

# Tier og samtykker om aktiv dødshjelp

Susanne Masvie

Aktiv dødshjelp vil ha stor innvirkning på samfunnet generelt, og vår profesjon spesielt. Det har vi som yrkesaktive og studenter ikke tatt inn over oss.

## AKTIV DØDSHJELP

I NEDERLAND, der aktiv dødshjelp praktiseres, er et av kriteriene at «the patient's suffering was lasting and unbearable» (Termination of Life on Request and Assisted Suicide Review Procedures Act). I en bio-psyko-sosial forståelse vil man da undersøke både biologiske, psykologiske og sosiale årsaker til lidelsen. I Nederland ble ordet *suffering* valgt nettopp for å påpeke denne kompleksiteten. Somatisk smerte er for mange svært reell, likevel må de psykologiske komponentene ikke undervurderes. I definisjonen av smerte er nå de affektive komponentene anerkjent og sidestilt med de fysiske (Helsedirektoratet 2015, i tråd med definisjonen til International Association for the Study of Pain). I undersøkelser om begrunnelser for ønske om hjelp med å dø ser man at tap av verdighet, livskvalitet og autonomi er fremtredende (Ganzini, Goy og Dobscha, 2008), selv om andre studier også oppgir somatisk smerte som hovedårsak (Fischer et al., 2009). Et slikt mangfold understreker kompleksiteten i smerte- og lidelsesbegrepet og at årsakene er sammensatte.

I den norske samfunnsdebatten er oppmerksomheten ofte rettet mot den biologiske smerten – når denne blir for stor, virker det umenneskelig å nekte et menneske hjelp med å dø. Dersom ingen tar til orde for å utvide lidelsesbegrepet også i den norske debatten, vil det reduksjonistiske synet fortsette å prege ordskiftet. Her har vi som psykologer et ansvar.

## Vårt ansvar

Uavhengig av hvilken faktor som er viktigst for ønsket om å dø, tyder det på at både psykologiske og fysiologiske årsaker er avgjørende. Som psykologer (eller fremtidige psykologer) vet vi at hjelpen vi gir, har effekt (Smith og Glass, 1977). Vår ekspertise handler om den psykologiske komponenten av smerten. Det er ingen andre profesjoner som i samme grad som vår er utdannet til og har erfaring med denne typen smertelindring – det er en del av vårt samfunnsoppdrag og vårt ansvar.

*Dersom ingen tar til orde for å utvide lidelsesbegrepet også i den norske debatten, vil det reduksjonistiske synet fortsette å prege ordskiftet*

Psykologer har med andre ord et ansvar for å delta i diskusjonen om legalisering av eutanasi og legeassistert selvmord, både for å opplyse debatten og ikke minst for å være med og prege utfallet. Slik jeg ser det, fører dette med seg to implikasjoner. For det første krever det at vi har en åpen faglig samtale om aktiv dødshjelp, og for det andre at vi forstår de praktiske konsekvensene det kan få for vårt yrke.

## Faglig debatt

For det første må psykologstanden åpent begynne å diskutere de faglige og teoretiske implikasjonene aktiv dødshjelp kan få for yrket vårt og den behandlingen vi gir. Metaanalyser tyder på at behandlingen og terapien vi gir, har gode utfall, og at relasjon og skreddersøm er avgjørende (Lambert og Barley, 2001). Dette tas det ikke hensyn til. Allerede nå ser vi en trend i lovgivningen i psykisk helsevern som vanskeliggjør langtidsterapi, psykologens mulighet til å gjøre selvstendige faglige vurderinger og vektlegge den terapeutiske relasjonen. Hensynet til pakkeforløpene som er i anmarsj, effektivisering og kostnadssparende intervensjoner går foran. Assistert selvmord og eutanasi er kostnadseffektive tilbud, og vil i enkelte tilfeller kunne fungere som en billig løsning på et problem god psykoterapi kunne ha løst. Dette følger ikke kausalt av en legalisering, men er ikke en utenkelig fremtid. Kan vi som psykologer forholde oss likegyldige til en slik potensiell fremtid? Har vi ikke både en etisk og faglig forpliktelse til å engasjere oss?

Som Blikshavn, Husum og Magelssen (2017) har påpekt, vil en institusjonalisering av aktiv dødshjelp kunne være en trussel for psykoterapi. Psykologisk hjelp vil da gå fra alltid å være en bærer av håp som allierer seg med positive krefter i pasienten, til å til tider gi opp det terapeutiske prosjektet og gi etter for lidelsen. Vi vil derfor ha mange av de samme diskusjonene og refleksjonene som leger, men psykologer må tenke lenger. For det første fordi vi fortsatt i større grad må forsvare vårt fags legitimitet som vitenskap og nyttig helsehjelp. For det andre fordi vi tror vår vitenskap er tuftet på at vi kan endre selv- og virkelighetsforståelsen og dermed selve ønsket om å dø, ikke bare bakenforliggende årsaker.

