

Aktiv dødshjelp -en siste utvei

Vi bør ikke avvise at aktiv dødshjelp kan være en løsning i spesielle situasjoner. Kanskje har psykologer bedre forutsetninger enn leger for å vurdere motiv, autonomi og vurderingsevne hos en alvorlig syk?

TEKST

Kari Vigeland

PUBLISERT 5. august 2009



SKAPTE DEBATT: Som første politiske parti i Norge åpner Fremskrittspartiet for at aktiv dødshjelp skal bli lovlig. Nestleder Per Sandberg var aktiv pådriver for landsmøtevedtaket i vår. Foto: Scanpix.

DEBATT: AKTIV DØDSHJELP

Et stort flertall i befolkningen i Norge og andre land aksepterer aktiv dødshjelp i spesielle situasjoner. Undersøkelser tilbakeviser at frykten for legalisering fører til misbruk. Det foreligger heller ingen støtte for at svake grupper føler seg presset til å be om hjelp til å dø, skriver Kari Vigeland.

Fra tid til annen får vi en debatt om aktiv dødshjelp her hjemme. Det skjer gjerne i tilknytning til at en ny dødshjelpssak blir kjent i media. I år var det imidlertid FrP som sparket debatten i gang gjennom sitt landsmøtevedtak i mai om å åpne for aktiv dødshjelp.

En tale fra graven

Sist vår kunne vi lese kronikken «En tale fra graven» (Aftenposten og VG, 26.03.08). Den var skrevet av Bjørnar Kanli, en ukjent kreftsyk og døende mann, som hadde tatt saken i egne hender – siden det ikke var noen dødshjelp å få. Rett før han – «som en tyv i natten» – snek seg ned i garasjen og tok sitt liv, sendte han sitt sterkt personlige innlegg i dødshjelpsdebatten til pressen.

Kanli mente han hadde «et særlig godt grunnlag» for å ha en mening om dette temaet. I løpet av de siste syv årene hadde han blant annet gjennomgått seks omfattende operasjoner. Hele denne tiden hadde han, til tross for store fysiske plager og lidelser, motivert seg selv til å gå videre og holde humøret oppe (!). Men så var det nok. Kanli trodde «hverken på Gud eller djevler», og han var ikke redd for å dø. Han skriver:

Jeg synes det er helt forferdelig at et menneske som er dødssykt og lider, ikke skal kunne hjelpes til å få en slutt på de fysiske og psykiske lidelsene. [...] Når et kjæle- eller husdyr er dødssykt og lider, viser vi medlidenhet og tar det til dyrlegen for en siste sprøyte, men når det gjelder et menneske som går mot den sikre død og lider de forferdeligste kvaler, så vel fysisk som psykisk, så mener man at de bare skal ligge der og råtne bort.

Han hadde også sine pårørende i tankene:

«Jeg tror at denne min løsning er best også for mine nærmeste. Det er en forferdelig tanke for meg å forestille meg at de skulle se at jeg råtnet på rot, så å si. Og enda verre. Tanken på at barnebarna skulle se bestefar transformeres til et ugjenkjennelig vrak' er for meg helt uakseptabel. [...] Det eneste jeg er lei meg for, er at jeg nå er nødt til, som en tyv i natten, å ta mitt eget liv. Det er ikke akkurat noen verdig og fin slutt på livet...»

Klar støtte i befolkningen

En rekke undersøkelser både i Norge og i andre land har vist at et stort flertall i befolkningene, mellom 70 og 85 %, mener det er situasjoner hvor aktiv dødshjelp bør være straffritt. Våren 2008 forelå det en ny norsk undersøkelse med spørsmål om *legeassistert selvmord* og *eutanasi* (Synovate på oppdrag av Foreningen Retten til en verdig død). Det første spørsmålet gjaldt legeassistert suicid, og lød: «Hvor enig eller uenig er du i at en døende pasient, etter grundig overveielse, skal kunne få utskrevet en dødelig dose medisin av sin lege som vedkommende selv kan velge å ta for å unngå store lidelser? Er du helt enig, delvis enig, delvis uenig, helt uenig?» 70 % uttrykte enighet.

