
Palliativ medisin

REDAKSJONELT

KAASA S

Kaasa S. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 641-2 Pasienter med alvorlig/dødelig sykdom har mange symptomer. Hoskreftpasienter har man i gjentatte studier kunnet påvise at når pasientene har kort tid igjen å leve, har degjennomsnittlig 5-10 forskjellige symptomer/plager (1). Mange av disse symptomene er det mulig å gjøre noe med dersom man har gode kunnskaper og ferdigheter om diagnostikk og behandling. For å oppnå tilfredsstillende behandlingsresultat må denne gruppen prioriteres på lik linje med dem som får kurativ behandling. Denne gruppen er prioritert påførsteplass sammen med livstruende akutte sykdommer og vanskelige kroniske sykdommer i en svensk offentlig utredning fra 1993 - Vårdens svåra val (2).

I en studie fra USA har man vist at pasienter med metastaserende kreftsykdom ofte ikke er godt nok smertelindret (3). Det er mye som tyder på at forholdene ikke er særlig bedre i Sverige eller i Norge. I hvert fall føler mange leger og sykepleiere en utilstrekkelighet i arbeidet med smertepasienter (4, 5).

Den medisinske utdanningen har inntil i dag mer eller mindre ensidig vært konsentrert om helbredelse. Dessverre er helbredelse ofte ikke mulig. Helbredelsesmulighetene for kreftpasienter med spredning som har en av de fire hyppigst kreftformene, brystkreft, gastrointestinalkreft, prostatakreft og lungekreft, er nærmest uendret. Fremskrittene man har sett innen kurativ kreftbehandling, har i hovedsak kommet på grunn av bedret kirurgi og/eller redusert postoperativ mortalitet samt, de siste årene, ved tidligdiagnostikk. I tillegg har cellegift- og strålebehandling bedret kurasjonsmulighetene for noen kreftgrupper. Strålebehandling er til stor hjelp i den palliative behandling, blant annet for å lindre smerter på grunn av skjelettmetastaser.

Døden - fra et mellommenneskelig til et profesjonelt anliggende

Frem til begynnelsen av dette århundret ble døden i liten eller ingen grad påvirket av legen. Dette er godt illustrert gjennom malerier om døden fra det 15. og 16. århundret. I bilder med guddommelige skjønnheter som omkranset den døende, er det knapt plass til

noen lege eller annet helsepersonell. Det var det heller ikke da Edvard Munch maltedødsfall i familien med de sørgende til stede. Døden skjedde hjemme, ikke i et travelt sykehus på en to- eller firemannsstue.

Med de medisinske fremskrittene fra begynnelsen av dette århundret endret også helsevesenets forhold til døden seg. Plutselig kunne man helbrede pasienter med alvorlige infeksjonssykdommer, slik som pneumoni og tuberkulose. Disse fremskrittene medførte at legestanden stilte nye krav til seg selv, og samfunnet fikk enorme forventninger til hva legene kunne utføre. Døden og dødsprosessen kunne påvirkes. Legene kunne holde døden unna og ble pasientens medsamsvorne i kampen mot det uønskede, men allikevel uunngåelige. I denne perioden ble legen, fra å være fraværende i dødsprosessen, forandret til personen som kunne redde den syke (fra døden). Perioden kulminerte med den teknologiske utviklingen i sykehus, med nye, betydelige behandlingsfremskritt for en del sykdommer. Det ble "en umulighet" å dø uten at de fysiologiske prosesser ble overvåket helt til det siste.

Hospicebevegelsen ble en motreaksjon til dette. Teknifiseringen og institusjonaliseringen av døden og den mangelfulle smertelindring ble kritisert. Gjennom denne utviklingen var døden blitt et ikke-anliggende for familien. Hospicene og den palliative medisin har vist at dette var et fullstendig feilgrep. Døden hører til familien og ikke til helsevesenet.

Palliativ medisin

Verdens helseorganisasjon har definert palliativ medisin på følgende måte: "En optimal lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer samt tiltak rettet mot psykiske, sosial og åndelige/eksistensielle problemer."

I løpet av de siste 10-20 år er det utviklet en rekke hospicer, spesielt i England. En videreutvikling har skjedd både i England, Canada, USA og flere europeiske land ved å etablere enheter i palliativ medisin på universitetssykehus. I Norge finnes rådgivningsgrupper ved mange sykehus og i primærhelsetjenesten. Til dette arbeidet har det ofte vært vanskelig å rekruttere leger. Sykepleiere og annet helsepersonell har vært de toneangivende. Til tross for dette har man klart å sette behandling og pleie for alvorlig syke på dagsordenen, men en videre utvikling er helt avhengig av legenes deltakelse, uavhengig av spesialitet. Smerteteam med utgangspunkt i de anestesilogiske miljøer finnes også ved mange sykehus i dag. Behovet for denne delen av medisinen vil bli enda større de neste 20-30 årene, ved at det blir en økende andel eldre i befolkningen, og derved en sterk økning i kreftinsidens (6) og mortalitet (7).