Hva vil en godkjenning av, eventuelt tiende samtykke til, aktiv dødshjelp fra psykologstanden formidle? Debatten lurer oss til å tro at eutanasi kun er et spørsmål om frihet, men det innebærer også et syn på mennesket. Vår kunnskap om mulighet for endring og bedring impliserer også at vi kan hjelpe mennesker som ønsker å dø. Vårt yrke handler om mer enn å kurere psykisk sykdom, i forlengelsen handler det jo nettopp om å hjelpe mennesker til økt livsutfoldelse og livskvalitet. Bærer ikke psykologkunnskap i seg muligheten til å eliminere deler av behovet og etterspørselen etter aktiv dødshjelp?

## Praktiske konsekvenser

For det andre har dette praktiske implikasjoner for hva psykologer skal ha som sitt arbeidsområde. Ole Martin Moen, filosof og forsker ved UiO og aktiv deltaker i debatten, er tydelig på at han ønsker en legalisering. Han mener forsvarlige rammer innebærer at psykologer må være med i bedømmelsen av om en person skal kunne få innvilget ønsket om aktiv dødshjelp («En brevveksling på død og liv», Ole Martin Moen, Morgenbladet, høsten 2016). Han ser for seg en ordning der en lege og en psykolog må enes om hvorvidt et sett med kriterier er oppfylt. I Nederland har de lignende praksis, men kun når ønsket om dødshjelp er av en art som gjør det nødvendig med psykologisk kompetanse, for eksempel ved psykiske lidelser. Det er godt mulig en legalisering dermed vil få praktiske konsekvenser for vår arbeidshverdag.

Dersom dødshjelp legaliseres i tråd med den nederlandske modellen, vil muligheten fra dag én også åpnes for personer med psykiske lidelser. Ordet *suffering* ble valgt for også å romme psykisk lidelse som er påviselig *unbearable*. En legalisering vil derfor mest sannsynlig føre til at vårt arbeid også vil innebære vurdering av tilregnelighet/samtykkekompetanse og om visse kriterier for *unbearable suffering* er oppfylt. Da vil vi ikke lenger kunne forholde oss tiende, men vi vil bli

en deltagende part i prosessen og dermed være med og anerkjenne dette som en legitim utvei. En legalisering vil ikke minst øke den kognitive tilgjengeligheten til den løsningen døden tross alt er, og muligens føre til større etterspørsel etter assistert selvmord (jf. suicidforskning på kognitiv tilgjengelighet av selvmordsmetoder (Florentine og Crane, 2010)).

## Plikt til å opplyse

Vi må erkjenne at sykdomsforståelsen av både somatisk og psykisk sykdom til en viss grad konstrueres i kulturen og vil påvirkes av de kulturelle betydningene man tillegger lidelsen. I kraft av vår fagkompetanse har psykologer en betydelig stemme som må høres i samtalen om denne kulturelle betydningen – vi må innse vårt ansvar. Kampen om aktiv dødshjelp er også psykologers kamp, uavhengig av ståsted i legaliseringsspørsmålet (det krever lenger og mer utførlig argumentasjon enn den som er gitt her).

En legalisering vil potensielt kunne få store konsekvenser ikke bare for vårt samfunn og menneskesyn, men også for vår profesjon. Jeg tviler ikke på at mange brenner for saken, men jeg ser ikke et engasjement som er proporsjonalt med sakens store implikasjoner, verken i media, på studiesteder eller her i Psykologtidsskriftet. Er vi tiende og samtykkende i debatten om aktiv dødshjelp? Dersom vi ikke bidrar med vår kunnskap, hvilken legitimitet kan vi da forvente å få? Det er på tide at vi innser at denne kampen også er vår kamp, og hever røstene.

## Referanser

### Kilder

- Blikshavn, T., Husum, T. L., & Magelssen, M. (2017). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of bioethical inquiry*, 14(1), 151–157. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9759-4>
- Fischer, S., Huber, C.A., Furter, M., Imhof, L., Imhof, R.M., Schwarzenegger, C., Ziegler, S.J. & Bosshard, G. (2009). Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physician's. *Swiss medical weekly*, 139(23), 333. doi: smw-12614.
- Florentine, J.B., & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine*, 70(10), 1626–1632. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.029>
- Ganzini, L., Goy, E.R., & Dobscha, S.K. (2008). Why Oregon patients request assisted death: family members' views. *Journal of general internal medicine*, 23(2), 154–157. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0476-x>
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Moen, O.-M. (2016). «En brevveskling på død og liv», Jan Grue og Ole-Martin Moen, Morgenbladet, høsten 2016, [http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/en\\_brevveskling\\_pa\\_d...](http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/en_brevveskling_pa_d...)
- Smith, M.L., & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32(9), 752. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, <https://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/Holanda Ley 2002.pdf>

Helsedirektoratet, Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen, «Smerte definisjon», fra Helsebiblioteket, hentet 12. nov. 2017, <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-...>

International Association for the Study of Pain, «IASP Taxonomy», hentet 12. nov. 2017, <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>