



GJESTEREDAKTØR:
Liv Wergeland Sørbye

Memento Mori

Memento mori er en latinsk frase som kan oversettes med «husk døden» eller «husk, du skal dø». Vi blir stadig minnet om at vår livslengde er begrenset. De unge kan dø, de gamle skal dø. De fleste sykepleiere har en formening om hvordan en god død skal være. Pasienten skal sovne rolig inn uten plagsomme symptomer, og pårørende og/eller en pleier skal være til stede. Videre mener sykepleiere at dersom dødsfallet er forventet skal pasient og pårørende være informert. Ansvarlig lege skal drøfte med de pårørende om pasienten skal ha lindrende eller livsforlengende behandling. Få sykepleiere ser betydningen av at den gamle får tilsvarende informasjon som de pårørende. Dette til tross for at selv pasienter med moderat til alvorlig kognitiv svikt kan ha en opplevelse av at døden er nært forestående.

Samhandlingsreformen forutsetter lindrende behandling til døende fortrinnsvis skal skje i kommunehelsetjenesten (1). De siste årene har antallet som dør i sykehjem gradvis økt. I dag er det en større andel som dør i sykehjem enn på sykehus (42% vs. 35%). Andel som dør hjemme har etter flere tiår med nedgang, stabilisert seg på ca. 15% (2). Media presenterer fra tid til annen reportasjer om døende pasienter som blir utskrevet fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

«Det er dårlig menneskebehandling å flytte en døende,» uttalte en lege til Aftenposten for noen måneder siden. Det er lett å være enig i at det kan virke umenneskelig å flytte en døende fra sykehuset til et sykehjem. Jeg husker imidlertid ikke liknende medieoppslag angående døende pasienter som blir overflyttet fra hjemmet til sykehus. Skulle ikke dette

opprøre oss like mye, spesielt om pasientene har gitt uttrykk for at de ønsket å dø hjemme?

Rammene for en verdig død blir imidlertid styrt av organisatoriske og økonomiske forhold. Slik har det alltid vært (3-4). Alvorlig sykdom og død er godt stoff i media og enkeltpasienter står fram og vi blir engasjert. Likevel kan vi ikke organisere omsorg for døende på grunnlag av enkeltskjebner. I dette temanummeret om døden presenteres forskning og fagutvikling som omhandler døden.

Sykehjem: I artikkelen som begynner på side 10 i dette bladet, beskriver Inger-Lise Wille og Signe Nyrønning et kvalitetsutviklingsprosjekt der en utarbeidet en standard for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem (5). Ansatte fra sykehjem og en palliativ enhet deltok. De erfarte at å innføre kvalitetskrav i seg selv ikke var tilstrekkelig for å høyne kvaliteten på omsorgen til døende. Det måtte også legges til rette for kompetanseheving og muligheter for kontinuerlig faglig oppdatering.

Sykehus: Simen Steindal deler i sin artikkel erfaringer fra sitt doktorgradsarbeid (6). Han belyser sykepleiefaglige utfordringer i møte med eldre døende. Pustebesvær, feber, smerter og slim i luftveiene forekommer hyppig hos pasienter over 75 år som dør i sykehus. Han bruker kasuistikker for å dele pårørendes opplevelse av omsorg for døende pasienter i sykehus (7).

Hjemmedød: Ellen Grov legger i sin artikkel vekt på at forutsetninger for en verdig død i hjemmet er å skape trygge rammer for pasienten (8). De pårørende skal ha en forutsigbar situasjon og funksjon. De

trenger opplæring i medikamenthåndtering og grunnleggende sykepleie. De trenger støtte til å bevare en god relasjon til en person som har ulike symptomer og plager. Artikkelen finner du på side 26.

«**Memento mori**» er en påminnelse til oss som arbeider med eldre pasienter. Det er vårt ansvar å kvalitetssikre og evaluere lover og offentlige retningslinjer. Vi må sette standarder ut fra erfaringsbasert kunnskap. En bør vurdere om det er rimelig at 20% av sykehjempasienter som er blitt akuttinnlagt i sykehus blir returnert til sykehjemmet og dør der innen tre dager. Er det realistisk at 10% av dem som dør i sykehus og 15% av dem som dør i sykehjem dør alene?

Mange omsorgspersoner erfarer at det å være sammen med døende pasienter og deres pårørende ofte bidrar til faglig og personlig utvikling. Etter hvert dødsfall kan det være nyttig å ha en samtale om den omsorgen som ble gitt. En bør drøfte hva som fungerte bra og hva som kunne vært gjort annerledes. Ofte husker en negative situasjoner bedre enn de positive.

Det vil alltid være mulighet for å gjøre den lindrende behandlingen enda bedre. Den dagen en som fagperson ikke blir berørt av et dødsfall, er tiden inne til å skifte arbeidssted.

Liv Wergeland Sørbye

GJESTEREDAKTØR

Referanser:

1. St.meld.nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Statistisk sentralbyrå. Dødssted. http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?2010
3. NOU 1984:30 Pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
4. NOU 1999:2. Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?id=141460>. PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilsid=selectvarval/define.asp&Tabellid=03297
5. Wille I-L, Nyrønning S. Å skape standard for palliativ omsorg i sykehjem. Geriatrik Sykepleie 2012; 4(3):Side 10-17.
6. Steindal SA, Ranhoff AH, Bredal IS, Sørbye LW, Lerdal A. Last 3 days of life in the hospital: a comparison of symptoms, signs and treatments in the young old and the oldest old patients using the Resident Assessment Instrument
7. Steindal S. Eldre pasienters siste levedager i sykehus. Geriatrik Sykepleie 2012; 4(3):Side 18-25.
8. Grov EK. Hjemmet som lindrende enhet for gamle døende. Geriatrik Sykepleie 2012; 4(3): Side 26-33.