Helsevesenet og samfunnet må se på døden som en naturlig konsekvens av livet. For å få endret holdning på dette området må "udødelighetsmålet" innen helsevesenet endres. Forventningene til helsevesenet er gjennom de siste 20 årene blitt skrudd opp i en nærmest eksponensiell takt. En del av disse forventningene er realistiske, mens andre er helt urealistiske. Dette gjelder spesielt "ny" kurativ og livsforlengende kreftbehandling. Vi må i større grad være villig til å si høyt hva vi ikke kan, helbredelse eller livsforlengelse er ofte ikke et realistisk mål.

Kunnskap og ferdigheter blant leger må bedres når det gjelder symptomlindring hos de alvorligst syke. Det må være en menneskerett å få optimal analgetisk behandling, inklusiv palliativ strålebehandling. Den nyuteksaminerte lege må tillegges til å ha

ferdigheter og kunnskaper om symptomlindring også ha evnen til å trøste og støtte pasienten i livets slutfase.

Det er derfor nødvendig at denne delen av medisinen kommer inn som en viktig del av medisinstudiet. Canadian Association for Palliative Care var tidlig ute og foreslo et pensum for medisinstudenter (8). En plan for undervisning i palliativ medisin gjennom hele studiet er nå under utvikling ved Regionsykehuset i Trondheim. American Board of Internal Medicine har sett nødvendigheten av et eget etterutdanningsprogram for leger som behandler denne pasientgruppen (9). Liknende programmer bør også utvikles i Norge.

Trygderettigheter i menneskets siste levemåner bør få samme prioritet som ved livets begynnelse. Ved fødsel ytes det økonomisk kompensasjon til foreldrepermisjon tilsvarende ett år. For å ta seg av nærmeste familie ved dødsfall kan man bli sykmeldt i totalt 20 dager som nærmeste pårørende. Når det gjelder alvorlig syke barn, er rettighetene annerledes, mor eller far kan få sykepenger i inntil tre år. Trygdeordningen må snarest endres, slik at de som skal ta seg av de gamle, får samme rettigheter som de som skal ta seg av nyfødte barn eller barn som er syke.

I NOU-1984 Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker anbefalte man å etablere enheter innen lindrende behandling ved alle regionsykehus. Dette ønsket er like gyldig i dag som for 12 år siden. En slik enhet er allerede etablert ved Regionsykehuset i Trondheim. Det bør snarest tas initiativ for å få etablert tilsvarende enheter ved alle regionsykehus i Norge. Dette er i tråd med anbefalingene i utredningen Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling (10).

Stein Kaasa

LITTERATUR

1. Bruera E. Research in symptoms other than pain. I: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993: 87-92.
2. Statens offentliga utredningar. Vårdens svåra val. Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. SOU 1993: 93. Stockholm: Fritzes, 1993.
3. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson H, Blum RH, Stewart JA et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. N Engl J Med 1994; 330: 592-6.
4. Rawal N, Hylander J, Arnér S. Management of terminal cancer pain in Sweden: a nationwide survey. Pain 1993; 54: 169-79.
5. Skauge M, Borchgrevink PC, Kaasa S. Pasienter med kreftrelaterte og andre kroniske smerter. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 473-7.
6. Engeland A, Haldorsen T, Tretli S, Hakulinen T, Hörte LG, Luostarinen T et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010. A collaborative study of the five Nordic Cancer Registries. APMIS 1993; 101 (suppl 38).
7. Engeland A, Haldorsen T, Tretli S, Hakulinen T, Hörte LG, Luostarinen T et al. Prediction of cancer mortality in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010, on the basis of relative survival analysis. A collaborative study of the five Nordic Cancer Registries. APMIS 1995; 103 (suppl 49).
8. MacDonald N for the Canadian Committee on Palliative Care Education. The Canadian palliative care curriculum. Montreal: The Canadian Committee on Palliative Care Education, 1991.
9. The American Board of Internal Medicine. Caring for the dying. Identification and promotion of physician competency. Philadelphia, PA: The American Board of Internal Medicine, 1996.
10. Kaasa S, Kjørstad K, Kvinnsland S, Kvåle K, Nome O, Ottesen S et al. Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsetilsynet. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.

Publisert: 20. februar 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.