedømmelsen det er å *velge mellom verdier* (for eksempel liv *versus* livskvalitet); dette kan føre til at ivaretagelsen av personlig integritet, hva som er et godt liv, og den sanne moralske hensikten med handlingen som utføres, utelukkes fra overveielsene.<sup>58</sup> Enhver medisinsk handling må alltid ha som sitt objekt – og i intensjonene til den som handler – å ledsage livet og aldri søke døden.<sup>59</sup> I alle tilfeller er legen aldri en ren utøver av pasientens vilje eller dennes juridiske representant, men beholder retten og plikten til å unndra seg ønsker som står i strid med det hans egen samvittighet har skjelnet som det moralsk gode.<sup>60</sup>

### 3. Grunnleggende omsorg: plikten til ernæring og hydrering

Et grunnleggende og ufravikelig prinsipp i ledsagelsen av kritisk syke eller terminale pasienter er *kontinuitet i støtten* av grunnleggende fysiologiske funksjoner. En grunnleggende omsorg man i særdeleshet skylder ethvert menneske, er å tilføre den ernæring og væske som er nødvendig for å opprettholde kroppens homeostase, i den grad og så lenge dette påviselig oppfyller sin hensikt, som består i å sørge for hydrering og ernæring av pasienten.<sup>61</sup>

Når tilførsel av næringsstoffer og fysiologiske væsker ikke lenger er til fordel for pasienten, fordi pasientens organisme ikke lenger er i stand til å absorbere eller forbrenne dem, bør foreskriving av dem opphøre. På den måten fremskynder man ikke døden på ulovlig vis ved å frata pasienten den hydrerende og ernæringsmessige støtten som er helt nødvendig for vitale funksjoner, men man respekterer den kritiske eller terminale sykdommens naturlige forløp. I motsatt fall ville det å frata denne støtten bli en urettferdig handling som kan føre til stor lidelse for den som utsettes for dette. Ernæring og hydrering utgjør ikke medisinsk terapi i egentlig forstand, da de ikke motvirker årsakene til den patologiske prosessen som finner sted i pasientens kropp,

men utgjør en omsorg man skylder å gi pasienten som person, en primær og ufravikelig klinisk og menneskelig oppmerksomhet. Plikten til å gi pasienten slik pleie gjennom riktig hydrering og ernæring, kan i noen tilfeller kreve bruk av kunstig tilførsel,<sup>62</sup> forutsatt at dette ikke er til skade for eller påfører pasienten uakseptabel lidelse.<sup>63</sup>

### 4. Palliativ omsorg

Den vedvarende plikten til å forstå pasientens behov er en del av *kontinuiteten i omsorgen*: behov for hjelp, smertelindring, følelsesmessige, relasjonsmessige og åndelige behov. Som påvist gjennom omfattende klinisk erfaring, utgjør palliativ medisin et verdifullt og uunnværlig verktøy i ledsagelsen av pasienter i de mest smertefulle, lidelsesfylte, kroniske og terminale faser av sykdom. Såkalt *palliativ omsorg* er uttrykk for den mest autentiske menneskelige og kristne omsorgsgjerning, et håndgripelig symbol på det å «bli værende» med medfølelse hos dem som lider. Behandlingsformene har som mål «å lindre lidelse i sluttfasen av sykdom og samtidig sikre pasienten egnet menneskelig ledsagelse»<sup>64</sup>, som er verdig, ved å bedre – så langt det er mulig – livskvalitet og generell velvære. Erfaringen viser at bruken av palliativ omsorg reduserer dras-



tisk antallet personer som ber om eutanasi. Innenfor hva som er økonomisk mulig, synes en besluttsom innsats for å utbre palliative behandlingsformer til alle som måtte ha behov for dem å være nyttig, ikke bare anvendt ved livets slutt, men som *en integrert tilnærming i behandlingen* av alle typer kroniske og/eller degenerative sykdommer som kan innebære en kompleks, smertefylt og dårlig prognose for pasienten og dennes familie.<sup>65</sup>

Palliativ omsorg omfatter også åndelig støtte til pasientene og deres familiemedlemmer. Den inngir tillit og håp til Gud hos den døende og hos familiemedlemmene, og hjelper dem til å akseptere slektningens død. Det er et vesentlig bidrag som hviler på pastorale aktører og hele det kristne fellesskapet, etter Den barmhjertige samaritans eksempel, slik at avvising følges av aksept, og håp overvinner angst<sup>66</sup>, særlig når pasientens lidelser forlenges av en forverret sykdomstilstand idet slutten nærmer seg. I denne fasen vil det å finne en effektiv smertelindrende terapi tillate pasienten å møte sykdom og død uten frykt for uutholdelig smerte. Slik behandling må nødvendigvis ledsages av en medmenneskelig støtte som kan overvinne pasientens følelse av ensomhet, som ofte forårsakes av ikke å kjenne

seg tilstrekkelig ledsaget og forstått i sin vanskelige situasjon.

Teknologien gir ikke noe grunnleggende svar på lidelse, og vi kan ikke anta at den vil kunne fjerne lidelse fra menneskers liv.<sup>67</sup> En slik påstand skaper et falskt håp, og kan forårsake enda større fortvilelse hos den som lider. Medisinsk vitenskap er i stand til å skaffe seg stadig mer kunnskap om fysisk smerte og bør få på plass de beste tekniske ressursene for å behandle den; men det ugjenkallelige ved en dødelig sykdom forårsaker dyp lidelse hos den syke og krever en oppmerksomhet som ikke bare er teknisk. *Spe salvi facti sumus*: i håpet, det guddommelige håp, rettet mot Gud, er vi frelst, sier den hellige Paulus (*Rom 8,24*).

«Håpets vin» er den kristne troens konkrete bidrag i omsorgen for det syke mennesket, og viser til måten Gud overvinner det onde på i verden. Når det lider, bør mennesket kunne erfare en solidaritet og en kjærlighet som tar på seg lidelsen ved å tilby mening til livet, også utover døden. Alt dette har stor sosial betydning: «Et samfunn som ikke klarer å godta de som lider, og som ikke gjennom medfølelse er i stand til å bidra til at lidelse deles og bæres, også på et indre plan, er et grusomt og umenneskelig samfunn».<sup>68</sup>

Det bør imidlertid presiseres at definisjonen av palliativ omsorg de siste årene har antatt en konnotasjon som kan være tvetydig. I noen land tar de nasjonale forskriftene som regulerer palliativ behandling (*Palliative Care Act*), så vel som lovene som gjelder «livets slutt» (*End-of-Life Law*), i tillegg til palliative behandlingsformer, også med i betraktningen såkalt «Medisinsk assistanse til døende» (*Medical Assistance to the Dying (MAiD)*), som kan inkludere muligheten for å be om eutanasi og assistert selvmord. Slike juridiske forskrifter er årsak til alvorlige kulturelle misforståelser, fordi de får folk til å tro at medisinsk assistert selvbestemt død er en integrert del av den palliative omsorgen, og at det derfor er moralsk tillatt å be om eutanasi eller assistert selvmord.

Innenfor de samme juridiske forskriftene, kan dessuten palliative intervensjoner som tar sikte på å redusere lidelsene hos alvorlig syke eller døende pasienter, bestå i å administrere medikamenter som har til hensikt å fremskynde døden eller avbryte hydrering og ernæring, selv der det er en levetidsprognose på uker eller måneder. Slik praksis er faktisk likestilt med en *handling eller unnlattelse som er rettet mot å forårsake døden, og derfor er ulovlig*. I tillegg til å få et økende antall sårbare personer til å velge eutanasi

eller selvmord, utgjør den stigende utbredelsen av slike juridiske forskrifter, også gjennom retningslinjer fra nasjonale og internasjonale vitenskapelige organisasjoner, en sosial ansvarsfraskrivelse overfor mange mennesker, som bare hadde hatt behov for å bli tatt bedre vare på og trøstet.

