

# Aktiv dødshjelp og beslutningsdyktighet

Kari Vigeland

Ut fra de undersøkelsene vi har om psykologers holdning til aktiv dødshjelp, tyder lite på at jeg er noen ensom svale i standen når det gjelder å støtte aktiv dødshjelp i de fortvilte situasjoner det her er snakk om.

## DEBATT: AKTIV DØDSHJELP

Støtter psykologer aktiv dødshjelp? spurte Morten Horn i Tidsskriftets oktoberutgave, og undret seg på om Kari Vigelands syn var representativt for psykologstanden. Relevante spørreundersøkelser tyder på det, svarer Vigeland her.

Nevrolog Morten Horn erklærer seg som sterk motstander av aktiv dødshjelp i Tidsskriftets oktobernummer. Han stiller seg spørrende til om jeg kan være representativ for psykologstanden, siden jeg gir min støtte til dette. Jeg ble invitert til å skrive et innlegg om aktiv dødshjelp i augustnumret. Her uttrykker jeg støtte til aktiv dødshjelp som en siste utvei for håpløst lidende og døende syke, under forutsetning av at den syke har et klart og stabilt ønske om dette.

## Relevante holdningsundersøkelser

Vi har ingen undersøkelser som viser psykologenes holdning til dette. Og om de vil avvike vesentlig fra den øvrige befolkningen. Den siste norske undersøkelsen om dette, og som jeg refererte til i min artikkel, viste at 70 % her støttet legeassistert selvmord, som vil si at en lege, på en døende pasients anmodning, skriver ut en resept, som pasienten kan velge å benytte dersom lidelsen skulle bli uutholdelig. 62 % støttet at legen også skal kunne sette en dødelig injeksjon (eutanasi), dersom den syke ikke kan innta medisin oralt.

Det foreligger imidlertid to studentundersøkelser som kan være av interesse i denne sammenhengen (Vigeland, 1991; Schioldborg, 2000). I begge undersøkelsene besvarte studenter i slutfasen av de faglig relevante studiene psykologi, jus og medisin en rekke spørsmål om aktiv dødshjelp. Begge undersøkelsene ga som resultat at støtten til aktiv dødshjelp var dobbelt så høy, eller mer, blant psykologi- og jusstudenter som blant medisinstudenter. For eksempel viste den siste undersøkelsen at 64 % av psykologistudentene og 69 % av jusstudentene støttet legeassistert selvmord for en døende, mot bare 35 % av medisinstudentene; eutanasi ble støttet av 59 % av psykologistudentene og 61 % av jusstudentene, mot 24 % av medisinstudentene. Samtidig viste undersøkelsene en klar sammenheng med livssyn: de med et religiøst (kristent) livssyn var klart mindre positive enn de ikke-religiøse. Medisinstudentene var betydelig oftere religiøse enn de andre gruppene; psykologistudentene var minst religiøse, mens jusstudentene inntok en mellomposisjon. Undersøkelsene skulle tyde på at jeg som psykolog ikke er noen ensom svale når det gjelder å støtte aktiv dødshjelp i de fortvilte situasjoner det her er snakk om.

Legeforeninger verden over, med legenes verdensorganisasjon (WMA) i spissen, har avgitt prisipperklæringer både mot legeassistert selvmord og eutanasi. Dette er blitt kritisert, siden legene selv er splittet i spørsmålet, slik det fremgår av representative og anonymiserte undersøkelser

(Schioldborg, 2009). Psykologforeningene har, så langt jeg vet, ikke gjort det samme. Den amerikanske psykologforeningen (APA) avga i 2003 en begrunnet resolusjon for *ikke* å ta stilling i spørsmålet.

## Beslutningsdyktighet

Horn stiller spørsmål ved om syke mennesker overhodet er i stand til å treffe selvstendige beslutninger om sin livsavslutning. Han viser til at pasienter kan være ambivalente, og at de påvirkes av andre. Selvsagt. Vi påvirkes alle av andre. Og det er høyst naturlig at tanker om å avslutte sitt eget liv er gjenstand for tvil og ambivalens. Den håpløst lidende og døende vil være i spesielt behov av dialog, både med profesjonelle og med personer som står vedkommende nær. En slik dialogprosess kan føre til at noen står fast ved sitt forsett om å avslutte livet, mens andre etter en slik gjennomtenkning kommer til at de likevel vil leve så lenge som mulig.

Jeg reiste i mitt innlegg spørsmålet om ikke psykologer vil ha minst like gode forutsetninger som leger til å vurdere om en alvorlig syk er tilstrekkelig klar og rasjonell til å treffe avgjørelser om å avslutte sitt liv. Horn gir en tendensiøs og vridd fremstilling når han spør: «Skal norske psykologer delta i utvelgelsen av pasienter som skal få tilbud om aktiv dødshjelp, eller assistert selvmord, dersom det blir vedtatt?» Hans formulering insinuerer at helsepersonell skulle gå aktivt ut med *utvelgelse og tilbud* til pasienter om aktiv dødshjelp. Han vet sikkert godt at det aldri er slik det fungerer i de land som praktiserer aktiv dødshjelp: Initiativet, anmodningen, må alltid komme fra pasienten selv. Deretter skal helsepersonellet (legen) forsikre seg om at alt som (innenfor rimelighetens grenser) kan gjøres for den syke, blir gjort; at den syke blir grundig informert om sin tilstand, prognose og behandlingsmulighet; at den syke forstår denne informasjonen og er i stand til å vurdere den; og at pasienten er i stand til å treffe sitt valg uten å være under påtrykk for andre. En anmodning om aktiv dødshjelp må være stabil for å kunne innvilges.

*Begge undersøkelsene viste at støtten til aktiv dødshjelp var dobbelt så høy, eller mer, blant psykologi- og jusstudenter som blant medisinstudenter*

Jussens begrep *beslutningsdyktig* kan brukes her. Selv om noen ikke vil være beslutningsdyktige, mens det for andre hersker tvil om dette, utelukker ikke dette at andre igjen kan vurderes som beslutningsdyktige.

## Legitimitet

Horn har også innvendinger mot at jeg bruker min akademiske tittel, førsteamanuensis (emerita) ved Psykologisk institutt, når jeg skriver om aktiv dødshjelp. Dette er en riktig bruk av tittel. Fordi jeg har forsket på holdninger til aktiv dødshjelp og tilgrensende problematikk gjennom rundt tyve år, publisert en rekke fagartikler på området og gitt en fylldig utredning om temeat i boken *Assistert død – en etisk utfordring* (Vigeland, 1996). Her vil Horn kunne finne en langt grundigere behandling av de etiske spørsmålene rundt dødshjelpsproblematikken enn denne spalteplassen gir rom for.