

# Dødspleie – Nobelpris og nye veier

Dødspleien har fått sin Nobelpris – ikke i medisinen, men for freden. Mor Teresa i Calcutta har i en årrekke gått rundt i slummen og funnet døende, bragt dem til sitt kummerlige hospital og gitt dem den siste pleie. Hun har ikke ventet på at «forholdene skulle bli lagt til rette». Hun har bare tatt oppgaven på seg og løser den på sin egen måte. Hun fortjener Nobelprisen for det hun gjør for hver enkelt av de døende og for det eksempel hun har gitt. Det bør stemme oss leger til ettertanke at hun ikke er lege og at hun selvfølgelig ikke kunne få Nobelprisen i medisin. Den er for oppdagelser, ikke for oppofrelser – selv om det i øyeblikket ser ut til at verden har større behov for det siste enn for det første.

Mor Teresa har fulgt sykepleiens tradisjon. Det heter om Florence Nightingale: «It was her rule never to let any man who came under her observation die alone. She estimated that during that winter (1854–55) she witnessed 2 000 death-beds.»<sup>1</sup>

Krimkrigen ligger langt tilbake, og Calcutta ligger langt borte. Hvordan er det med vår egen dødspleie? Dødspleien er en av de store oppgavene i helsetjenesten, stor både i omfang og betydning. I de siste 10–20 år har det vært stigende interesse for den, og «Tidsskriftet» har tatt opp flere viktige sider ved den.

*Behandling av smerter* er en hovedoppgave. I «Terapispalten» har dette vært drøftet mange ganger, og det er særlig grunn til å minne om Breivik og Elgjos artikkel om medikamentell smertelindring ved kreft.<sup>2</sup> Det går som en rød tråd gjennom all denne informasjon at behandlingen av smerter kan bli bedre. Smerter kan lindres, men behandlingen krever plan, konsekvens og utholdenhet. Man kommer ofte langt med peroral behandling.

<sup>1</sup>Woodham-Smith, C.: Florence Nightingale 1820–1890. Constable, London 1950, 615 s.

<sup>2</sup>Medikamentell smertelindring ved kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 967–970

*Når er tiden inne?* Sørbye og medarbeidere<sup>3</sup> har nylig reist dette nøkkelspørsmålet. De viste at noen pasienter får aktiv behandling for lenge. Dette gjøres uten tvil i beste mening, men i sluttfasen av livet kan aktiv behandling være en dårlig erstatning for symptomatisk behandling, pleie og omsorg.

*Kan flere dø hjemme?* I dette nummer av «Tidsskriftet» tar Førland og medarbeidere opp dette spørsmålet.<sup>4</sup> De gjør rede for 87 hjemme-dødsleier i Oslo. Dødsleiene ble ledet av Fransiskushjelpen i samarbeid med familien og pasientens egen lege. Denne dødspleien forutsetter en samordnet innsats av familien, pleieteamet og legen. Sykehuset må stå bak, slik at pasienten øyeblikkelig kan bli innlagt, hvis oppgaven blir for vanskelig. Fransiskushjelpen fortjener honnor for denne pionérinnsatsen. Erfaringene viser at dødspleie i hjemmet kan være en god løsning som rommer vesentlige verdier for både pasient og pårørende. En del av oppgaven er å avløse de pårørende, og det kan gjøres av erfarne husmodre (og husfedre?) som er trent for dette arbeidet. Materialet er lite, og det er ikke representativt – de fleste var middelaldrende kreftpasienter.

Det er derfor behov for videre forsøk som kan klarlegge hvilke oppgaver som kan løses hjemme, hvilke forutsetninger som må oppfylles og hvilke metoder og hjelpemidler som må utvikles. Det viktige er at pionérinnsatsen nå er gjort.

I forhold til dødspleiens omfang og vanskelighetsgrad er det lite forskning og få praktiske forsøk. Vi mangler systematiske analyser av dødspleien ved sykehjem. Vi mangler også forsøk i Norge med «hospices» for døende. Dette er

<sup>3</sup>Nøkkelspørsmålet i dødspleien: når er tiden inne? Tidsskr Nor Lægeforen 1979, 99, 1300–1306

<sup>4</sup>Fransiskushjelpens omsorg for terminalt syke i hjemmene i Oslo kommune. Tidsskr Nor Lægeforen 1979, 99, 1797–1799

<sup>5</sup>Saunders, C. M. (ed.): The management of terminal disease. Edw. Arnold, London 1978, 210 s.

små avdelinger eller sykehus som konsentrerer seg om spesielt krevene dødspleie, særlig kreftpasienter med smerter. Erfaringene er gode i England og Amerika,<sup>5</sup> og det kan tenkes at de bør få en plass i dødspleien i Norge også.

En annen viktig side ved dødspleien er Livstestamentet, som har fått sin egen forening i Norge – Mitt livstestamente. – Retten til en verdig død. Tanken er at et menneske kan underskrive en erklæring hvor det bl.a. heter: «Fins det ikke lenger håp om at jeg kan bli bra, ber jeg om å få dø, og ikke holdes i live ved kunstige midler eller behandlinger...»

Denne tanken er nylig fulgt opp i Michigan ved at man kan oppnevne en bestemt person som får fullmakt til å ta avgjørelsen for en, hvis man selv skulle bli bevisstløs eller på annen måte ute av stand til å ta den selv.<sup>6</sup> Livstestamentet reiser kompliserte spørsmål, som det hverken kan eller bør være full enighet om. Det er derfor viktig at praktisk erfaring fra vårt eget land blir samlet og drøftet.

Endelig reiser dødspleien også et annet viktig spørsmål – de etterlatte. Det er velkjent at de etterlatte ofte har store problemer og økt sykkelighet og dødelighet. Det er derfor behov for rådgivning og forebyggende tiltak. Nasjonalforeningen for folkehelsen har tatt initiativet til Veiledningstjenesten for etterlatte i Oslo. Erfaringene hittil er lovende.<sup>7</sup>

Dødspleien er et stort, viktig og vanskelig område. Nye tanker og bedre kunnskaper har påvirket holdninger og praksis. Dette vil uten tvil føre til en bedre og mer gjennomtenkt dødspleie i vårt samfunn. «Tidsskriftet» vil fortsette å informere om utviklingen og stimulere interessen for denne oppgaven.

Peter F. Hjort

<sup>6</sup>Michigan's sensible «living will». N Engl J Med 1979, 300, 1270–1272

<sup>7</sup>Nasjonalforeningen for folkehelsen: Veiledningstjenesten for etterlatte. Årsrapport 1978. Oslo 1979. 20 sider (sten-sil)