### *5. Familiens og de palliative enhetenes roller*

Familien og andre pårørende spiller en sentral rolle i omsorgen for den terminale pasienten.<sup>69</sup> I familien støtter personen seg på solide relasjoner og blir verdsatt i seg selv og ikke bare for sin nytte eller for gleden vedkommende bringer med seg. I pleiesituasjonen er det faktisk vesentlig at pasienten ikke føler seg som en byrde, men erfarer nærhet og verdsettelse fra sine nærmeste. I denne oppgaven har familien behov for hjelp og egnede ressurser. Det er derfor nødvendig at myndighetene anerkjenner familiens primære og grunnleggende sosiale funksjon og uerstattelige rolle, også på dette området, ved å skaffe til veie de ressurser og strukturer som er nødvendige for å støtte den. Dessuten er menneskelig og åndelig ledsagelse av familien en plikt i helseinstitusjoner med et kristent grunnlag; familien bør aldri forsømmes, siden den

*sammen med pasienten utgjør én enkelt omsorgsenhet.*

Nest etter familien, er etableringen av *hospicer* (inkl. palliative enheter, o.a.), hvor man kan ta imot terminale pasienter for å ivareta omsorgen for dem frem til livets siste øyeblikk, en god ting og til stor hjelp. For øvrig «er det kristne svar på dødens og lidelsens mysterium ikke å stille med en forklaring, men med et Nærvær»<sup>70</sup> som tar på seg smerten, ledsager og åpner for et troverdig håp. Slike palliative enheter er et eksempel på medmenneskelighet i samfunnet, de er helligdommer for smerte opplevd med mening. Derfor må de bemannes med spesialisert personell, være utstyrt med riktig pleieutstyr og alltid være åpne for familiene. «I denne forbindelse tenker jeg på hvor mye godt *hospicer* gjør for den palliative omsorgen, der uhelbredelig syke blir ledsaget av kvalifisert medisinsk, psykologisk og åndelig hjelp, slik at de kan leve siste fase av sine jordiske liv med verdighet, trøstet av sine kjæres nærhet. Jeg håper at disse sentrene vil fortsette å være steder der 'verdighetens terapi' utøves med forpliktelse, og derved nærer kjærligheten til og respekten for livet.»<sup>71</sup> I slike sammenhenger, så vel som i enhver katolsk helseinstitusjon, plikter man å ha helsearbeidere og pastoralt ansatte til stede som ikke bare er klinisk utdannet, men også

utøver et sant gudssentrert trosliv og et håp som er innrettet mot Gud, siden dette utgjør den høyeste formen for menneskeliggjøring av det å dø.<sup>72</sup>

## 6. Prenatal og pediatrik ledsagelse og omsorg

Når det gjelder omsorgen for nyfødte og barn som er rammet av kroniske degenerative sykdommer som er uforenlige med liv eller som er i livets slutfase, er følgende nødvendig å bekrefte på ny, i bevissthet om at det er behov for å utvikle en operativ strategi som er i stand til å garantere kvalitet og velvære for barna og deres familier.

Fra unnfangelsen av et barn med misdannelser eller andre patologier *små pasienter* som medisinen i dag alltid kan hjelpe og ledsage med respekt for livet. Livet deres er hellig, unikt, ugjentakelig og ukrenkelig, akkurat som alle voksnes liv.

Ved såkalte prenatale patologier som er «uforenlige med liv» – det vil si som med sikkerhet vil medføre døden i løpet av kort tid – og i fravær av foster- eller nyfødttbehandling som kan bedre helsetilstanden for disse barna, må de på ingen måte utelukkes fra behandling, men snarere ledsages som enhver annen pasi-

ent inntil døden naturlig inntreffer. *Perinatal palliasjon* fremmer i denne forstand *et helhetlig behandlingsforløp*, som ved siden av legenes og de pastorale medarbeidernes omsorg sørger for familiens kontinuerlige nærvær. Barnet er en spesiell pasient og krever at ledsagere er særskilt forberedt når det gjelder både kunnskaper og evne til nærvær. En empatisk ledsagelse av et barn i terminalfasen, som er blant den mest fintfølede ledsagelse som finnes, har som mål å bringe liv til barnets år og ikke år til barnets liv.

Særlig gir *perinatale hospicer* viktig støtte til familier som ønsker å gjennomføre fødselen av et barn som har fått påvist en livsbegrensende eller livstruende tilstand. I slike sammenhenger utgjør kompetent medisinsk ledsagelse og støtte fra andre familier som har gjennomgått tilsvarende erfaringer med smerte og tap en meget viktig ressurs, i tillegg til den nødvendige åndelige ledsagelsen av familiene. Helsearbeidere med et kristent trosgrunnlag har en pastoral plikt til å utbre slike institusjoner maksimalt i verden.

Alt dette er særlig nødvendig for de barn som ut fra dagens vitenskapelige kunnskap er henvist til å dø rett etter fødselen eller innen kort tid. Å vise omsorg for disse barna hjelper foreldrene til å håndtere sorgen og

til å tenke på erfaringen ikke bare som et tap, men som en etappe i en kjærlighetsreise foretatt sammen med barnet.

Denne tilnærmingen fremmes dessverre ikke av dagens dominerende kultur: På samfunnsnivå fører den til tider overdrevne bruken av fosterdiagnostikk og fremveksten av en kultur som er fiendtlig innstilt overfor funksjonsnedsettelse, ofte til valget av abort, som man ofte går så langt som til å fremstille som en slags «prevensjon». Abort består i forsettlig drap på et uskyldig menneskeliv og er som sådan aldri tillatt. Bruken av fosterdiagnostikk for selektive formål er derfor i strid med personens verdighet og er alvorlig utillatelig, fordi den er et uttrykk for eugenisk mentalitet. I andre tilfeller fører den samme kulturen til opphør eller ikke-initiering av behandling av den nyfødte etter fødselen, fordi en funksjonsnedsettelse er påvist, eller til og med bare fordi en funksjonsnedsettelse kan komme til å utvikle seg i fremtiden. Denne utilitaristiske tilnærmingen kan heller ikke godkjennes. En slik prosedyre er ikke bare umenneskelig, men alvorlig utillatelig fra et moralsk synspunkt.

Det grunnleggende prinsippet for pediatrik omsorg er at barnet i livets slutfase har retten til respekt

og omsorg for sin person. Man må unngå både aggressiv og urimelig insisterende medisinsk behandling, så vel som enhver forsettlig fremskynning av barnets død. Fra et kristent perspektiv krever sjelesorgen for et dødssykt barn at det får del i livet i Gud gjennom dåp og konfirmasjon.

I sluttforløpet av en uhelbredelig sykdom kan det hende at medikasjon og andre typer behandling som er ment å motvirke barnets sykdom blir avvirket dersom de ikke lenger er hensiktsmessige ved forverret tilstand, og legene anser dem som nytteløse eller for belastende for barnet fordi de vil forårsake mer lidelse. I slike situasjoner må imidlertid den helhetlige omsorgen for barnet i dens ulike fysiologiske, psykologiske, følelses- og tilknytningsmessige samt åndelige dimensjoner, aldri forsømmes. Omsorg betyr mer enn bare å gi behandling og helbrede, akkurat som at det å avbryte en behandling fordi den ikke lenger kommer det uhelbredelig syke barnet til gode, ikke innebærer å avbryte effektive behandlingstiltak som støtter de fysiologiske funksjonene som er avgjørende for den lille pasientens liv, så lenge barnets organisme har nytte av den (hjelp til hydrering, ernæring, temperaturregulering og annen hjelp som måtte være nødvendig for å opprettholde kroppens homeostase og redusere organisk og systemisk

smerte). Det å avstå fra alle overdrevent inngripende behandlingsformer som anses som ineffektive, *må ikke innebære at man oppgir å gi pleie*, men må holde muligheten åpen for ledsagelse frem til døden inntreffer. Snarere bør man ha for øye at selv rutinemessige intervensjoner, som pustehjelp, bør gis på en smertefri og forholdsmessig måte ved å skreddersy riktig type hjelp til pasientens behov, for å unngå at den rettmessige omsorgen for livet ikke motsies av at man urettmessig påfører barnet unngåelig smerte.

I denne sammenheng er vurderingen og håndteringen av den nyfødtes og barnets fysiske smerter viktig for å vise dem respekt og ledsage dem i de mer stressende sykdomsfasene. Personlig og skånsom pleie, som allerede sees i pediatrik klinisk omsorg, ledsaget av foreldrenes nærvær, gjør det mulig å utøve en helhetlig og mer effektiv håndtering av enhver assisterende intervensjon.

Det å opprettholde det følelsesmessige båndet mellom foreldre og barn er en integrert del av pleieprosessen. Omsorgs- og ledsagelsesrelasjonen foreldre og barn imellom må tilgodeses med alle nødvendige virkemidler og utgjør en grunnleggende del av behandlingen, også ved uhelbredelige sykdommer og situasjoner der livet går mot slutten. I tillegg til

den følelsesmessige kontakten må man ikke glemme det åndelige momentet. Nære pårørendes bønn for det syke barnet har en overnaturlig verdi som overgår og fordyper den følelsesmessige relasjonen.

