

Retten til et verdig liv og en verdig død

PSYKOLOGI

Vi kan som leger og psykologer vurdere om personen er i stand til avgjørelser om eget liv. Men vi kan ikke sette oss til doms over pasientenes avgjørelser om sitt eget liv eller sin egen død.

TEKST
Anne Skard

PUBLISERT 5. februar 2010



DEBATT: AKTIV DØDSHJELP

I forrige utgave av Tidsskriftet fulgte både Morten Horn og Borrik Schjødt opp debatten om aktiv dødshjelp, og stilte seg kritisk til flere av Anne Skards og Kari Vigelands synspunkter. Her svarer Anne Skard.

Det kjennes litt merkelig å lese Schjødt og Horn sine to «motinnlegg» til min tekst i desembernummeret av Tidsskriftet (som egentlig hadde tittelen «Fri meg fra leger som for enhver pris vil redde livet mitt»). Samtidig som jeg kan si meg enig i mye av det de begge skriver, synes jeg de begge bruker argumenter som snarere støtter mine konklusjoner.

Presisering og enighet

Jeg må tydeligvis presisere at jeg selvfølgelig *ikke* mener det Horn tillegger meg, nemlig at «det å få hjelp til å begå selvmord burde være en menneskerett som omfatter oss alle». Jeg omtaler *ikke* assistert suicid som en menneskerett, og jeg har omhyggelig utelatt mennesker som av ulike grunner ikke er i stand til å ta avgjørelser om sitt eget liv, som er alvorlig sinnslidende, demente eller dypt deprimerte. Jeg snakker om mennesker som har langvarige, smertefulle tilstander som ikke kan helbredes, og mennesker som er døende.

Og jeg er like selvfølgelig enig med Schjødt når han skriver at «psykologer kan bidra til en god hjelp til den enkelte», og at «målet må være å legge til rette for at den enkelte har det så godt at spørsmål om eutanasi og assistert suicid blir mindre aktuelt». Nettopp dette er jo bakgrunnen for at jeg har understreket viktigheten av «at en pasient med dødsønske får anledning til å snakke om og avklare hva det er som bidrar til ønsket, følelser knyttet til dette, hva som kan bidra til å bedre situasjonen, og andre temaer». Også mitt utgangspunkt er at «de fleste av oss ønsker jo å leve». Derfor har jeg også påpekt nødvendigheten av å vurdere hvor dypt et dødsønske stikker, om dette er vedvarende over tid eller betinget av en situasjon som kanskje kan endres til det bedre.

Det jeg er opptatt av, er: Hva når vi ikke lykkes i våre bestrebelser, og personen opprettholder sitt ønske om å dø? Hvem skal da kunne ta avgjørelser om liv og død – og på hvilket grunnlag?

Menneskers forskjellighet

For meg er det viktig å hele tiden ha for øye at vi mennesker er ulike. Vi har ulike verdier og meninger, ulike opplevelser av livskvalitet, ulike smerteterskler, ulike opplevelser av hva som er et verdig liv og en verdig død. Og, som Horn skriver, har vi alle «ulike syn på hva som er et akseptabelt liv». Derfor er det en selvfølge for meg at når jeg gir uttrykk for at jeg ikke kan tenke meg en tilværelse med det Horn har benevnt som «locked-in syndrom», så gjelder det *bare meg*. Det er *ikke* ment som en rettesnor for andre, som kan ha en helt annen opplevelse av hva som er en akseptabel tilværelse.

Det at vi alle er ulike, kan være lett å glemme, noe som kommer til uttrykk i ordtak som at «på seg selv dømmer man andre». Derfor deler jeg Horns bekymring for at «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». Og det er nettopp denne subjektiviteten jeg synes kommer til uttrykk når han refererer at ca. 1/3 av de som ber om eutanasi i Nederland, får avslag «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 deprimert» (min utheving). Dette er jo nettopp å ikke ta hensyn til hvor ulike vi mennesker er, at det som et akseptabelt for en, kan være uutholdelig for en annen.

