

Hvor er psykologene i dødshjelpsdebatten?

Legeforeningen tar sterk avstand fra aktiv dødshjelp, både eutanasi (legen injiserer dødbringende medisin) og assistert selvmord (legen forskriver en dødelig dose medisiner som pasienten selv skal innta). Norsk sykepleierforbund går også klart mot aktiv dødshjelp. I kontrast til dette har norske psykologer engasjert seg lite i spørsmålet.

TEKST
Morten Horn

PUBLISERT 5. oktober 2009

DEBATT: AKTIV DØDSHJELP

Psykologen Kari Vigeland har markert seg som tilhenger av aktiv dødshjelp. «Vi bør ikke avvise at aktiv dødshjelp kan være en løsning i spesielle situasjoner,» skrev hun i augustnummeret av Tidsskriftet. Overlege Morten Horn er motstander av aktiv dødshjelp og etterlyser både psykologers kompetanse og flere psykologstemmer i debatten. «Er Vigeland representativ?» spør han.



I motsetning til legen og sykepleieren er ikke psykologen direkte involvert i selve dødshjelpshandlingen. Derimot har psykologen verdifull innsikt i tenkningen hos og erfaring med håndteringen av pasienter med selvmordstanker. Debatten om aktiv dødshjelp blir fort redusert til juss; et spørsmål om pasientens rett til selvbestemmelse;

retten til å bestemme tidspunktet for egen død. Psykologene burde bidra med sin kunnskap om hvilke prosesser som gjelder for utviklingen av et ønske om å dø, og om hvilke begrensninger somatisk og psykisk sykdom legger på pasientens evne til å være «herre i eget hus».

Dødsønske og ambivalens

Den eneste psykolog som tydelig har markert seg i den siste tids debatt, er Kari Vigeland. Som representant for Foreningen Retten til en verdig død er hun en sterk forkjemper for legalisering av aktiv dødshjelp, særlig etter mønster av «Oregon-modellen» med assistert selvmord. Vigeland underskriver sine avisinnlegg med sin akademiske tittel: førsteamanuensis (emerita) ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. I fravær av andre stemmer framstår hun som psykologiens «ansikt utad» i dødshjelpsdebatten. Som lege synes jeg dette er svært problematisk, for holdningene Vigeland forfekter i sine innlegg, rimer dårlig med det jeg trodde var psykologiens profesjonsetikk.

Det er særlig tre forhold jeg vil gripe fatt i:

Vigeland kjemper for innføring av legeassistert selvmord som en rettighet for utvalgte pasienter. Forutsetningen skal være at pasienten har gitt uttrykk for dødsønsket gjentatte ganger (i Oregon-modellen to ganger med minst 15 dagers mellomrom), og dette skal sikre at det er pasientens faste overbevisning som kommer til uttrykk. Vi lærte på legestudiet at ambivalens er et kjernesymptom hos mennesker som har dødsønsker. Dette gjelder for somatisk friske suicidale, og det er også påvist hos terminale cancerpasienter (Johansen et al. 2005). Det er uforståelig at Vigeland så lett vant håndterer spørsmålet om hvorvidt man i det hele tatt kan akseptere idéen om at en pasient kan ha en vedvarende, fast overbevisning om at han ønsker å dø. Jeg kan godta at psykologer på faglig grunnlag diskuterer om det finnes tilfeller der en slik fast overbevisning kan foreligge, og faglige metoder for å vurdere graden av overbevisning. Men en slik nyansering er fraværende i Vigelands avisinnlegg.

Absurd tro på rasjonalitet

En vesentlig bekymring hos dødshjelpsmotstanderne er at syke mennesker skal føle seg presset til å be om aktiv dødshjelp. Vigeland angir at Oregon-modellen forutsetter at pasienten ikke er under utilbørlig press. Men verken hun eller myndighetene i Oregon gir noen troverdig forklaring på hvordan de skal sikre dette – er det i det hele tatt er mulig? Etter min egen forståelse av menneskets psyke er hele idéen om et menneske som fatter sine avgjørelser rasjonelt og uavhengig, uanfektet av omgivelsenes åpne og subtile påvirkninger, absurd. Snarere ser jeg mennesket som en knute i et omfattende nettverk av gjensidige påvirkninger og betingelser. Erfaringer både fra norske leger og fra Oregon gjenspeiler dette: Ønsker om dødshjelp kan dukke opp eller forsvinne etter om pasienten får plass på hospice eller blir presset av de pårørende til å flytte på sykehjem, får prøve avansert palliativ behandling eller får avslag på søknad om personlig assistent. En psykolog burde stå i fremste rekke for å framholde hvor

lettpåvirkelig menneskets psyke er, og hvor vanskelig det er å avgjøre hvorvidt ytre påvirkning foreligger.

