

Hvem skal få aktiv dødshjelp?

Morten Horn

Hensikten med innlegget mitt var ikke å egge til profesjonsstrid mellom lege og psykolog, eller å finne enda en arena for den godt kjente uenigheten mellom Vigeland og meg selv. Målet var å stimulere til debatt psykologene imellom.

DEBATT: AKTIV DØDSHJELP

Morten Horn sitt innlegg mot aktiv dødshjelp i septembernummeret skapte reaksjoner fra Anne Skard og Kari Vigeland. «Det er bare jeg som kan avgjøre om livet mitt er levelig eller ikke,» skrev Skard i forrige utgave, mens Vigeland viste til undersøkelser som tyder på at hun ikke er noen ensom svale i standen når det gjelder å støtte aktiv dødshjelp.

Vigeland skriver at jeg har innvendinger mot at hun bruker sin akademiske tittel i dødshjelpsdebatten. Selvsagt kan hun bruke tittel og tilhørighet, slik jeg selv og andre aktører gjør det. Mitt poeng var at så lenge ingen *andre* psykologer uttaler seg i dagspressen, får man inntrykk av at hennes syn er enerådende blant psykologene. Kanskje er det dét? Jeg mener det hadde vært bra for debatten dersom psykologer som er *mot* aktiv dødshjelp, også deltok (og for den saks skyld – leger som er *for*).

Vil lære av psykologer

Jeg ba i mitt innlegg om å bli belært av psykologene: Stemmer det at fenomenene ambivalens (som gjør det vanskelig å vite om vi kan tolke pasienten så bokstavelig at vi bør hjelpe ham med å dø) og avhengighet (som kjennetegner alvorlig syke mennesker, og som innskrenker deres mulighet for å utøve sin autonomi) er sentrale hos syke mennesker med dødstanker? I så fall, kan vi da med tilstrekkelig sikkerhet klare å fastslå at det virkelig er pasientens egen, faste og urokkelige overbevisning at han ønsker å få hjelp til å dø?

Skard skriver at menneskets selvbestemmelse skal være uinnskrenket, også når det gjelder valget om å ta sitt eget liv. Det er uforståelig for henne at et annet menneske skal kunne overprøve hennes egen opplevelse og beslutning. Men det er jo nettopp slik det fungerer, i alle de eksisterende og foreslåtte systemer for praktisering av aktiv dødshjelp: Ingen land innvilger hjelp til selvmord til ethvert menneske som ønsker det – tvert imot. I Nederland får cirka 1/3 av de som ber om eutanasi, avslag (4). Ikke fordi de ikke fyller objektive, etterprøvbare kriterier. Men fordi legen deres bedømmer det slik at deres ønske ikke er grunnfestet nok, at deres lidelse ikke er uutholdelig nok, eller at de er for deprimeret. Altså: I dette eutanasiens foregangsland er det nettopp legens overprøving av pasientens opplevelse som er det viktigste middel for å avgrense bruken, skille mellom de som skal få og de som ikke skal få dødshjelp.

Jakter på villige leger

Pasienten kan naturligvis henvende seg til en annen lege. Det er også situasjonen i Oregon, der kasuistikker dokumenterer at noen pasienter må «shoppe» fra lege til lege før de kommer til en som er sympatisk innstilt til deres ønske om å få resept på dødelig medisin (5). Myndighetene i Oregon

registrerer ikke hvor mange leger pasienten har oppsøkt (og fått nei fra) før de får resepten, heller ikke hvor mange som ber om resept, men aldri får den utlevert. Men vi vet at av de cirka 400 dødsfall gjennom Oregons «Death with dignity act» fra 1997 til 2008 står én bestemt lege bak minst 23 (5), en annen lege bak minst 12 (6). Dette betyr at to leger (i en stat med 3,7 millioner innbyggere) alene står bak cirka ti prosent av alle legeassisterte selvmord. Oregons lov gir ikke en *rett* til hjelp til selvmord, den gir først og fremst syke mennesker en rett til å lete seg fram til en lege som har en positiv grunnholdning til legeassistert selvmord. Ikke overraskende da at pasientene som får legeassistert selvmord i Oregon, gjennomgående er velutdannede, velstående og hvite (7).

De nederlandske kriteriene for å kunne få eutanasi er vage (8). Pasienten skal ha en uhelbredelig sykdom, men trenger ikke være døende. Det er ingen krav til særskilt diagnose, også psykiatriske diagnoser er i teorien gangbare. Nedre aldersgrense er 12 år (forutsetter foreldrenes samtykke), men også nyfødte med store skader kan få aktiv dødshjelp gjennom den såkalte «Groningen-protokollen» (9, 10). Oregon-loven kan virke strengere, men også den gir mye rom for skjønn. Hovedkriteriet er at pasienten skal ha maksimum seks måneders forventet levetid – men rent medisinsk er det svært krevende å gi en prognose i et slikt perspektiv. Det blir mest et skipperskjønn, der legens grunnholdning til aktiv dødshjelp vil være viktig for om man sier ja eller nei. Oregon-loven har også et merkelig krav om at pasienten må kunne svelge medisinen selv – det er ikke tillatt å gi eutanasi med dødelig injeksjon. Dette har ført til at pasienter har tatt selvmordsmedisinen på et tidlig stadium der de ennå er relativt spreke, av frykt for å bli så dårlige at de ikke lenger klarer å gjennomføre selvmordet (5). Altså akkurat samme situasjon som Bjørnar Kanli sto i (2).