Det etisk-juridiske begrepet «barnets beste» – i dag brukt for å gjennomføre kost-nyttevurderinger av behandlingene som skal gjennomføres – må på ingen måte danne grunnlaget for avgjørelser om å forkorte barnets liv for å unngå lidelse, gjennom handlinger eller unnlatelser som i sin natur eller hensikt kan betegnes som eutanasi-pregede. Som sagt kan ikke avslutning av behandling som ikke står i forhold til nytten, lede til opphør av grunnleggende pleie, innbefattet smertelindring, som er nødvendig for å ledsage barnet til en verdig død, og heller ikke til opphør av den åndelige omsorgen som tilbys den som snart skal møte Gud.

### *7. Smertelindring og sedering (bevissthetsnedsettelse)*

Noen spesialiserte behandlinger krever spesiell oppmerksomhet og ferdigheter hos helsepersonell for å utøve den beste medisinske praksis fra et etisk synspunkt, ved alltid å være bevisst på å tilnær-

me seg personene i deres konkrete smertesituasjon.

For å lindre pasientens smerte, benytter smerteterapien farmasøytiske legemidler som kan føre til nedsatt bevissthet (sedering). Selv om et dypt religiøst sinnelag kan gjøre det mulig for en pasient å leve smerten som et særskilt offer til Gud i et frelsesperspektiv<sup>73</sup>, bekrefter imidlertid Kirken lovligheten av sedering som del av behandlingen man tilbyr pasienten, for at livets slutt skal skje i størst mulig fred og under de beste indre betingelser. Dette gjelder også for behandling som fremskynder dødsøyeblikket (dyp palliativ sedering i terminalfasen)<sup>74</sup>, alltid så langt det er mulig med pasientens informerte samtykke. Fra et pastoralt synspunkt er det en god ting å ivareta pasientenes åndelige forberedelse, slik at de når frem til døden bevisstgjort på det møtet med Gud døden er.<sup>75</sup> Anvendelse av smertestillende midler er derfor en del av omsorgen for pasienten, men enhver bruk som direkte og forsettlig forårsaker døden, er eutanasi i praksis og kan ikke godtas.<sup>76</sup> Sedasjon må derfor utelukke en hensikt om å drepe som direkte formål, selv om sedasjonen muligvis vil påvirke betingelsene for en likevel uunngåelig død.<sup>77</sup>

Her er det nødvendig med en presisering når det gjelder pediatrike

kontekster: I tilfeller der barnet ikke er i stand til å forstå (for eksempel en nyfødt), må man ikke begå den feilen å anta at barnet kan tåle og godta smerter når det finnes mulighet til lindring. Derfor er det en medisinsk plikt å arbeide for å redusere barnets lidelser så mye som mulig, slik at det kan dø en fredfull naturlig død og i størst mulig grad oppfatte legenes og særlig familiens kjærlige nærvær.

### *8. Vegetativ tilstand og minimalt bevisst tilstand*

Andre relevante situasjoner er når pasienten er i en vedvarende tilstand av bevissthetstap, såkalt «vegetativ tilstand», og når pasienten er i «minimalt bevisst tilstand». Det er alltid totalt villedende å tenke at vegetativ tilstand og minimalt bevisst tilstand hos personer som kan puste selv er tegn på at den syke har sluttet å være en menneskelig person, med all den verdighet som tilhører personer som sådan.<sup>78</sup> Tvert om, i disse tilstander av ekstrem maktesløshet må personen anerkjennes i sin verdi og gis riktig behandling. Det faktum at en syk person kan forbli i denne smertefulle situasjonen i årevis, uten noe klart håp om bedring, medfører utvilsomt lidelse for dem som tar seg av henne eller ham.

Først av alt kan det være nyttig å minne om at man aldri må miste følgende av syne når det gjelder så smertelige situasjoner, nemlig: Pasienter i denne tilstanden har rett til ernæring og hydrering; ernæring og hydrering gjennom kunstig tilførsel er i prinsippet ordinære tiltak. I noen tilfeller kan slike tiltak bli uforholdsmessige, enten fordi tilførselen av dem ikke lenger har effekt, eller fordi måten de administreres på blir til for stor byrde og forårsaker negative effekter som overgår fordelene.

I lys av disse prinsippene kan ikke helsepersonellens engasjement begrenses til pasienten, men bør også omfatte familien eller pasientens omsorgsansvarlige, og sørge for at disse også gis en god pastoral ledsagelse. Det er derfor nødvendig å planlegge en formålstjenlig støtte til familied medlemmer som bærer den langvarige byrden av å ta seg av personer i slike tilstander, og forsikre dem om en nærhet som hjelper dem til ikke å miste motet og, fremfor alt, til ikke å anse behandlingsavslutning som eneste løsning. Det er nødvendig å være ordentlig forberedt på dette, akkurat som det er nødvendig at de pårørende gis behørig støtte.

## 9. Reservasjonsrett for helsearbeidere og for katolske helseinstitusjoner

I møte med lover som tillater eutanasi eller assistert selvmord – uansett hvilken form for medisinsk hjelp dette skjer under – må man alltid nekte enhver form for formelt eller materielt samarbeid. Disse kontekstene utgjør et spesifikt område for det kristne vitnesbyrdet, der «en skal lyde Gud mer enn mennesker» (Apg 5,29). Det finnes ingen rett til selvmord, ei heller til eutanasi: det finnes en rett til å beskytte livet og sameksistensen mellom mennesker, ikke til å forårsake død. Det er derfor aldri tillatt for noen å medvirke til slike umoralske handlinger eller skape et inntrykk av at man skulle kunne medvirke ved ord, gjerninger eller unnlatelser. Den eneste sanne rettighet er den sykes rett til å bli ledsaget og pleiet med ekte medmenneskelighet. Bare på denne måten kan pasientens verdighet bevares frem til døden naturlig inntreffer. «Ingen helsearbeider bør derfor gjøre seg til utøvende forvalter av en ikke-eksisterende rettighet, selv om personen det gjelder fullt bevisst skulle be om eutanasi».<sup>79</sup>

I dette henseendet blir de allmenne prinsippene for medvirkning til onde handlinger, det vil si ulovlige handlinger, bekreftet på ny: «Alle

kristne, så vel som alle mennesker av god vilje, er under samvittighetens alvorlige plikt kalt til ikke å ta del i praksis som – selv om den er tillatt i lovverket – strider imot Guds lov. Fra et moralsk standpunkt er det aldri tillatt å medvirke formelt til det som er ondt. En slik medvirkning finner sted når en handling, enten ut fra sin natur eller ved den form den antar i en gitt situasjon, kan defineres som direkte deltagelse i et angrep på uskyldig menneskeliv eller som samtykke i den handlende persons moralsk onde intensjon. En slik medvirkning kan aldri rettfærdiggjøres, verken ved å påberope seg respekt for andres frihet eller ved å henvise til det faktum at det sivile lovverket tillater eller påbyr det. Ethvert individ har et moralsk ansvar for de handlinger det personlig utfører; ingen kan unntas fra dette ansvar, og det er på grunnlag av dette at hver enkelt skal dømmes av Gud (jf. Rom 2,6; 14,12)».<sup>80</sup>

Det er nødvendig at statlige myndigheter anerkjenner retten til samvittighetsfritak (reservasjonsrett) på det medisinske og helsefaglige området, i respekt for den naturlige morallovens prinsipper, og særlig der hvor tjenesten for livet daglig utfordrer den menneskelige samvittighet.<sup>81</sup> Der reservasjonsretten ikke anerkjennes, kan man komme i en situasjon der man plikter å være uly-



dig mot loven, for ikke å legge urett til urett, og derved forvrengte folks samvittighet. Helsearbeidere bør ikke nøle med å be om reservasjonsrett som en egen rettighet, og som et spesifikt bidrag til det felles beste.

Likeledes må helseinstitusjoner motstå det sterke økonomiske presset som iblant kan påvirke dem til å godta eutanasi praksis. Og dersom vanskelighetene med å finne de nødvendige midler blir til stor byrde for de offentlige institusjonenes innsats, så kalles samfunnet som helhet til et tilleggsansvar, slik at uheldredelig syke ikke overlates til seg selv eller bare til sine familiemedlemmers ressurser. Alt dette krever en klar og enhetlig holdning fra bispekonferanser og lokalkirker, så vel som fra katolske fellesskap og institusjoner, for å ivareta deres reservasjonsrett i sammenhenger der lov- og regelverk tillater eutanasi og selvmord.