Mest provoserende er Vigelands innlegg i Aftenposten 26. mai (Vigeland 2009). Der tar hun for seg straffeloven § 236, som omhandler forbudet mot å medvirke til en annens selvmord. Vigeland beskriver denne loven som en anakronisme fra 1902, beregnet på å hindre at forbrytere begikk selvmord for å unnsnippe datidens strenge straffer. Siden straffereaksjonene i våre dager er langt mer humane, mener hun tiden er moden for å endre § 236 slik at det ikke lenger skal være ulovlig å medvirke til selvmord. Dette er rystende. Er virkelig *dette* grunnen til at Vigeland i sitt arbeid som psykolog har motvirket og forsøkt å forhindre selvmord hos sine pasienter? Er det derfor norske psykologer hver dag tar imot suicidale pasienter på DPS-er og sykehus – for å hindre forbrytere i å unnsnippe sin straff? Selvfølgelig ikke. Men Vigeland omtaler ikke med ett ord at helsearbeidere har en moralsk plikt til å hjelpe mennesker i psykisk og eksistensiell krise fra å begå selvbeskadigende handlinger – og den mest definitive sådan – selvmordet.

Er Vigeland representativ?

Ut fra samtaler med venner som jobber som psykologer, virker det som at norske psykologer følger samme profesjonsetiske normer som legene: de motvirker og forsøker å gripe inn og hindre selvmord hos sine pasienter. Førsteamanuensis Vigelands innlegg i dødshjelpsordskiftet bidrar til å skape usikkerhet om hvorvidt psykologien vil bekjempe selvmordet med alle midler, eller om den heller vil respektere pasientens selvbestemmelse også der den fører til døden. Jeg oppfordrer norske psykologer til å klargjøre om Kari Vigeland er representativ for profesjonens holdning.

«Jeg oppfordrer norske psykologer til å klargjøre om Kari Vigeland er representativ for profesjonens holdning»

Det er uansett god grunn for norske psykologer til å ta en intern debatt om aktiv dødshjelp og assistert selvmord. I befolkningen er det en grunnleggende positiv holdning til at folk selv skal få bestemme når de vil dø, og slike liberalistiske holdninger kan finnes i alle partier (unntatt KrF). I Belgia ble aktiv dødshjelp innført i 2002 etter at parlamentet tilfeldigvis ble sammensatt av representanter som var for; dette kan skje også i Norge. Selve dødshjelpshandlingen og valget av somatiske sykdomskriterier for å få rett til dødshjelp angår mest legene. Men psykologene kan også bli bedt om å bidra, særlig for å vurdere hvorvidt pasienten er kompetent til å fatte avgjørelsen om å dø.

Flere stemmer

- Dette er spørsmål norske psykologer bør ta stilling til:

- Skal norske psykologer delta i utvelgelsen av pasienter som skal få tilbud om aktiv dødshjelp eller assistert selvmord, dersom det blir vedtatt?
- Er det i det hele tatt mulig, på bakgrunn av psykologisk fagkunnskap, å avgjøre hvorvidt et menneske er kompetent til å fatte avgjørelsen om å ta sitt liv?
- Hvilke metoder kan brukes for å undersøke pasienter som skal vurderes for aktiv dødshjelp?
- Sett i lys av at aktiv dødshjelp er tenkt benyttet for pasienter med terminal sykdom, og vurdert opp mot kapasiteten i norsk psykiatri generelt, hva slags hastegrad er det rimelig at slike vurderinger skal få?
- Hva slags korttids- og langtidseffekter kan det tenkes at bistand til dødshjelp vil ha på leger, sykepleiere og andre involverte? Hvordan står disse i forhold til den eventuelle gevinst pasienten oppnår?

Som man forstår, er jeg selv en sterk motstander av aktiv dødshjelp. Det tror jeg i grunnen mange psykologer også er. Men så langt er det bare Kari Vigelands kraftfulle «ja» som har nådd fram til offentligheten. Det trengs flere stemmer.

morten.horn@ulleval.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 10, 2009, side

TEKST

Morten Horn