Skards ekstreme standpunkt

Aktiv dødshjelp er ikke en menneskerett, uttalte Den europeiske menneskerettskommisjonen i forbindelse med Diane Pretty-saken (11). Dersom Skard virkelig mener at det å få hjelp til å begå selvmord burde være en menneskerett som omfatter oss alle (ev. med forbehold om psykoser, demens, delir eller andre definerte mentale forstyrrelser som ødelegger for dømmekraften), så er det et ganske ekstremt standpunkt. Verken i Nederland eller Oregon er man så liberalistisk, og heller ikke den norske Foreningen Retten til en verdig død (12) eller Fremskrittspartiet (13) har foreslått dette. Tvert om, de understreker at dersom aktiv dødshjelp innføres i Norge så skal det være under streng kontroll, bare et fåtall mennesker skal innvilges denne retten. Ja, faktisk sier Skard selv i sitt eget innlegg at en psykolog bør være med på å bedømme «hvor dypt avgjørelsen stikker». Jeg noterer at Skard først kaller meg «arrogant» fordi jeg spør hvordan vi skal stille oss til selvbestemmelsen ved et ønske om dødshjelp. Så skisserer hun hvordan leger og psykologer skal vurdere og overprøve pasientens selvbestemmelse, i samme innlegg.

Da er vel likevel Skard enig med meg og Vigeland og de fleste andre i at vi, dersom aktiv dødshjelp legaliseres, på en eller annen måte må sortere ut hvilke pasienter som skal få denne hjelpen (Vigeland protesterte mot ordet «utvelgelse» – men hvilken eufemisme er egentlig bra nok for Vigeland for prosessen der leger eller psykologer vurderer om dine motiver for å ville dø er tilstrekkelig «rasjonelle» til at du skal få helsevesenets hjelp med det?). Jeg synes imidlertid Skard er uklar på det punktet der jeg gjerne ville høre psykologenes tanker: Hvordan skal en psykolog gå fram for å avgjøre om en pasient bør få innfridd sitt ønske om dødshjelp? Jeg ser at hun legger vekt på samtaler – og vi kan alle enes om at lange, uforstyrrede og gjentatte samtaler er vesentlig i helsevesenets møte med alvorlig syke pasienter. Men hvordan skal et menneske – lege eller psykolog – kunne ha nok forståelse og innsikt og klokskap til å kunne ta en så monumental avgjørelse som at et annet menneske skal dø?

Savner ydmykhet

Vi leger er vant til å ta beslutningen om å stanse livsforlengende behandling når vi ser at den ikke har noen hensikt lenger. Det er uansett ikke håp om overlevelse, behandlingen medfører bare mer plager, og pasienten ønsker ikke selv å forlenge lidelsen. Derimot viker vi tilbake for å ta avgjørelsen om bevisst å ta pasientens liv. Vi føler at vi ikke er flinke nok, allvitende nok, til å ta en så alvorlig avgjørelse.

Jeg har dyp respekt og beundring for mange psykologers evne til å møte mennesker i krise, samtale med dem og sette seg inn i situasjonen deres. Men jeg savner litt ydmykhet hos Skard, både på hennes egen stands vegne og på vegne av oss leger, når hun tar til orde for at samfunnet skal legge et menneskeliv i legens eller psykologens hender.

Dersom aktiv dødshjelp skal legaliseres i Norge, vil det bli en rett ikke bare i de soleklare, ubestridte tilfellene. Også pasienter i gråsonen vil, som i Nederland, kreve rett til dødshjelp. Svært syke pasienter over hele landet vil etterspørre dette, og med mindre man skal ha et eget «team» som reiser land og strand rundt, vil mange leger og psykologer av ulik støpning, erfaring og faglighet bli involvert. Vi vet lite om hva omfanget vil være, men det er tankevekkende at det i Nederland dør cirka 2500 mennesker hvert år gjennom eutanasi (14) – overført til Norges folketall tilsier det 600–700 tilfeller årlig. I Oregon har tallet steget jevnt fra 1997 – i fjor døde tilsvarende 70 norske pasienter gjennom legeassistert selvmord (7). Samtidig vet vi at cirka 500 mennesker tar sitt liv i Norge hvert år, med mange ganger flere selvmordsforsøk og enda flere mennesker med selvmordstanker av varierende styrke. Hvordan skal vi sikre oss at det bare blir de «rette» pasientene som får hjelp til å dø? Hvordan skal vi håndtere konflikter der pasienten krever sin rett, men legen og psykologen avslår?

Hva er et verdig liv?

Jeg lurer også på hvordan legen eller psykologen skal klare å holde sin egen definisjon av hva som er et verdig liv, utenfor vurderingen. Som frisk 40-åring må jeg innrømme at nesten enhver større funksjonsnedsettelse (for eksempel å bli blind, slik at jeg ikke lenger kunne se døtrene mine) vil være så smertefull at jeg har vanskelig for å forsone meg med tanken. Skard (Skard, 2009) har gjort det klart at tilværelsen med et «locked-in syndrom» ville være uakseptabel for henne. Vigeland har nylig skapt oppsikt i mediene med sine tanker om at svært gamle og pleietrengende pasienter bør gi avkall på livsforlengende behandling (15). Det ville være et naturlig neste skritt om disse pasientene også fikk tilgang til aktiv dødshjelp, dersom man først aksepterer at de lever uverdige liv.

Vi har alle ulike syn på hva som er et akseptabelt liv. Jeg tror denne subjektiviteten er en så rotfestet del av oss at det er vanskelig å legge den til side når vi skal vurdere en pasients ønske om dødshjelp. I hvert fall stoler jeg ikke på min egen vurderingsevne i slike spørsmål – og jeg føler en sterk mistro til de som anser seg egnet til å påta seg et slikt ansvar.

morten_horn@hotmail.com