

Omsorg ved livets slutt eller aktiv dødshjelp?

Sammendrag

I de fleste europeiske land vil antallet personer over 65 år øke fra 15–20 % i dag til 30–40 % i år 2050. I samme tidsperiode vil antallet demente mer enn fordobles. Norge har flest sykehjemsplasser i forhold til befolkningen, mens de fleste europeiske land relativt sett har færre enn halvparten så mange. I Norge er antall pleiere per pasient i sykehus eller sykehjem mer enn dobbelt så høyt som i de fleste europeiske land.

Når fødselstallene de kommende år synker, og kvinner i økende grad søker engasjement i arbeidsliv og likestilling, vil de svakeste gamle i Europa gå en dystre siste levetid i møte. Allerede i dag er unødige tvangstiltak og brudd på menneskerettigheter innenfor eldreomsorgen vanlig.

Tilbud om eutanasi eller lindrende omsorg er to motpoler i dødspleien. Dersom vi ønsker å gi fremtidens gamle en verdig siste levetid, kreves en betydelig styrking av geriatri og sykehjemsmedisin samt et sterkt medisinsk og etisk engasjement fra legene.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Stein Husebø

sthusebo@c2i.net
 Institutt for interdisiplinær forskning og utdanning
 Universitetet Klagenfurt/Wien
 og
 Bergen Røde Kors Sykehjem
 5035 Bergen

Bettina Sandgathe Husebø

Institutt for samfunnsmedisinske fag
 Universitetet i Bergen
 og
 Kompetansesenter i lindrende behandling,
 Helse Vest
 og
 Bergen Røde Kors Sykehjem

For 150 år siden var gjennomsnittlig levealder i Europa knapt 50 år. Nærmere 50 % av befolkningen døde før de var 20 år. I dag kan de fleste av oss forvente å bli 80 år eller mer, og mortaliteten for barn og ungdom er mindre enn 2 % (1). Frem til år 2050 anslås det at antallet personer over 65 år i Europa vil øke med 64 %, antallet over 80 år med 100 %, og antallet 90- og 100-åringer vil mer enn tidobles. Befolkningstallet vil stagnere eller reduseres de neste 50 år. De mest dramatiske prognosene finner vi i Sør- og Øst-Europa, hvor befolkningsreduksjonen kan nå 15–50 %. De største endringene vil finne sted etter 2020 (2).

Yrkesaktiviteten for personer mellom 55 og 65 år er høyest på Island (91 %) og i Norge (83 %). Andre land har langt færre eldre i arbeid, f.eks. har Tyskland 43 % og Østerrike 34 %. I 1950 var det sju arbeidstakere i Norge per pensjonist, i dag er det 4,4 og i 2050 vil det være 2,5. Samtidig vil årene som pensjonist nærmere fordobles (2).

Norge har Europas høyeste andel av sykehjemsplasser i forhold til innbyggertallet (ca. 1 %). I store deler av Europa er sykehjemsdekningen langt under halvparten. I Sør- og Øst-Europa eksisterer det knapt pleieinstitusjoner. De demente utgjør 70–80 % av pasientene på pleieinstitusjoner. Antallet demente i befolkningen antas å stige fra 2 % i dag til 4 % i 2050 (3). I Norge er antall pleiere per pasient i sykehus og i sykehjem mer enn dobbelt så høyt som for eksempel i Tyskland, mens andelen av nasjonalbudsjettet som benyttes til helsetjenester er nokså likt (4). Hovedårsaken er at andre land har et betydelig høyere antall sykehussenger enn Norge.

Liv og død – før og nå

I tidligere tider var fødsel og død en del av livet, og fant med få unntak sted i hjemmet. I de urbane delene av Europa dør nå 80–90 % i institusjon, i hovedsak sykehus. Ofte blir de døende behandlet som om døden ikke eksisterer. I tidligere tider hadde alle familier erfaringer med døende familiemedlemmer i hjemmet. Dagens barn opplever tallrike dødsfall, men det er dramatiske dødsfall presentert i mediene. Knapt noen av dem opplever at døende besteforeldre får omsorg og pleie i hjemmet. Svært få barn er integrert i dødspleien på institusjon. Av alle samfunnsendringer i Europa det siste århundret er dette kanskje den viktigste. Den nære, allmenne konfrontasjonen med døden har i alle tider vært den store drivkraften for utvikling av samfunnsstruktur, religion, livssyn, filosofi, kunst og kultur. Debatten om aktiv dødshjelp eller eutanasi har pågått i flere tusen år, men har i moderne tid fått nytt grunnlag.

