

Aktiv dødshjelp gjelder unntake

Den fremtidige utfordringen ligger ikke i å forlenge menneskelivet for enhver pris. Dette reiser vanskelige og ømtålige spørsmål som går ut over debatten om aktiv dødshjelp.

TEKST

Kari Vigeland

PUBLISERT 5. februar 2010

DEBATT: AKTIV DØDSHJELP

Etter Kari Vigelands innlegg om aktiv dødshjelp i august 2009 har flere vært på banen med både støtte og kritikk. Her svarer hun på Borrik Schjødt og Morten Horns kritikk i januarutgaven av Tidsskriftet.

Jeg vil gjerne få kommentere noen av synspunktene psykolog Borrik Schjødt og nevrolog Morten Horn fremfører i sine innlegg om aktiv dødshjelp i forrige utgave av Tidsskriftet.

Bastante synspunkter

Schjødt antar at de mest bastante standpunktene i debatten om aktiv dødshjelp kommer fra friske mennesker som forestiller seg hvordan man vil ha det når man selv en gang blir syk og svak. Jeg tror ikke uten videre at denne antagelsen er dekkende. En rekke undersøkelser viser helt klart at de som mest hårdnakket avviser alle former for aktiv dødshjelp, legger et religiøst syn til grunn: Bare Gud har rett til å bestemme over liv og død. I min studentundersøkelse (se *Nordisk Psykologi*, 43, 1991) fikk informantene med egne ord begrunne sin holdning til aktiv dødshjelp. En analyse av ekstremgruppene i undersøkelsen viste at de mest negative argumenterte ut fra religion, mens de mest positive til aktiv dødshjelp viste til opplevelser av egne pårørendes forferdelige lidelser på dødsleiet. De mente det var den sykes lidelse og eget ønske som måtte legges til grunn, mens de mest negative aldri nevnte slike personlige opplevelser. Begge grupper viste imidlertid til menneskeverdet, men ulikt begrunnet.

«Det er avgjørende viktig at
initiativet kommer fra pasienten
selv. Helsepersonell må aldri gå

ut og tilby eller presse frem en slik utvei»

Mer vesentlig i denne sammenhengen enn hvem som mener hva, er at mennesker med uutholdelig lidelse som ikke kan avhjelpest tilstrekkelig, ønsker aktiv dødshjelp. Og videre, at det er grundig dokumentert at aktiv dødshjelp i slike situasjoner skjer uten misbruk i de land som har legalisert dette (se mitt innlegg i Tidsskriftets augustutgave i fjor).

Det gjelder unntakene

Schjødts erfaring som psykolog ved smerteklinikk er at de aller fleste ønsker å leve videre hvis de får god hjelp. Det tror også jeg er riktig. Men det er unntakene – tilfeller hvor befrielse fra livet vil være den eneste utvei fra uutholdelig og meningsløs lidelse – dette handler om. Jeg er hundre prosent enig med Schjødt i at det bør være et mål «å legge til rette for at den enkelte har det så godt at spørsmål om eutanasi og assistert suicid blir mindre aktuelt». God omsorg og opprustning av lindrende behandling vil bidra til at slike ønsker kan reduseres sterkt. Men det vil ikke hjelpe alle. I denne sammenhengen handler ikke livskvalitet om å kunne reise til Mexico eller å sitte på kjøkkenet hjemme og spise en skive med brunost. Det kan for eksempel handle om at en døende med kreft i skjoldbruskkjertelen eller med ALS (amyotrofisk lateral sklerose) får innfridd sitt ønske om å slippe den siste fasen av sykdommen der man blir langsomt kvalt.

Right to Die with Dignity Act

Morten Horn gjør et nummer av at ikke alle leger er villige til å bistå med legeassistert selvmord i Oregon, en bistand som består i å skrive ut en resept på en dødelig medikasjon som den døende pasienten kan velge å ta selv dersom lidelsen blir uutholdelig. Derfor, mener Horn, har ikke pasienter her noen noen *rett* til slik hjelp. Men den aktuelle loven som ble vedtatt i Oregon for mer enn ti år tilbake, heter nå en gang *The Right to Die with Dignity Act* (andre stater har senere innført en tilsvarende lov.) Vi kan sammenligne den med retten til tidsavgrenset selvbestemt abort, som vi for lengst har innført her hjemme. Kvinnene har utvilsomt en slik rett, selv om helsepersonell har rett til å reservere seg. En slik reservasjonsrett gjelder også for eutanasi i Be-Ne-Lux-landene.

Det er høyt siviliserte land som har legalisert aktiv dødshjelp som en siste utvei i slike fortvilte situasjoner. Rettsstater som bygger på demokrati og menneskerettigheter. Og de klarer å praktisere det uten misbruk. Vi burde ikke stå dårligere rustet enn i disse landene her hjemme.

Den sykes initiativ

Når det gjelder selvbestemmelsens begrensninger, som Horn fremhever, så er jeg klart enig med ham i at det finnes en rekke begrensninger her. Langt fra alle som anmoder

om det, kan få innvilget et ønske om aktiv dødshjelp. Det er da heller ikke, som Horn påpeker, praksis i de landene som har legalisert dette. Men det som er avgjørende viktig, er at *initiativet* kommer fra pasienten selv. Helsepersonell må aldri gå ut og tilby eller presse frem en slik utvei. Det handler om aktiv dødshjelp «on request» – etter anmodning. Etter at en pasient har fremsatt et slikt ønske, må de faggruppene samfunnet oppnevner, enten det er leger, psykologer, etikere eller andre, vurdere om de gyldige forutsetningene er til stede. Og man må grundig vurdere om det er noe mer som kan gjøres for at den syke kan ønske å leve litt til.

Eldrebølgen

Horn nevner også et oppslag jeg fikk i media før jul. En feilsitering med tabloid tilsnitt i en NTB-melding gjorde at det ble gitt et feilaktig inntrykk av mine synspunkter på helsetilbud til syke og pleietrengende eldre. (Dette er foreløpig blitt korrigert i avisen Vårt Land, 07.01.10.)

Jeg ønsket å sette søkelys på problematikken som reiser seg i forbindelse med at vi får en stadig eldre befolkning, samtidig som vi får forholdsvis færre yngre og arbeidsføre mennesker til å ta seg av oppgavene. Legg til at få unge ønsker seg en utdanning med sikte på sykehjem som arbeidsplass, og vi må spørre oss om vi vil ha en fremtidig sterk nok økonomi til å klare alle oppgavene, og om det vil være mange nok varme hender til å ta seg av de mange syke og pleietrengende.

Etter fylte 90 år ser vi også en betydelig økning av demens. For mange alvorlig demente vil livsoppretholdende behandling være en behandling de selv ikke ville ha ønsket hvis de hadde kunnet bestemme selv. Men den demente kan ikke avverge en behandling som opprettholder et meningsløst liv uten livskvalitet og verdighet. Og det er bare de færreste som på forhånd utstyres med et livstestament som uttrykker ens vilje i en slik situasjon.

Den fremtidige utfordringen ligger etter min oppfatning ikke i å satse på å forlenge menneskelivet mest mulig for enhver pris. Den store utfordringen må være å sikre nok ressurser til god pleie og omsorg, og til lindring av smerter og plager for de etter hvert svært mange gamle og hjelpeløse. Men det er noe annet enn aktiv dødshjelp.

Dette er vanskelige og ømtålige spørsmål som samfunnet blir nødt til å ta tak i.

kari.vigeland@psykologi.uio.no

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

TEKST

Kari Vigeland