Katolske helseinstitusjoner utgjør et konkret tegn på måten det kirkelige fellesskapet i samsvar med den barmhjertige samaritans eksempel tar seg av syke mennesker. Jesu befaling om å «helbrede de syke» (*Luk 10,9*) oppfylles konkret ikke bare gjennom å legge hendene på dem, men også ved å hente dem inn fra gaten, hjelpe dem i deres egne hjem og ved å skape hensiktsmessige mottaks- og overnattingstilbud. I tro-

fasthet mot Herrens befaling har Kirken gjennom århundrene skapt ulike mottaksstrukturer der medisinsk behandling finner sitt spesifikke uttrykk innenfor rammen av en helhetlig tjeneste for den syke.

Katolske helseinstitusjoner er kalt til trofast å vitne om den ufravikelige etiske forpliktelsen til å respektere de grunnleggende menneskelige og kristne verdier som utgjør deres identitet: ved å avstå fra opptreden som er åpenbart moralsk utillatelig og ved en erklært og offisiell lydighet til Kirkens læreembete. Enhver annen handling som ikke samsvarer med formålene og verdiene som katolske helseinstitusjoner inspireres av, er etisk uakseptabel og skader institusjonens betegnelse som «katolsk».

Slik sett er et institusjonelt samarbeid som innebærer at man henviser eller orienterer personer som ber om eutanasi til andre sykehus, også etisk uakseptabelt. Slike avgjørelser kan moralsk sett ikke godtas eller støttes i sin konkrete gjennomføring, selv om de juridisk sett er mulige. I realiteten forholder det seg slik: «*Love* av denne art er man ikke forpliktet til å følge, tvert imot er der *alvorlige og klare grunner til å motsette seg dem av samvittighetsgrunner*. Fra Kirkens tidligste tid har den apostoliske forkynnelse minnet om de

kristnes plikt til å adlyde de lovlig innsatte offentlige myndigheter (jf. *Rom* 13,1–7; *1 Pet* 2,13–14), samtidig som man har formant til at ‘en må lyde Gud mer enn mennesker» (*Apg* 5,29)». <sup>82</sup>

Retten til å reservere seg av samvittighetsgrunner må ikke få oss til å glemme at kristne ikke motsetter seg disse lovene i kraft av sin private religiøse overbevisning, men ut fra en grunnleggende og ukrenkelig rettighet som hvert menneske har del i, og som er vesentlig for hele samfunnets felles beste. Det handler i virkeligheten om lover som strider mot naturretten, fordi de undergraver selve grunnlaget for menneskeverdet og for en menneskelig sameksistens preget av rettferdighet.

### *10. Pastoral ledsagelse og sakramental støtte*

Dødsøyeblikket er et avgjørende steg i menneskets møte med den frelsende Gud. Kirken er kalt til åndelig ledsagelse av de troende som er i denne situasjonen, ved å tilby dem bønnens og sakramentenes «helbredende ressurser». Det å hjelpe den kristne til å leve dette øyeblikket i en ramme av åndelig ledsagelse, er en ytterst verdifull kjærlighetsgjerning. Nettopp fordi «ingen troende bør dø ensom og forlatt»,<sup>83</sup> er det

rundt den syke nødvendig å skape en solid plattform av menneskelige og menneskeliggjørende relasjoner, som ledsager og åpner personen for håpet.

Lignelsen om den barmhjertige samaritan viser hvordan forholdet til et lidende medmenneske bør være, hvilke holdninger som bør unngås – likegyldighet, apati, fordommer, frykt for å skitne til hendene, lukke seg inne i sine egne saker – og hvilke man bør innta – oppmerksomhet, lydhørhet, forståelse, medfølelse og diskresjon.

Innbydelsen til å etterligne samaritanens eksempel – «Gå du og gjør som han» (*Luk* 10,37) er en formaning om ikke å undervurdere det fulle menneskelige potensial i nærvær, tilgjengelighet, imøtekommenhet, dømmekraft og deltagelse som nærheten til den som er i nød krever, og som er vesentlig for en helhetlig omsorg for den syke.

Kjærlighet og omsorg for personer i livets kritiske og terminale situasjoner bidrar til å avverge det forferdelige og radikale ønsket om å gjøre slutt på sitt eget liv. Det er faktisk bare omgivelser preget av menneskelig varme og evangelisk søskenskap som er i stand til å åpne for en positiv horisont og å støtte den syke i håpet og til en tillitsfull overgivelse.

Slik ledsagelse er en del av forløpet som defineres av palliativ behandling, og den må inkludere pasienten og dennes familie.

Familien har alltid spilt en viktig rolle i pleien, fordi familiens nærvær, støtte og hengivenhet utgjør en vesentlig terapeutisk faktor for den syke. Pave Frans minner om at i virkeligheten har familien «alltid vært det nærmeste ‘sykehuset’. Selv i dag er i mange deler av verden sykehuset et privilegium for de få, og ofte ligger det langt unna. Det er mamma, pappa, søsknene og bestemødrene som garanterer pleie, og som hjelper en til å bli frisk».<sup>84</sup>

Det å ta på seg den andres byrder eller vise omsorg for andres lidelser er en forpliktelse som ikke bare angår noen få, men et ansvar som omfatter alle, hele det kristne fellesskapet. Den hellige Paulus sier at når ett lem lider, lider hele kroppen (jf. *1 Kor 12,26*) og hele kroppen bøyer seg ned mot det syke lem for å gi det lindring. Alle er vi hver for oss kalt til å være en «trøstens tjener» i møte med enhver menneskelig situasjon preget av ensomhet og fortvilelse.

Den pastorale ledsagelsen krever utøvelse av de menneskelige og kristne dydene *empati* (*en-pathos*), *medlidenhet* (*cum-passio*) – det å bære andres lidelser ved å ta del i dem, og

*trøst* (*cum-solacium*) – det å gå inn i andres ensomhet for å få dem til å føle seg elsket, tatt vel imot, ledsaget og støttet.

Den lyttende og trøstende tjenesten presten er kalt til å tilby, gjennom å gjøre seg til et tegn på Kristi og Kirkens medfølende omsorg, kan og må spille en avgjørende rolle. I dette betydningsfulle oppdraget er det ytterst viktig å vitne om og sammenstille sannheten og neste-kjærligheten som Den gode hyrdes blick aldri opphører å følge alle sine barn med. Gitt prestens viktige rolle i den menneskelige, pastorale og åndelige ledsagelsen av syke mennesker i livets slutfaser, må man på dette området sørge for en oppdatert og målrettet forberedelse gjennom presteutdannelsen. Det er også viktig at leger og helsearbeidere får opplæring i en slik kristen ledsagelse, siden det kan forekomme spesielle omstendigheter som vil gjøre det svært vanskelig for presten å være til stede ved dødsleiet.

Det å være menn og kvinner som har dyp innsikt i medmenneskelighet, betyr at holdningene som vi tar oss av vår lidende neste med, bør legges til rette for møtet med livets Herre, Han som er den eneste som på effektivt vis kan helle trøstens olje og håpets vin over menneskelige sår.

Hvert eneste menneske har en naturlig rett til å bli hjulpet i denne ytterste time, i samsvar med uttrykksformene i religionen det bekjenner seg til.

Det sakramentale øyeblikket er alltid høydepunktet i hele den pastorale omsorgsinnsatsen som går forut, og det er kilden til alt som kommer etter.

Kirken kaller botens og sykesalvingens sakramenter for «helbredelsens sakramenter»<sup>85</sup>, som kulminerer i Eukaristien som «vandringsbrød» (*viaticum*) til det evige liv.<sup>86</sup> Gjennom Kirkens nærhet erfarer de syke Kristi nærhet, som ledsager dem på deres vei til Faderens hus (jf. *Joh* 14,6) og hjelper dem til ikke å fortvile<sup>87</sup>, ved å støtte dem i håpet, særlig når veien blir mer strevsom.<sup>88</sup>

### *11. Pastoralt skjønn overfor dem som ber om eutanasi eller assistert selvmord*

Et særskilt forhold der det i dag er nødvendig å bekrefte Kirkens lære, er den pastorale ledsagelsen av den som uttrykkelig har bedt om eutanasi eller assistert selvmord. Når det gjelder Forsoningens sakrament, må skriftefaren forsikre seg om at det er anger til stede, *hvilket er nødvendig for at syndstilgivelsen skal*

*være gyldig*, og som består i «sinnets sorg og avsky for den begåtte synd, ledsaget av forsettet om ikke å synde mer i fremtiden».<sup>89</sup> I dette tilfellet står vi overfor en person som utover sin subjektive innstilling, har foretatt valget om å begå en alvorlig umoralsk handling og i frihet holder fast på sin beslutning. En slik tilstand innebærer et åpenbart fravær av botferdighet for å motta Botens sakrament sammen med syndstilgivelsen<sup>90</sup>, sykesalvingen<sup>91</sup> så vel som vandringsbrødet (*viaticum*).<sup>92</sup> Personen vil kunne motta disse sakramentene når hans eller hennes innstilling til å ta konkrete skritt tillater presten å konkludere med at den skriftende har ombestemt seg. Dette innebærer også at en person som har meldt seg inn i en organisasjon for å få eutanasi eller assistert selvmord, må gi til kjenne et forsett om å slette en slik innmelding før han eller hun mottar sakramentene. Man bør huske på at nødvendigheten av å utsette syndstilgivelsen ikke innebærer en bedømmelse av graden av skyld, siden det personlige ansvaret kan være redusert eller til og med ikke-eksisterende.<sup>93</sup> Skulle personen allerede være bevisstløs, vil presten kunne meddele sakramentene *sub condicione* (betinget), dersom det kan antas at det foreligger anger ut fra tegn den syke måtte ha gitt på et tidligere tidspunkt.