Det neste spørsmålet gjaldt eutanasi: «Sett at den døende pasienten også er for syk til selv å svelge den dødelige dosen med medisin. Hvor enig eller uenig er du i at en lege da

bør ha rett til å sette en dødelig injeksjon hvis pasienten selv ber om dette?» Her var 63 % enige. De to neste spørsmålene omhandlet henholdsvis legeassistert suicid og eutanasi for pasienter som ikke er døende, men uhelbredelig syke og med lidelser som ikke kan lindres godt nok. Dette ga 59 % enighet for assistert suicid og 57 % for eutanasi.

Legeassistert suicid, slik det er formulert her, dekker i hovedsak den såkalte Oregon-modellen. Den amerikanske delstaten legaliserte dette for ca et tiår tilbake gjennom The Right to Die with Dignity Act. Etter oppfordring fra en døende pasient, og etter grundig vurdering, skal legen kunne skrive ut resept på en dødbringende medisin, som den døende kan ha tilgjengelig den dagen han/hun ikke orker mer, og derved oppnå en skånsom død. Dette var nettopp hva Kanli hadde ønsket. Han beskriver et scenario som står i «grell kontrast» til den løsningen han valgte: «Jeg kunne samle mine nærmeste rundt meg, ta et varmt og fint farvel, legge meg i min seng, strekke hånden ut etter giftpillen og sovne fredfullt inn – antagelig ville jeg gjøre det med et godt smil om munnen. Jeg føler meg ganske overbevist om at også mine nærmeste ville føle det som en verdig og fin slutt på livet.» Hans fortvilte løsning var, mente han, tross alt den mest skånsomme utvei, gitt dagens lovverk.

Livssyn og holdning til aktiv dødshjelp

En rekke undersøkelser har vist sammenheng mellom sterk religiøs tro og negativ holdning både til selvbestemt død og selvbestemt abort, både i befolkningsutvalg og blant leger. Hovedargumentet her er at livet er hellig og ukrenkelig – uansett situasjon – og at det er Gud som bestemmer når et liv begynner og når det avsluttes. Likevel støtter mange religiøst troende aktiv dødshjelp, fordi de mener deres gud er barmhjertig. For mennesker uten religiøs tro, eller erklærte livssynshumanister, er det den sykes vilje (selvbestemmelsesretten), den uutholdelige lidelsen og mangel på positiv livskvalitet som teller mest.

Det er vanskelig å tenke seg at en handling som bare har gode konsekvenser for de som berøres av handlingen, skal være moralsk forkastelig, sier filosofen James Rachels. Hans konklusjon er at aktiv dødshjelp, i hvert fall i noen tilfeller, vil være moralsk akseptabelt. Det er jeg enig i. De «aktuelle tilfeller» kan beskrives gjennom spørsmålene ovenfor (Synovate-undersøkelsen).

«De aller fleste vil akseptere at det er situasjoner hvor aktiv dødshjelp kan forsvares moralsk, men spørsmålet reises om legalisering vil føre til misbruk»

For å følge Rachels: Hva med andre parter som berøres av handlingen, som pårørende og leger? For pårørende er det ofte en stor belastning å være hjelpeløst vitne til at en av ens nærmeste gjennomgår utålelige lidelser, uten å kunne gjøre noe, eller etterkomme

et ønske om hjelp til befrielse. Som Kanli beskriver det, så vil aktiv dødshjelp kunne være den beste utvei også for de pårørende.

Erfaringer fra Nederland viser at de fleste legene ser positivt på å kunne gjøre sin pasient en slik siste tjeneste – selv om de også kan oppleve det som tungt å gi pasienten, som de gjerne har kjent over lengre tid, den siste sprøyten. Forut for en slik avgjørelse vil imidlertid pasient og lege ha kunnet snakke åpent om situasjonen. Pasientens reaksjoner på egen helsetilstand og (håpløse) prognose vil kunne bearbeides. Den syke kan fortelle om sin frykt for utålelig smerte og lidelse, og legen kan forsikre om at det finnes en siste utvei, dersom alle andre muligheter er utprøvd. Ingen lovgivning eller lovforslag innebærer at leger forpliktes til å utføre aktiv dødshjelp. De har *reservasjonsrett*, som ved selvbestemt abort.