Ingen overprøving

Det som ser ut til å være en grunnleggende uenighet mellom Horn og meg, er at Horn synes å ta det for gitt at det er legen – eller psykologen – som skal vurdere og ta avgjørelser om personens fremtid. Han skriver at legene «er vant til å ta beslutningen

om å stanse livsforlengende behandling når vi ser at den ikke har noen hensikt lenger», men at de «viker tilbake for å ta avgjørelsen om bevisst å ta pasientens liv», fordi «vi føler at vi ikke er flinke nok, allvitende nok, til å ta en så alvorlig avgjørelse». Og han «lurer også på hvordan legen eller psykologen skal klare å holde sin egen definisjon av hva som er et verdig liv, utenfor vurderingen». Men det er jo nettopp dette som får meg til å trekke den konklusjon at det bare er personen selv som kan ta avgjørelser om sitt eget liv. Derfor er det helt feil når Horn påstår at jeg «tar til orde for at samfunnet skal legge et menneskeliv i legens eller psykologens hender». Jeg mener tvert imot at ansvaret for og avgjørelser om dette menneskelivet skal overføres *fra* legen eller psykologen til pasienten selv.

Også psykologen Schjødt skriver at «det avgjørende for meg er likevel hva personen som selv kjenner på problemet, mener.» Det blir derfor helt feil når Horn skriver at jeg «skisserer hvordan leger og psykologer skal vurdere og overprøve pasientens selvbestemmelse». Jeg tror leger og psykologer kan bidra til å vurdere *hvorvidt pasienten er i stand til å ta avgjørelser* om sitt eget liv – ikke er psykotisk, dement eller dypt deprimert. Og slike vurderinger er ikke fremmed for leger og psykologer som er vant til å diagnostisere. Vurderingene kan riktignok være vanskelige, eksempelvis når den det gjelder, er nedstemt og trist, men kanskje ikke alvorlig deprimert. Men når beslutningskompetansen er fastslått, vil jeg nettopp *ikke overprøve* pasientens bestemmelse. For det er det å overprøve – sette seg til doms over pasientens opplevelse av og avgjørelser om sitt eget liv jeg opplever som arrogant – når pasienten er vurdert til å være «ved sine fulle fem» over tid.

Tid til samtaler

Vurderinger og avgjørelser når det gjelder liv og død, er selvfølgelig ikke enkle – verken for personen selv eller for andre involverte, som pårørende eller fagfolk. Derfor tror jeg det er helt avgjørende at det settes av tid til samtaler, hvor den det gjelder, får anledning til å gi uttrykk for sine verdier og sine synspunkter på hva som utgjør et kvalitativt levelig liv, hvordan de opplever sin nåværende situasjon, og hva personen selv opplever som verdighet, – noe som kanskje inkluderer helt andre elementer enn de Schjødt beskriver. Dette er jo nettopp områder hvor vi alle er subjektive, og hvor vi risikerer å pådytte den andre våre egne opplevelser og synspunkter.

Flere slike samtaler – gjerne supplert av komparentopplysninger eller andre tilgjengelige kilder til også personens tidligere synspunkter – vil kunne gi et bilde av hvorvidt personens ønske er en egen, grunnfestet overbevisning eller primært et resultat av en midlertidig situasjon som kanskje kan endres til det bedre ved adekvat behandling eller tilrettelegging.

Spørsmålet om dødshjelp er vanskelig og emosjonelt. Men jeg spør som Morten Horn: «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?» Og jeg er like redd for at en lege eller psykolog skal ta en «monumental avgjørelse» om at et menneske som selv er i stand til å vurdere sin situasjon, mot sin vilje skal

fortsette å leve. Leger og psykologer kan vurdere et menneskes beslutningskompetanse, men i mine øyne er det bare den det gjelder, som kan vurdere og ta avgjørelser om hva som oppleves som et verdig liv – og en verdig død. Og denne verdigheten skulle jeg ønske det ble en rettighet å få hjelp til å opprettholde.

anne.skard@getmail.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 2, 2010, side

TEKST

Anne Skard