Kirkens standpunkt her er ikke et tegn på manglende ivaretagelse av den syke personen. Det må i praksis ledsages av et tilbud om hjelp og om å lytte, hvilket alltid er mulig og alltid vil bli innvilget sammen med en grundig forklaring av sakramentets natur, for slik å gi den syke midlene til å kunne velge og ønske det helt frem til siste slutt. Kirken er alltid nøye med å se etter tilstrekkelige tegn på omvendelse, slik at de troende med rimelighet kan be om å motta sakramentene. Legg merke til at utsettelsen av absolusjon (syndstilgivelse) også er en medisinsk handling som fra Kirkens side ikke er rettet mot å fordømme synderen, men mot å bevege ham og ledsage ham til omvendelse.

Derfor, selv når en person ikke skulle oppfylle de objektive betingelsene for å motta sakramentene, er det nødvendig med en nærhet som alltid innbyr til omvendelse, spesielt dersom den syke har bedt om eller akseptert eutanasi og denne ikke umiddelbart vil finne sted. Det vil da være mulighet for en ledsagelse som kan gjenopplive håpet og endre på den uriktige beslutningen, slik at den sykes tilgang til sakramentene åpnes.

Det er imidlertid ikke tillatt for dem som bistår disse syke åndelig, å vise noen ytre gest som kan tolkes som

en godkjennelse av eutanasihandlingen, som for eksempel å bli værende under selve gjennomføringen. Et slikt nærvær kan bare tolkes som medvirkning. Prester må ikke bli til skandale ved å opptre på noen som helst måte som gjør dem medvirkende til avslutningen av et menneskeliv. Dette prinsippet gjelder spesielt, men er ikke begrenset til, sykehusprestene ved helseinstitusjoner der dødshjelp måtte praktiseres.

## *12. Reform av utdanningssystemet og helsearbeidernes opplæring*

I dagens sosiale og kulturelle kontekst, så full av utfordringer når det gjelder vernet om menneskelivet i tilværelsens mest kritiske faser, kan vi ikke komme utenom rollen utdannelsen spiller. Familien, skolen, andre utdanningsinstitusjoner og menighetsfelleskapene må arbeide med utholdenhet for å vekke og foredle den følsomheten overfor vår nestes lidelse som skikkelsen til evangeliets samaritan er blitt et symbol på.<sup>94</sup>

Sykehussjelesorgen er pålagt å utvide helsearbeidernes åndelige og moralske danning; dette omfatter leger og pleiepersonell så vel som frivillige grupper ved sykehusene, slik at de skal kunne gi den nødvendige menneskelige og psykologiske hjel-

pen i livets slutfaser. Den psykologiske og åndelige omsorgen for pasienten hele sykdomsforløpet gjennom bør være en prioritet for pastorale medarbeidere og helsearbeidere, og man må passe på å sette pasienten og dennes familie i sentrum.

Palliativ behandling bør utbres til hele verden, og det er nødvendig å opprette gradsgivende studieløp for spesialistutdannelse av helsepersonell. Det er like viktig å formidle korrekt og vidtrekkende informasjon om effektiviteten av autentisk palliativ behandling for en verdig ledsagelse av personen frem til naturlig død. Kristent inspirerte helseinstitusjoner må sette opp retningslinjer for helsepersonell som inkluderer egnet psykologisk, moralsk og åndelig omsorg som en vesentlig komponent i den palliative behandlingen.

Menneskelig og åndelig assistanse må igjen inngå i de akademiske studieløpene for alt helsepersonell så vel som i praksisperiodene ved sykehusene.

I tillegg må helse- og omsorgsinstitusjoner utarbeide *modeller for* psykologisk og åndelig *bistand* til helsearbeidere som tar seg av terminale pasienter. Å *vise omsorg for dem som utøver omsorg* er vesentlig for å unngå at hele byrden av lidelse

og død hos uhelbredelige pasienter skal falle på helsearbeidere og leger (og resultere i *utbrenthet*). De trenger støtte og tid til å diskutere og bli lyttet til, for å kunne bearbeide ikke bare verdier og følelser, men også det de erfarer av angst, lidelse og død i forbindelse med deres tjeneste for livet. De bør kunne fornemme håpets dype mening og bevisstheten om at oppdraget deres er et virkelig kall til å holde oppe og ledsage livets og nådens mysterium i tilværelsens smertefylte og terminale faser.<sup>95</sup>

## Konklusjon

Mysteriet om menneskets forløsning er på overraskende vis rotfestet i Guds kjærlighetsfylte innlevelse i menneskelig lidelse. Det er grunnen til at vi kan stole på Gud, og i tro formidle denne vissheten til mennesket som lider og er skremt av smerte og død.

Det kristne vitnesbyrdet viser hvordan håpet alltid er mulig, selv innenfor «bruk- og kast-kulturen». «Det talende i lignelsen om den barmhjertige samaritan, som også i hele Evangeliet, er særlig dette: mennesket bør føle seg *personlig kalt* til å vitne om kjærlighet i lidelsen.»<sup>96</sup>

Av den barmhjertige samaritanen lærer Kirken hvordan den dødssyke skal vises omsorg, og adlyder dermed budet knyttet til livets gave: «*respekter, forsvare, elsk og tjen livet, hvert eneste menneskeliv!*»<sup>97</sup> Livets evangelium er et evangelium om medfølelse og barmhjertighet rettet mot det konkrete, svake og syndige mennesket, for å lindre det, bevare det i nådens liv og om mulig helbrede det for alle sår.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å ta del i smerten; man må trenge helt inn i fruktene av Kristi påskemysterium for å overvinne synden og det onde, med vilje til å «fordrive den

annens elendighet, som om den var ens egen».<sup>98</sup> Den største elendighe- ten består imidlertid i mangelen på håp i møte med døden. Dette er håpet som forkynnes av det kristne vitnesbyrdet, som for å være virksomt må leves i tro og omfatte alle – familiemedlemmer, sykepleiere, leger og den pastorale omsorgen i bispedømmene og i de katolske helsesentrene, som er kalt til trofast å leve *plikten til å ledsage* de syke i alle sykdoms- faser, og særlig i livets kritiske og terminale faser, som defnert i dette dokumentet.

Den barmhjertige samaritanen, som plasserer ansiktet til sin vanskeligstilte bror midt inne i sitt hjerte, vet å se hans behov, byr ham alt det gode som er nødvendig for å løfte ham opp fra trøstesløshetens sår og åpner lysende gliper av håp i hans hjerte.

Samaritanens «ønske om å ville vel», som gjør ham til en neste for den sårede mannen, ikke i ord eller tale, men med gjerninger og i sannhet (jf. *Joh 3,18*), tar form som omsorg etter eksempelet gitt oss av Kristus som gikk forbi og gjorde godt og helbredet alle (jf. *Ap̄g 10,38*).

Helbredet av Jesus blir vi til menn og kvinner som er kalt til å forkynne hans helbredende kraft, til å elske og

ta oss av vår neste, slik han har gitt oss et vitnesbyrd om.

Dette kallet til å elske og til å ta vare på hverandre<sup>99</sup>, som bringer med seg evighetens fortjenester, blir gjort uttrykkelig klart av Jesus i lignelsen om Den siste dom: «ta i arv riket som er gjort i stand for dere, for jeg var syk og dere så til meg. Når gjorde vi det, Herre? Hver gang dere gjorde det mot en av deres minste søsken, mot en lidende bror eller søster, gjorde dere det mot meg» (jf. *Matt 25,31–46*).

*Den hellige Far, Pave Frans, godkjente den 25. juni 2020 dette brevet som 29. januar 2020 ble behandlet i denne Kongregasjonens plenarmøte, og har også beordret offentliggjøringen av det.*

Gitt i Roma, fra Troskongregasjonen, den 14. juli 2020, på minnedagen for den hellige Camillus av Lellis.

Kardinal Luis F. Ladaria S.I.

*Prefekt*

+ Giacomo Morandi

*Titulærerkebiskop av Cerveteri*

*Sekretær*





## Sluttnoter

- 1 Messale Romano, *riformato a norma dei decreti del Concilio Ecumenico Vaticano II, promulgato da papa Paolo VI e riveduto da papa Giovanni Paolo II*, Den italienske bispekonferansen – Fondazione di Religione Santi Francesco d'Assisi e Caterina da Siena, Roma 2020, Prefazio comune VIII, p. 404 (eng. overs.).
- 2 Jf. Det tidligere pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeider (fra 1. januar 2017 innlemmet i Det pavelige dikasteriet for fremme av helhetlig menneskelig utvikling), *Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas* förlag, Stockholm (2020), nr. 6.
- 3 Jf. Benedikt XVI, *Spe salvi*, encyklika, 30. november 2007, nr. 22, i Acta Apostolicae Sedis (AAS) 99 (2007), s. 1004. «Dersom tekniske fremskritt ikke ledsages av et tilsvarende fremskritt i den etiske dannelsen av mennesket, i menneskets indre vekst (jf. Ef 3,16; 2 Kor 4,16), da er det ikke noe fremskritt i det hele tatt, men en trussel mot mennesket og mot verden.»
- 4 Jf. Frans, tale til Italias forening mot leukemi, lymfom og myelom (AIL), 2. mars 2019, i L'Osservatore Romano, 3. mars 2019, s. 7.
- 5 Frans, *Amoris laetitia*, apostolisk formaning, 19. mars 2016, nr. 3 i AAS 108 (2016), s. 312.
- 6 Jf. Det annet Vatikankonsils pastorale konstitusjon *Gaudium et spes*, 7. desember 1965, nr. 10, i AAS 58 (1966), s. 1032–1033.
- 7 Jf. Johannes Paul II, det apostoliske brevet *Salvifici doloris*, 11. februar 1984, nr. 4 i AAS 76 (1984), s. 203.
- 8 Jf. Det tidligere pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere (fra 1. januar 2017 innlemmet i Det pavelige dikasteriet for fremme av helhetlig menneskelig utvikling), *Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas* förlag, Stockholm (2020), nr. 144.
- 9 Frans, budskap til den 48. Verdensdag for sosial kommunikasjon *Message for the 48th World Communications Day*, 1. juni 2014, i AAS 106 (2014), s. 114.
- 10 Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika 25. mars 1995, nr. 87, i AAS 87 (1995), s. 500. Norsk oversettelse, *Livets Evangelium — Den katolske kirke*.
- 11 Jf. Johannes Paul II, *Centesimus annus*, encyklika, 1. mai 1991, nr. 37, i AAS 83 (1991), s. 840.
- 12 Johannes Paul II, *Veritatis splendor*, encyklika, 6. august 1993, nr. 50, i AAS 85 (1993), s. 1173.
- 13 Johannes Paul II, tale til deltakerne på den internasjonale kongressen «Life sustaining treatments and vegetative state: Scientific progress and ethical dilemmas», arrangert i Roma av Den italienske foderasjonen for katolske leger (FIAMC) og Det pavelige akademi for livet (PAV), «Address to the participants in the International Congress “Life sustaining treatments and vegetative state. Scientific progress and ethical dilemmas”», 20. mars 2004, nr. 7, i AAS 96 (2004), s. 489. (På norsk formuleres dette ofte: «Av og til helbrede, ofte lindre, men alltid trøste.»)
- 14 Jf. Troskongregasjonens brev, *Placuit Deo*, 22. februar 2018, nr. 6, i AAS 110 (2018), s. 430.
- 15 Jf. Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere (fra 1. januar 2017 innlemmet i Det pavelige dikasteriet for fremme av helhetlig menneskelig utvikling), *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: *Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas* förlag, Stockholm (2020), nr. 9.
- 16 Jf. Paul VI, *Allocuzione nell'ultima sessione pubblica del Concilio*, tale ved Det annet Vatikankonsils avslutning, 7. desember 1965, i AAS 58 (1966), s. 55–56.
- 17 Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere (fra 1. januar 2017 innlemmet i Det pavelige dikasteriet for fremme av helhetlig menneskelig utvikling), *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: *Nya etiska riktlinjer*

- för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 9.
- 18 Troskongregasjonens brev, *Placuit Deo*, 22. februar 2018, nr. 12, i AAS 110 (2018), s. 433–434.
  - 19 Frans, tale til deltakerne på Troskongregasjonens plenarsesjon, 30. januar 2020, i L'Osservatore Romano, 31. januar 2020, s. 7. (Eng. overs.)
  - 20 Jf. Benedikt XVI, *Deus caritas est*, encyklika, 25. desember 2005, nr. 31, i AAS 98 (2006), s. 245.
  - 21 Jf. Benedikt XVI, *Caritas in veritate*, encyklika, 29. juni 2009, nr. 76, i AAS 101 (2009), s. 707.
  - 22 Jf. Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 49, i AAS 87 (1995), s. 455: «livets sanneste og dypeste mening: å være gave og å gi seg selv som gave». Norsk oversettelse: *Livets Evangelium — Den katolske kirke*.
  - 23 Det annet Vatikankonsils dogmatiske konstitusjon, *Dei Verbum*, 8. november 1965, nr. 2, i AAS 58 (1966), s. 818, i norsk oversettelse «Guds åpenbaring».
  - 24 Johannes Paul II, *Evangelium vitae* («Livets Evangelium»), encyklika, 25. mars 1995, nr. 34, i AAS 87 (1995), s. 438.
  - 25 Jf. Position Paper of the Abrahamic Monotheistic Religions on matters concerning life, Vatican City, 28. oktober 2019: «Vi motsetter oss enhver form for eutanasi – altså den direkte, forsettlig og vilde gjerning i det å ta liv – så vel som legeassistert selvmord - det vil si direkte, forsettlig og intensjonell støtte til det å begå selvmord – fordi det på grunnleggende vis står i strid med menneskelivets umistelige verdi, og er derfor i seg selv og følgelig moralsk og religiøst feil, og bør uten unntak forbys.»
  - 26 Jf. Frans, tale til deltakerne på den italienske legeforenings 70-årsjubileum, 15. november 2014, i AAS 106 (2014), s. 976.
  - 27 Jf. Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere (fra 1. januar 2017 innlemmet i Det pavelige dikasteriet for fremme av helhetlig menneskelig utvikling), *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer for sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 1; Troskongregasjonens instruksens Dignitas personae, 8. september 2008, nr. 8, i AAS 100 (2008), s. 863.
  - 28 Frans, *Laudato si'*, encyklika, 24. mai 2015, nr. 65, i AAS 107 (2015), s. 87.
  - 29 Det annet Vatikankonsils pastorale konstitusjon *Gaudium et spes*, 7. desember 1965, nr. 27, i AAS 58 (1966), s. 1047–1048.
  - 30 Frans, tale til deltakerne på den italienske legeforenings 70-årsjubileum, 15. november 2014, i AAS 106 (2014), s. 976.
  - 31 Jf. Frans, tale til Den nasjonale føderasjonen for leger og tannleger (i Italia), *Address to the National Federation of the Orders of Doctors and Dental Surgeons*, 20. september 2019 i L'Osservatore Romano, 21. september 2019, s. 8: «Dette er forhastede måter å håndtere valg som ikke er, slik de tilsynelatende fremstår, et uttrykk for personens frihet, ved at de innebærer muligheten for at pasienten ikke mer skal være til, eller er falsk medlidenhet overfor ønsket om hjelp til å foregripe døden.»
  - 32 Troskongregasjonens brevet *Placuit Deo*, 22. februar 2018, nr. 3, i AAS 110 (2018), s. 428–429; jf. Frans, *Laudato si'*, encyklika, 24. mai 2015, nr. 162, i AAS 107 (2015), s. 912.
  - 33 Jf. Benedikt XVI, *Caritas in veritate*, encyklika, 29. juni 2009, nr. 53, i AAS 101 (2009), s. 688. «En av de ytterste former for fattigdom en person kan oppleve er isolasjon. Dersom vi ser nøye på andre former for fattigdom, inklusive materielle former, ser vi at de springer ut av isolasjon, av ikke å være elsket eller fra vanskeligheter med å være i stand til å elske.»
  - 34 Jf. Frans, *Evangelii Gaudium*, apostolisk formaning, 24. november 2013, nr. 53, i AAS 105 (2013), s. 1042; se også Frans, tale til en delegasjon fra Dignitatis Humanae-instituttet, 7. desember 2013, i AAS 106 (2014), s. 14–15; Frans, Møtet med eldre, 28. september 2014, i AAS 106 (2014), s. 759–760.