I anonymiserte undersøkelser er legene delt i spørsmålet, men generelt er de oftere motstandere av aktiv dødshjelp enn befolkningen. Legeforeninger og legeetiske råd verden over er imidlertid prinsipielle motstandere. Her fremholdes det at legers oppgaver er å kurere og lindre, ikke å ta liv.

Legalisering og frykten for misbruk

De aller fleste vil akseptere at det er situasjoner hvor aktiv dødshjelp kan forsvares moralsk, men spørsmålet reises om legalisering vil føre til misbruk. Dette er imidlertid blitt grundig undersøkt – og tilbakevist – i en omfattende metaundersøkelse (*Journal of Medical Ethics*, nr. 33, side 591–597). For eksempel er det ingen overrepresentasjon av eldre eller funksjonshemmede blant de som har fått innvilget aktiv dødshjelp, slik det er blitt hevdet av motstandere. Helsemyndighetene står bak denne undersøkelsen, som både dekker eutanasi, slik det har vært praktisert i Nederland gjennom flere tiår, og legeassistert selvmord, som har vært utført i den amerikanske staten Oregon gjennom en tiårsperiode. (Statene Washington og Montana har senere legalisert det samme.)

Press, vikarierende motiv og autonomi

I det siste er det blitt hevdet at svake grupper vil føle seg presset til å be om en «avlivning» de ikke ønsker, dersom aktiv dødshjelp legaliseres. Det skal spesielt gjelde eldre, som føler at de er til bry. Det foreligger imidlertid ingen støtte for dette (se ovenfor). Et annet motargument er at alvorlig syke og døende vil ha sterkt svekket evne til å tenke rasjonelt og opprettholde sin autonomi: Kronisk smerte følges av søvnløshet, tretthet og nedsatt konsentrasjon og vurderingsevne. Smertebehandling (morfin) kan gi hallusinasjoner og vrangforestillinger. Hos døende kreftpasienter er fatigue (overveldende tretthet og utmattelse) vanlig. Vedvarende kvalme og brekninger, eller pustevansker og opplevelse av å bli langsomt kvalt, er uutholdelige plager som kan gjøre det vanskelig å tenke klart. Symptomene hos en døende vil kunne være sammenfallende med hva som legges til grunn for en depressiv diagnose. Det gjelder for eksempel tap av energi, yteevne og interesse for omverdenen; manglende uttrykk for begeistring; at man lett tar til tårene og opplever håpløshet.

Men innebærer dette at vi alltid må avvise aktiv dødshjelp som en siste utvei? Mitt svar er *nei*. Det krever imidlertid kompetanse, stor varsomhet og tid når man skal ta stilling til om en alvorlig syk er tilstrekkelig rasjonell og klar til å treffe en avgjørelse om egen livsavslutning. Det må blant annet skilles mellom hva som er en depresjon som bør behandles, og hva som er naturlige følger av alvorlig somatisk sykdom, og som ikke lar seg behandle. Er dette umulig, slik motstandere av aktiv dødshjelp hevder? Jeg tror ikke det. Legene i Nederland fremhever betydningen av å være i dialog med sin pasient over tid, og før sykdommen eventuelt utvikler seg dithen at autonomien hos den syke svinger eller forsvinner.

Leger uten erfaring og innsikt på dette området vil være dårlig rustet til å treffe slike avgjørelser. Og kanskje er det ikke alltid bare leger som bør involveres i dette. Leger har kunnskaper om den somatiske sykdommens prognose og behandlingsmulighet. Men kanskje har psykologer bedre forutsetninger til å vurdere motiv, autonomi og vurderingsevne hos en alvorlig syk. Hva mener psykologene selv om dette?

kari.vigeland@psykologi.uio.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 8, 2009, side

TEKST

Kari Vigeland