I Nederland, Belgia, Sveits og den amerikanske delstaten Oregon er aktiv dødshjelp legalisert, og flere land antas å følge de neste år. Ca. 4 000 personer får aktiv dødshjelp hvert år i Nederland, 3 000 etter gjentatte oppfordringer og 1 000 uten at det foreligger oppfordring (5). Dette gjelder i hovedsak pasienter som på grunn av bevissthetstap ikke er i stand til å uttrykke sine ønsker, men som antas å ønske aktiv dødshjelp. Dersom alle europeiske land innfører samme praksis som i Nederland, vil dette innebære at 250 000 personer i Europa årlig vil få aktiv dødshjelp, herav 60 000 som ikke innstendig har oppfordret til det. Mange eldre og demente får i dag aktiv dødshjelp i Nederland (5).

På den annen side har lindrende behandling og omsorg ved livets slutt utviklet seg til en integrert del av helsevesenets tilbud (6). I dag er slike tilbud etablert i alle europeiske

Hovedbudskap

- Antallet eldre over 65 år vil fordobles i Europa de neste 50 år
- Aktiv dødshjelp kan av mange land oppfattes som et kostnadsbesparende tiltak innenfor eldreomsorgen
- Adekvat eldreomsorg vil i fremtiden kreve omorganisering av helsevesenets ressurser samt et sterkt medisinsk og etisk engasjement fra legene

land inkludert Norge, med tallrike hospice og palliative avdelinger. Dette fagmiljøet tar sterkt avstand fra legalisering av aktiv døds-hjelp (7, 8).

En god siste levetid?

Vi går mot en dramatisk endring av samfunnenes aldersstrukturer. I de fleste europeiske land, med unntak av Skandinavia, Storbritannia og Nederland, er helsevesenets innsats langt på vei ensidig rettet mot akuttmedisinske utfordringer. Behandling, pleie og omsorg av gamle, kronisk og alvorlig syke er en oppgave for familiene, i beste fall i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Tidligere var store barnekull en investering for en trygg alderdom. I Europa dør de store barnefamilieene ut. I vårt land sikrer man seg gjennom pensjonspoeng og organisering av sykehjemsplasser. Men også vi må erkjenne at pensjonene knapt vil kunne finansieres og at sykehjemsplassene ikke vil dekke behovet. I de fleste europeiske land vil situasjonen bli langt mer dramatisk. Mange gamle vil i sin siste levetid verken ha hjem eller pårørende som kan gi dem den nødvendige omsorg. Tilbud om plasser på eldreinstitusjoner og sykehjem vil kun dekke brokdeler av behovet.

Den medisinske innsatsen for å holde liv i døende pasienter er et paradoks. En indikator er bruk av ernæringssonder (9). I mange europeiske land får 10–30 % av pasientene på pleieinstitusjoner, i hovedsak demente, innlagt slike, mens dette er tilfellet for mindre enn 1 % av sykehjemspasientene i Bergen (10). Begrunnelsen for bruk av ernæringssonde i Europa er ofte at personalressursene er så mangelfulle at de ikke har tid til å mate pasientene. En annen indikator er sedering av urolige, gamle pasienter med atferdsutfordringer som følge av manglende personalressurser. Bruk av andre tvangsmidler som remmer, gitter, bleier til inkontinente pasienter, innesperring eller neddoping er mer regel enn unntak i mange land (6).

I Europa vil mer enn halvparten av de døende være 80 år eller mer. Det store flertall av oss vil i våre siste levemåneder ha omfattende behov for adekvat medisinsk behandling, omsorg og pleie. Har vi utsikter til å få det? I vårt land er vi privilegert, fordi eldreomsorg i teori og praksis står på dagsorden.

I de fleste europeiske land er det langt mer dystert, og omsorg for de svakeste gamle er et tema som nærmest er fraværende i samfunnsdebatten. Uten betydelige endringer må Europas gamle forvente at deres siste levetid blir preget av fravær av adekvat omsorg, pleie og behandling, og med eutanasi som et reelt alternativ (6, 11, 12).