- 35 Jf. Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 12, i AAS 87 (1995), s. 414.
- 36 Troskongregasjonens erklæring Iura et bona, 5. mai 1980, Del II, i AAS 72 (1980), s. 546.
- 37 Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 65, i AAS 87 (1995), s. 475; jf. Troskongregasjonens erklæring Iura et bona 5. mai 1980, Del II, i AAS 72 (1980), s. 546.
- 38 Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika 25. mars 1995, nr. 65, i AAS 87 (1995), s. 477. Dette er endelig fastsatt lære hvor Kirken uttaler seg i kraft av sin ufeilbarlighet, jf. Troskongregasjonen, Doktrinell kommentar til den avsluttende formuleringen av Professio Fidei, 29. Juni 1998, nr. 11, i AAS 90 (1998), s. 550.
- 39 Troskongregasjonens erklæring Iura et bona, 5. mai 1980, Del II, i AAS 72 (1980), s. 546.
- 40 Jf. Den katolske kirkes katekisme, 2286.
- 41 Jf. Den katolske kirkes katekisme, 1735 og 2282.
- 42 Troskongregasjonens erklæring Iura et bona, 5. mai 1980, Del II, i AAS 72 (1980), s. 546.
- 43 Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere (fra 1. januar 2017 innlemmet i Det pavelige dikasteriet for fremme av helhetlig menneskelig utvikling), *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 169.
- 44 Jf. Ibid., nr. 170.
- 45 Jf. Johannes Paul II, encyklikaen *Evangelium vitae*, 25. mars 1995, nr. 72, i AAS 87 (1995), s. 484–485.
- 46 Frans, tale til deltakerne på Troskongregasjonens plenarsesjon, 30. januar 2020, i L'Osservatore Romano, 31. januar 2020, s. 7. (eng. overs.)
- 47 Johannes Paul II, *Veritatis splendor*, encyklika, 6. august 1993, nr. 15, i AAS 85 (1993), s. 1145.
- 48 Jf. Benedikt XVI, *Spe salvi*, encyklika, 30. november 2007, nr. 36–37, i AAS 99 (2007), s. 1014–1016.
- 49 Troskongregasjonens erklæring Iura et bona, 5. mai 1980, II, i AAS 72 (1980), s. 546.
- 50 Johannes Paul II, *Salvifici doloris*, apostolisk brev, 11. februar 1984, nr. 5, i AAS 76 (1984), s. 204.
- 51 Jf. Benedikt XVI, *Spe salvi*, encyklika, 30. november 2007, nr. 38, i AAS 99 (2007), s. 1016.
- 52 Jf. Johannes Paul II, *Salvifici doloris*, apostolisk brev, 11. februar 1984, nr. 29, i AAS 76 (1984), s. 244: «i den grunnleggende menneskelige solidaritets navn kan ikke personen som er en 'neste' gå likegyldig forbi en annens lidelse, og enda mindre i nestekjærlighetens navn. Personen må 'stanse opp', 'vise medfølelse', akkurat som samaritanen i Evangeliets lignelse. Selve lignelsen uttrykker en dypt kristen sannhet, som samtidig er svært allmennmenneskelig.»
- 53 Jf. Troskongregasjonens erklæring Iura et bona, 5. mai 1980, Del IV, i AAS 72 (1980), s. 549–551.
- 54 Jf. Den katolske kirkes katekisme, 2278; Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, Retningslinjer for helsearbeidere, Vatikanet, 1995, nr. 119; Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 65, i AAS 87 (1995), s. 475; Frans, budskap til deltakerne på det europeiske regionalmøtet i World Medical Association, 7. november 2017. «Og selv om vi vet at vi ikke alltid kan garantere helbredelse eller en behandling, kan og må vi alltid ta vare på de personene som lever, uten at vi selv avkorter livet deres, men også uten å kjempe meningsløst mot deres død»; Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 149.
- 55 Jf. Den katolske kirkes katekisme, 2278; Troskongregasjonens erklæring Iura et bona, 5. mai 1980, IV, i AAS 72 (1980), s. 550–551; Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 65, i AAS 87 (1995), s. 475; Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeide-

- re, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 150.
- 56 Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyclika, 25. mars 1995, nr. 65, i AAS 87 (1995), s. 476.
- 57 Jf. Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 150.
- 58 Jf. Johannes Paul II, tale til deltakerne på en studiesamling om ansvarlig forplantning, 5. juni 1987, nr. 1, i *Insegnamenti di Giovanni Paolo II X/2* (1987), s. 1962: «Å snakke om en 'konflikt mellom verdier eller goder' og det påfølgende behovet for å opprette en form for 'balanse' mellom dem, ved å velge det ene og velge bort det andre, er ikke moralsk riktig.»
- 59 Jf. Johannes Paul II, tale til den italienske katolske legeföreningen (*Address to the Italian Catholic Doctors Association*), i *Insegnamenti di Giovanni Paolo II, I* (1978), s. 438.
- 60 Jf. Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*, i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 150.
- 61 Jf. Troskongregasjonen, *Responses to certain questions of the United States Conference of Catholic Bishops concerning artificial nutrition and hydration* («Svar på enkelte spørsmål fra USAs katolske bispekonferanse som gjelder kunstig ernæring og hydrering»), 1. august 2007, i AAS 99 (2007), s. 820.
- 62 Jf. *Ibid.*
- 63 Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 152: «Næring og væske, også gitt ved kunstig tilførsel, anses som grunnleggende omsorg for den døende i de situasjoner der det beviselig ikke er for anstrengende eller til fordel [for pasienten]. Å avbryte tilførselen kan i visse tilfeller utgjøre dødshjelp: 'Å gi mat og drikke, også når det skjer ved kunstig tilførsel, er prinsipielt en vanlig og forholdsmessig måte å bevare liv på. Det er derfor obligatorisk i den grad og så lenge det oppfyller sin funksjon, som er å gi pasienten væske og næring. På denne måten unngås død på grunn av uttørring og sult.» (Oversatt fra svensk)
- 64 Frans, tale til deltakerne på plenarmøtet i Det pavelige akademi for livet (*Address to participants in the plenary of the Pontifical Academy for Life*), 5. mars 2015, i AAS 107 (2015), s. 274, med henvisning til: Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, 25. mars 1995, nr. 65 i AAS 87 (1995), s. 476. Jf. Den katolske kirkes katekisme, 2279.
- 65 Jf. Frans, tale til deltakerne på plenarmøtet i Det pavelige akademi for livet (*Address to participants in the plenary of the Pontifical Academy for Life*), 5. mars 2015, i AAS 107 (2015), s. 275.
- 66 Jf. Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 147.
- 67 Jf. Johannes Paul II, *Salvifici doloris*, apostolisk brev, 11. februar 1984, nr. 2, i AAS 76 (1984), s. 202: «Lidelse synes å høre med til menneskets transcendent; den er et av de punkt der mennesket på en måte er 'bestemt' til å gå utover seg selv, og blir kalt til dette på mystisk vis».
- 68 Benedikt XVI, *Spe salvi*, encyklika, 30. november 2007, nr. 38, i AAS 99 (2007), s. 1016.
- 69 Jf. Frans, *Amoris laetitia*, apostolisk formaning, 19. mars 2016, nr. 48, i AAS 108 (2016), s. 330.
- 70 Cicely Saunders, *Watch with Me: Inspiration for a life in hospice care*, Observatory House, Lancaster, UK (2005), s. 29.
- 71 Frans, tale til deltakerne på Troskongregasjonens plenarsesjon (*Address to the Participants of the Plenary Session of the Congregation for the Doctrine of the Faith*), 30. januar 2020, i *L'Osservatore Romano*, 31. januar 2020, s. 7.

