

Døden nær

Tor Levin Hofgaard
president i Norsk psykologforening

Hvor lenge vil du leve, og hvordan vil du dø?

Skal man tro populærkulturen, vil dagens nordmann helst «leve lenge» – og «dø så raskt som mulig». Vårt samfunn er preget av jag etter langt liv, og samtidig en stadig økende forventning om fravær av smerte og ubehag. Før døden inntreffer, skal vi helst være i topp form, og hvis vi absolutt må dø, vil vi at det skal det skje mens vi jublende går over målstreken i et maraton, seiler inn i solnedgangen eller har sex: «Thats the way to go.»

Debatten om assistert selvmord ligger like under overflaten når vi snakker om alvorlig syke og døende og hva det betyr å «bli møtt på best mulig måte» av helsetjenestene

Men for de fleste er dette selvfølgelig langt fra måten livets slutt arter seg på. Stadig flere lever lenger med alvorlige sykdommer som medfører både sterke smerter og alvorlig ubehag. Jo mer avansert medisinsk forskning blir, desto lenger kan vi holde folk i live. Dette gjelder ikke bare for eldre, men også for alvorlig syke barn og unge. Men hvor godt rustet er vi for å ta vare på og hjelpe den enkelte gjennom den siste sykdomsperioden frem til møtet med døden? Hva er god hjelp for pasientene, pårørende og venner?

I mars reiste jeg til Sveits for å se hva de gjør. Bakgrunnen var at de der har gjennomgått sitt tilbud til alvorlig syke og døende, og vedtatt en nasjonal strategi for palliativ behandling. Samtidig fører de en hissig debatt om assistert selvmord. Sveits tillater slik assistanse i tilfeller der pasienter uansett er nær ved å dø, og der ytterligere behandling ikke vil ha noen effekt. Nå drøfter de også om flere skal omfattes; om loven i tillegg skal gjelde dem som bare ikke orker mer, dem som har det vondt i livet – både fysisk og psykisk. Livet før og med døden er derfor blitt et åpent tema i Sveits.

Kontrasten til Norge er stor. Vi diskuterer ytterst sjelden offentlig hva som skjer med oss når vi skal dø. Derfor er kanskje de fleste usikre på hva palliativ behandling er og hvilke grenseoppganger vi må foreta mellom direkte og indirekte assistert selvmord, passiv og aktiv dødshjelp, fjerning av næring, fjerning av mekanisert livsopphold, utelukkende smertelindring og økt dosert smertelindring – og andre tiltak som er fremme i sveitsisk debatt.

Som et skritt i riktig retning har helseminister Bent Høie riktignok bedt om en fagrapport fra Helsedirektoratet om palliativ behandling. Denne skal ta for seg fagets, men også brukernes og pårørendes perspektiv. Og den skal rede grunnen for at: «Vi skal være trygge på at pasienter i en sårbar og vanskelig situasjon, med komplekse behov, blir møtt på best mulig måte.»

Målene lyder kjent fra besøket i Sveits. Analysene derfra vektlegger at det er stort behov for psykologisk og psykisk helsekompetanse i de fagmiljøene som jobber med alvorlig syke og døende. Utfordringene er å klare å leve lenge med sykdom, og forholde seg til de livsendringene dette medfører. Å oppleve livskvalitet, mestring og ivaretagelse av relasjoner til sine nære. Alt dette handler mer om det mentale enn det fysiske. Hvordan dette blir ivaretatt, vil være en god målestokk på om vi når målet helseministeren har satt for palliativ behandling i Norge. Helsepsykologi og kompetanse i psykisk helse på somatiske avdelinger må være del av tiltakene. Det holder ikke å låne ressurser fra

psykisk helsevern. Somatiske avdelinger må selv bringe til veie denne kompetansen. Slik kan den også nyttiggjøres på et mye bredere spekter av pasienter.

Men hva hvis pasienten sier han eller hun vil dø? Hva hvis et menneske mener nok er nok. Hva hvis noen vil gjøre slutt på lidelsene, og ikke snakke med flere psykologer som vil hjelpe dem til å mestre livet bedre. De vil ikke høre mer om hva andre har fått til. De vil bare ikke ha det vondt lenger. Dette vil fagrapporten om palliativ behandling neppe ta for seg.

Debatten om assistert selvmord ligger like under overflaten når vi snakker om alvorlig syke og døende og hva det betyr å «bli møtt på best mulig måte» av helsetjenestene. I enkelte land, som Sveits, Nederland og Belgia, har de tatt andre veivalg enn her hjemme. Det er eksempler på tilbud til barn, unge og voksne – for både alvorlige fysiske og psykiske lidelser – og til og med hvis man bare ikke ønsker å leve lenger på grunn av ikke dødelige sykdommer.

Personlig har jeg vanskelig for å akseptere at vi som helsepersonell skal innta en assistentrolle i menneskers selvmord. For meg fremstår det som en etisk, moralsk og faglig Pandoras eske som vi kan miste fullstendig kontroll over om den åpnes. Men en debatt om palliasjon som omfatter somatisk og psykologfaglig kunnskap, er viktig og på sin plass.