Kun få leger bestrider at vi møter pasienter med så omfattende lidelser at døden må anses som en befrielse. Hovedutfordringen ved legalisering av eutanasi er faren for misbruk. Mange gamle vil, når de møter sviktende helse, omsorgssvikt, ensomhet, isolasjon, smerte eller fravær av pårørende, oppleve at de er til byrde. De kan kjenne seg forpliktet til å ta imot samfunnets tilbud om en rask og smertefri død. De aktuelle data fra Nederland tyder på at dette er en reell problemstilling (13).

Utvikle palliativ medisin

Hvis gamle med smerter og lidelser blir møtt med kompetent lindrende behandling, fatter de gjerne nytt håp om å kunne leve et godt liv til de dør. Men så langt omfatter dette tilbudet i hovedsak kreftpasienter som er yngre enn 70 år, det vil si mindre enn 5 % av de døende. Skal lindrende behandling være et reelt alternativ til legalisering av aktiv døds-hjelp, må det være et tilbud til *alle* alvorlig syke og døende, uavhengig av diagnose, alder eller oppholdssted. Dette vil kreve forbedret innsats i forhold til undervisning og etterutdanning samt en omfordeling av ressurser fra akuttmedisin til omsorgsmedisin (6).

Oppgaver for fremtiden

Det første spørsmål et samfunn må stille seg, er hvordan vi tar vare på de svakeste. Den klart største gruppen svake i de europeiske samfunn er de alvorlig syke og hjelpetrengende gamle. I store deler av Europa gir sykehusesne livsforlengende behandling til døende gamle som kun bidrar til forlengelse av deres kvalfulle dødsprosess. Kostnadene for denne praksisen er betydelige, både for pasientene, de pårørende og samfunnet (14). Disse midlene bør omfordeles til en god eldreomsorg.

I Nederland er det etablert en egen spesialitet for sykehjemsmedisin. Ca. 1 200 leger

har ervervet denne spesialiteten. I Norge har vi ca. 90 spesialister i geriatri. Det er i Europa og Norge svært vanskelig å rekruttere leger til arbeid på sykehjem, fremfor alt på grunn av mangelfullt fagmiljø, mangelfulle arbeidsbetingelser og muligheter til fagutvikling (15). I Norge er det tiltakende enighet om styrking av fagfeltet geriatri, samtidig som det planlegges en spesialitet i sykehjemsmedisin med bakgrunn fra allmennmedisin eller annen relevant spesialitet, og med sykehjemspraksis som tellende tjeneste til spesialiteten. En slik satsing er nå sterkt påkrevd.

Litteratur

1. United Nations Common Database. United Nations Population Information Network. www.un.org/esa/socdev/ageing (3.2.2005).
2. Østby L. Den norske eldrebølgen: Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli. *Samfunnsspeilet* 2004; 1: 2–17.
3. Engedal K. The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 565–70.
4. World Bank Group. Data and Statistics. World Development Indicators 2004. www.worldbank.org/data (3.2.2005).
5. Haverkate I, Onwuteaka-Philipsen BO, van der Heide A et al. Refused and granted requests for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire. *BMJ* 2000; 321: 865–6.
6. Husebø S. Helfen am Ende des Lebens. I: Grone-meyer R, red. Palliative care in Europa. Wuppertal: Hospiz-Verlag, 2004: 10–5.
7. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliat Med* 2003; 17: 97–101.
8. Materstvedt LJ, Førde R. Intens debatt om eutanasi innen europeisk palliativ medisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2735–7.
9. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282: 1365–70.
10. Husebø BS, Husebø S. Etske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2926–7.
11. Huxtable R, Campbell AV. Palliative care and the euthanasia debate: recent developments. *Palliat Med* 2003; 17: 94–6.
12. Husebø S. Euthanasia. I: Sohn W, Zenz M, red. Euthanasia in Europe. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2001: 161–9.
13. Haverkate I, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A et al. Refused and granted requests for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire. *BMJ* 2000; 321: 865–6.
14. Schirrmacher F. Das Methusalem-Komplott. München: Karl Blessing Verlag, 2004: 124.
15. Den norske lægeforening. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.