- 72 Jf. Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 148.
- 73 Jf. Pius XII, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie*, tale 24. februar 1957, i AAS 49 (1957) s. 134–136; Troskongregasjonens erklæring *Iura et bona*, 5. mai 1980, Del III, i AAS 72 (1980), s. 547; Johannes Paul II, *Salvifici doloris*, apostolisk brev, 11. februar 1984, nr. 19, i AAS 76 (1984), s. 226.
- 74 Jf. Pius XII, *Iis qui interfuerunt Conventui internationali. Romae habito, a «Collegio Internationali Neuro-Psycho-Pharmacologico» indicto*, tale, 9. september 1958, i AAS 50 (1958), s. 694; Troskongregasjonens erklæring *Iura et bona*, 5. mai 1980, Del III, i AAS 72 (1980), s. 548; *Den katolske kirkes katekisme*, 2779; Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: *Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal*, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 155: «Det finnes også en mulighet for at smertestillende midler forårsaker bevisstløshet hos den døende. Dette må man ta spesielt hensyn til. Når pasienten lider av uutholdelige smerter som det ikke er mulig å lindre med vanlig smertelindrende behandling, og dersom dødsøyeblikket er nært forestående samt i de tilfeller der det foreligger sterke grunner til å forvente uttalt uro i dødsøyeblikket, kan det være aktuelt å sette inn medisin som gjør pasienten bevisstløs, dersom han eller hun på forhånd har gitt sitt informerte samtykke. Dyp palliativ sedering ved livets slutt kan være moralsk tillatelig dersom det foreligger medisinsk indikasjon, forutsatt at den gjennomføres med pasientens samtykke, at tilstrekkelig informasjon er gitt de pårørende, at man har utelukket all form for dødshjelp og at pasienten har kunnet utføre sine moralske, familiemesige og religiøse plikter; 'Når de nærmer seg døden, bør menneskene være i stand til å oppfylle sine moralske og familiære forpliktelser, og fremfor alt fullt bevisst kunne forberede seg til det endelige møtet med Gud.' Derfor kan man ikke utenom ved tungtveiende grunner frata den døende bevisstheten.» (*Oversatt fra svensk*)
- 75 Jf. Pius XII, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie*, tale, 24. februar 1957, i AAS 49 (1957) s. 145; Troskongregasjonens erklæring *Iura et bona*, 5. mai 1980, Del III, i AAS 72 (1980), s. 548; Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 65, i AAS 87 (1995), s. 476.
- 76 Jf. Frans, tale til deltakerne på den italienske legeforenings 70-årsjubileum, 15. november 2014, i AAS 106 (2014), s. 976.
- 77 Jf. Pius XII, *Trois questions religieuses et morales concernant l'analgésie*, tale, 24. februar 1957, i AAS 49 (1957) s. 146; Pius XII, *Iis qui interfuerunt Conventui internationali. Romae habito, a «Collegio Internationali Neuro-Psycho-Pharmacologico»*, tale, 9. september 1958, i AAS 50 (1958), s. 695; Troskongregasjonens erklæring *Iura et bona*, 5. mai 1980, Del III, i AAS 72 (1980), s. 548; *Den katolske kirkes katekisme*, 2279; Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 65, i AAS 87 (1995), s. 476; Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: *Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal*, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 154.
- 78 Jf. Johannes Paul II, tale til deltakerne på den internasjonale kongressen "Life sustaining treatments and vegetative state. Scientific progress and ethical dilemmas", arrangert i Roma av Den italienske foderasjonen for katolske leger (FIAMC) og Det pavelige akademi for livet (PAV), 20. mars 2004, nr. 3, i AAS 96 (2004), s. 487: «Et menneske er og forblir alltid et menneske, selv om det er svært sykt eller har nedsatt kapasitet i sine høyeste funksjoner, og det vil aldri bli noen 'grønnsak' eller noe 'dyr'.» (*Oversatt fra engelsk*)

- 79 Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: *Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal*, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 151.
- 80 Det pavelige råd for pastoral omsorg for helsearbeidere, *Nuova carta degli Operatori sanitari*; i svensk oversettelse: *Nya etiska riktlinjer för sjukvårdspersonal*, Respekt och Veritas förlag, Stockholm (2020), nr. 151; Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 74, i AAS 87 (1995), s. 487.
- 81 Frans, tale til deltakerne på den italienske legeforenings 70-årsjubileum, 15. november 2014, i AAS 106 (2014), s. 977.
- 82 Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 73, i AAS 87 (1995), s. 486.
- 83 Benedikt XVI, tale til deltakerne på kongressen med temaet “*Close by the incurable sick person and the dying: scientific and ethical aspects*” arrangert av Det pavelige akademi for livet, 25. februar 2008, i AAS 100 (2008), s. 171.
- 84 Frans, generalaudiens, 10. juni 2015, i *L'Osservatore Romano*, 11. juni 2015, s. 8.
- 85 *Den katolske kirkes katekisme*, 1420.
- 86 Jf. *Rituale Romanum, ex decreto Sacrosancti Oecumenici Concilii Vaticani II instauratum auctoritate Pauli PP. VI promulgatum, Ordo unctionis infirmorum eorumque pastoralis curae, Editio typica, Praenotanda*, Typis Polyglottis Vaticanis, Vatikanet (1972), nr. 26; *Den katolske kirkes katekisme*, 1524.
- 87 Jf. Frans, *Laudato si'*, encyklika, 24. mai 2015, nr. 235, i AAS 107 (2015), s. 939.
- 88 Jf. Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 67, i AAS 87 (1995), s. 478–479.
- 89 Tridentinerkonsilet (1545–1563), sesjon XIV, *De sacramento penitentiae*, kap. 4, i Denzinger-Hünemann, nr. 1676.
- 90 Jf. *CIC (Codex Iuris Canonici - Kirkeretten)* can. 987.
- 91 Jf. *CIC (Codex Iuris Canonici - Kirkeretten)* can. 1007: “The anointing of the sick is not to be conferred upon those who persevere obstinately in manifest grave sin”.
- 92 Jf. *CIC (Codex Iuris Canonici - Kirkeretten)* can. 915 og can. 843 § 1.
- 93 Jf. Troskongregasjonens erklæring *Iura et bona*, Del II, i AAS 72 (1980), s. 546.
- 94 Jf. John Paul II, *Salvifici doloris*, apostolisk brev, 11. februar 1984, nr. 29, i AAS 76 (1984), s. 244–246.
- 95 Jf. Frans, tale til representanter for leger i Spania og Latin-Amerika (*Address to the doctors in Spain and Latin America: compassion is the very soul of medicine*), 9. juni 2016, i AAS 108 (2016), s. 727–728. «Skropelighet, smerte og sykdom er en vanskelig prøvelse for alle, inkludert helsepersonell. De er et kall til tålmodighet, til å lide med: derfor må vi ikke gi etter for den funksjonalistiske fristelsen til å benytte raske og drastiske løsninger, drevet av falsk medfølelse eller rene effektivitets- eller lønnsomhetskriterier. Menneskelivets verdighet står på spill; helsepersonellens yrkesverdighet står på spill.» (*Oversatt fra svensk*)
- 96 Johannes Paul II, *Salvifici doloris*, apostolisk brev, 11. februar 1984, nr. 29, i AAS 76 (1984), s. 246.
- 97 Johannes Paul II, *Evangelium vitae*, encyklika, 25. mars 1995, nr. 5, i AAS 87 (1995), s. 407.
- 98 Den hellige Thomas Aquinas, *Summa Theologiae*, I, q. 21, a. 3.
- 99 Jf. Benedikt XVI, *Spe salvi*, encyklika, 30. november 2007, nr. 39, i AAS 99 (2007), s. 1016, «Å lide med den andre, og for andre; å lide for sannhetens og rettferdighetens skyld; å lide av kjærlighet og for å bli en person som virkelig elsker – dette er grunnleggende menneskelige elementer, og å gå bort fra dem ville ødelegge selve mennesket.» (*Oversatt fra engelsk*)

# OMSORG FOR LIVET

er vårt første ansvar som kristne medmennesker, men også som yrkesutøvere i helsevesenet og sjelesorgen, for livet er alltid et gode, en hellig og ukrenkelig gave.

I brevet *Samaritanus bonus* («Den barmhjertige samaritan») fra 2020 har Troskongregasjonen i Den katolske kirke gitt geistlige, helsepersonell og pårørende en tydelig og hjertevarm veileder for medisinsk behandling, åndelig og pastoral ledsagelse av personer i en kritisk eller terminal sykdomsfase.

Brevet går ut mot all lovgivning som legger til rette for eutanasi og medisinske prosedyrer som forsettlig fremskynder døden. Det understreker derimot plikten til å yte nødvendig behandling og sørge for grunnleggende pleie, og det oppfordrer til å øke tilbudene innen palliativ omsorg. Spesielt fremhever brevet det medmenneskelige, samaritanske kallet til å bli hos den som lider eller nærmer seg døden, med trøst, omsorg og åndelig hjelp.

For sjelesørgere, helsearbeidere og pårørende i et samfunn som stadig oftere svikter prinsippet om livets ukrenkelighet, er brevet et uvurderlig hjelpemiddel til å ivareta og forsvare kritisk og terminalt sykes liv frem mot deres endelige møte med Guds uendelige kjærlighet.



KATEKETISK SENTER