

Å leve eller å la dø

– Vi må noen ganger tre til side og la naturen gå sin gang for å gi pasienter en verdig død.

Dette var noe av budskapet da 120 leger møttes i Legenes hus i Oslo en vinterkveld i februar.

Behandling av alvorlig syke og døende pasienter var temaet da legeforeningene i Nordland og Oslo arrangerte felles møte. Inge Lønning, Per Schioldborg, Pernille Bruusgaard, Trond Markestad og Sven Haakon Urving innledet til en meningsutveksling om forlengelse av liv og fremskyndelse av død.

– Hvor langt rekker den enkeltes selv-råderett, spurte Inge Lønning. Han mente at det i dagens samfunn er en tendens til å utvide legerollen og helsevesenets forpliktelse.

Etter hans oppfatning har legeskunsten gjennomgått en forskyvning i retning av at alle skal helbredes. Hippokrates' begreper var gode; legeskunsten består i 1) å helbrede, 2) å lindre og 3) å trøste. Hans tilføyelse er også verdt å ta med: Helbrede kan vi i noen tilfelle, lindre kan vi i de fleste og trøste kan vi i alle. Dagens problem er at nr. 2 er havnet i skyggen av nr. 1, mens nr. 3 på det nærmeste er tomt for mening. I dag er å trøste et klapp på skulderen og si at «det går nok bra». At en pasient har smerter, brukes som hovedbegrunnelse for å forskyve grenser.

Vettskremt

Lønning var bekymret for helsepersonells plikt ved aktiv dødshjelp.

– Hvis lovgiver skal pålegge noen en retthet, må da noen pålegges en plikt? Lov-



– Det er en tendens i dagens samfunn til å utvide legerollen og helsevesenets forpliktelser, mener Inge Lønning. Foto Ellen Juul Andersen

giver påtar seg i såfall å gi en rettighet som man aldri tidligere har vært i nærheten av, mente han. Han sa videre at dersom døren åpnes på gløtt, skapes et forventningspress om at egentlig er det din samfunnsplikt ikke å ligge det offentlige til byrde.

– Det gjør meg vettskremt. Dette er en begrunnelse som mange oppgir for hvorfor de ønsker å dø. I samfunnet ligger vi alle til byrde ved utgangen og inngangen av våre liv, fastslo Lønning.

Innkomsamtaler på sykehjem

Sykehjemslege Pernille Bruusgaard minnet om at 40 % av dødsfall skjer på sykehjemmene.

– Mange kan tro at eldre sovner stille inn, men dette er ikke min erfaring. Vi redder liv så lenge at folk ber oss hjelpe dem til å dø, sa Pernille Bruusgaard. – Jeg mener at det å ikke behandle aktivt, også er et alternativ. Pasienter skrives ut til rehabilitering på sykehjemmene og det legges høye forventninger om helbredelse. Vi må bruke tid til å snu forventningene om evig liv, til å skape rom for at det handler om at pasienten skal dø, sa Bruusgaard.

– Hos oss har vi innkomstsamtaler der formålet er å få snakket om døden. Statistisk sett vet vi at de fleste vil dø innen ikke lang tid. Vi legger planer for hva som skal skje hvis dødstruende tilstander oppstår når jeg ikke er tilstede, sa hun. – Å planlegge døden er viktig, vi kan gjøre mye med hensyn til det tilbudet vi har til pasienten når aktiv behandling ikke skal tilbys.

– Mange pasienter som kommer til oss, bruker mye medisiner. Jeg har et sterkt engasjement for å avmedisinere pasienter. Dette krever tid og forberedelser. Jeg er skeptisk til den økende bruk av intravenøse tilbud til eldre pasienter. Som sykehjemsleger må vi bruke mye tid på å behandle døende pasienter. Jeg mener vi trenger større fokus på å la pasienter dø, understreket Bruusgaard.

Folk må få dø av sin sykdom

Trond Markestad presiserte at etiske regler for leger er tydelige på at vi som leger er i mot aktiv dødshjelp, men at leger skal la folk dø av sin sykdom.

– I land eller stater med legalisert aktiv dødshjelp/legeassistert selvmord er smerte rangert som nr. sju av pasienter som ønsker å få aktiv dødshjelp. Noen norske politikere mener dette skal være en rett, men det er leger de ønsker å kreve denne retten av. Hvordan skal leger kunne bestemme hvem som er «verdige» til å bli tatt livet av? spurte Markestad.



– Det å ikke behandle aktivt, er også et alternativ, mener Pernille Bruusgaard. Foto Ellen Juul Andersen

Avslutning av liv skal være vanskelig

– Det er annerledes å jobbe ved en anestesivdeling; vi får ofte inn hodeskader og hjertepasienter som kan bli liggende fullstendig avhengige av en maskinpark for å bli holdt i live. Hos oss er prosessene at man lager et bredt sammensatt forum som drøfter situasjonen. Når en pasient ikke kan bli bra, skal pasienten få en verdig utgang og de pårørende skal høres, sa Sven Urving, anestesilege ved Nordlandssykehuset.

Aktiv debatt

Flere av de som tok ordet mente dette var et svært viktig tema og at det må være en aktiv debatt. Vanskelige temaer krever levende debatt både i Legeforeningen og i det enkelte kollegium.

Per Schioldborg i «Retten til en verdig død» sto alene i sitt positive syn på aktiv dødshjelp. Han viste til at medisinstudenter og unge leger er mer liberale i sin holdning til eutanasi enn eldre kolleger. – I Europa er det sterke bevegelser i retning av å godkjenne aktiv dødshjelp, det må også Legeforeningen ta inn over seg, sa han.

Ellen Juul Andersen

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk