
Legen versus døden

TIDLIGERE I TIDSSKRIFTET

JULIE DIDRIKSEN

Tidsskriftet

«Hvis døden ikke var, ville livet ditt, følelsene, forholdene, forelskelsene, alt ville vært uutholdelig. At livet er avgrenset, gir det potens», sa Per Fugelli. Men det er vanskelig å tenke seg et tema som kan oppleves som mer voldsomt og fryktinngytende enn døden. Hvordan kan legene, selve livets beskyttere, forholde seg til det? Under følger en artikkel fra Tidsskriftet nr. 4/1967 (Tidsskr Nor Lægeforen 1967; 87: 267–8).

OM DØDEN

Legen er livets beskytter. Fra studiets første dag er dette ledetråden for all hans virksomhet og målet for hele hans innsats. Denne innsats har også båret rike frukter, særlig i vårt århundre. I 1916 var for eksempel gjennomsnittsalderen for dem som døde ved VII avd., Ullevål sykehus, bare vel 20 år. I dag nærmer den gjennomsnittlige levealder seg 75 år, og gjennomsnittsalderen for dem som dør ved de medisinske avdelinger er ikke langt fra 80 år. På bakgrunn av disse utrolige fremskritt er det naturlig at all vår interesse har samlet seg om livet, som om døden ikke lenger eksisterte. Derfor er det liten eller ingen forskning omkring døden; derfor skrives det lite om den i tidsskriftene; derfor får studentene som godt som ingen undervisning om hvordan dødsleiet bør ledes; derfor diskuteres disse problemer aldri på våre faglige møter, og derfor er det meget få leger som beskjefter seg inngående med døden og dødsleiet. Og likevel har den følgende setning fra et eldgammelt norsk håndskrift fortsatt sin fulle gyldighet: «Intet er vissere enn døden, intet er uvissere enn dødens time.» Meget er likevel blitt annerledes enn det var. I tidligere tider rammet døden i blinde, og i alle barneflokker var det noen som døde. I dag er døden i ferd med å finne sin plass som livets naturlige avslutning. Dessuten har døden mistet

meget av sin gru, fordi det i dag finnes midler som kan lindre den sykes lidelser. Dette betyr imidlertid ikke at det er blitt enklere og lettere å lede dødsleiet. Tvert imot, dødsleiet stiller store krav til legen både som lege og som menneske. Derfor er det nødvendig at den døende får den samme interesse og omtanke som den pasient som skal leve videre.

C i c e l y S a u n d e r s har viet sitt liv til arbeidet med de håpløst syke. Hun arbeidet som sykepleierske under krigen. Deretter var hun sosialkurator for håpløst syke. Dette arbeid bragte henne til å studere medisin, og siden 1957 har hun arbeidet med de samme pasienter som lege, samtidig som hun har vært engasjert i farmakologisk forskning. (...)

Alvorlig syke pasienter reiser to problemer for legen. Det ene problem er av *etisk-menneskelig* natur, og det angår legens holdning. Dette problem har mange sider: hva legen skal fortelle sine pasienter, hva han skal fortelle de pårørende, hvilket mål han skal sette for behandlingen, hvilken risiko han har rett til å ta i håp om radikal helbredelse, hvor lenge han skal fortsette en håpløs behandling, osv. Alt dette er problemer som ikke har noen almengyldig løsning, problemer som legen må ta stilling til på nytt for hver enkelt pasient. I disse vanskelige avgjørelser vil mange ha nytte av dr. S a u n d e r s kloke råd. Hennes syn kan kanskje sammenfattes ved å si at dette er spørsmål – om ikke store prinsipper – men om tillit mellom to mennesker, om omtanke, varme og godhet. Disse problemer er uløselige i prinsippet, men ofte finner de en praktisk løsning hvis bare: «. . . . some one care enough to try». Legens oppgave er derfor å være den som bryr seg så meget om pasienten at han hele tiden søker svar på disse spørsmål, svar som ikke er almengyldige, men som er noenlunde riktige for denne spesielle pasient.

Det annet problem er av *teknisk-medisinsk* natur. Det har med lindring av pasientens lidelser å gjøre, med smerte, angst, tørst, åndenød, kvalme, oksygenmangel, hoste, søvnløshet, osv. Dette er praktiske problemer som krever erfaring, kyndighet og nøyaktig observasjon av pasienten. Samarbeid mellom søstre, leger og pårørende er nødvendig for å løse dem. Også her gir dr. S a u n d e r s enkle råd som er basert på praktisk erfaring. Hennes faste regime for smertestillende midler er for eksempel langt bedre enn det som vel er det vanlige, nemlig å gi sprøyter når pasienten ber om det.

Den enkelte lege må arbeide med disse problemer i sitt eget sinn, for på dette område er intet mer skadelig enn fikserte meninger og holdninger. Dessuten kan det ikke være tvil om at studentene bør få mer poengtert og generell undervisning om dødsleiet. De må forstå de menneskelige problemer og lære seg de praktiske råd. I dag lærer alle studenter fødselshjelp, men lite om «dødshjelp», til tross for at det siste er viktigere for mange av dem, fordi dette aldri kan bli en spesialitet for noen få. Det er også sannsynlig at disse problemene bør tas opp i fortsettelseskurs og i tidsskrift; det gjelder særlig fornuftig bruk av medikamenter. Endelig kan det tenkes at sykehusene kan forbedre sin innsats for disse pasienter. For eksempel bør den dødssyke pasient ha én fast lege som går inn til ham ofte; store visitter har lite hos slike pasienter å gjøre.

Alt dette vil bringe oss til et mer saklig og naturlig forhold til døden. Det faktum at de store etiske problemene er uløselige, fører ofte til at de mange små praktiske problemer heller ikke blir løst, fordi døden på en måte ikke er godtatt av legene. Meget kan derfor gjøres bedre, og kanskje kan vi også på lang sikt minske frykten for døden hos våre pasienter, hvis vi selv får en riktigere holdning. «Det er ikke døden selv som er fryktelig, men frykten for døden», sa S e n e c a. Kanskje bør vi derfor gjøre R o o s e v e l t s berømte valgsprog til vårt eget når vi arbeider med dødssyke pasienter: «The only thing we have to fear is fear itself.»

Peter F. Hjort

Publisert: 1. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0562

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.