

Utposten

8 2020
ÅRGANG 49

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNN



TEMA

**Livets
avslutning**

INNHold

1 LEDER: Å leve inn mot en verdig død
Inga Marthe Grønseth

2 Liv og død i startgropa av legelivet
Kari Thori Kogstad

4 Helsevesenet tar og gir
Torgeir Hoff Skavøy

6 Ein familie på fire
Jan Magne Remøy

9 Romjulsvakt
Therese Renaa

10 Verdien av moai
Helen Brandstorp

12 NOVELLE: Oppdrift
Kristina Riis Iden

14 Verdien av å sitte i en krok
Marte Kvittum Tangen

16 Da våren dro
Marit Tuv

18 Døende trenger også fastlegen sin
Tom Ole Øren

20 Appelsintrærne i Valencia
Kristian Jansen

22 Død pasient i akuttmottak
Stéfan Hjörleifsson

24 'Håpet tar de aldri fra oss!'
Anne Mathilde Hanstad

26 Når en av oss dør...
Bjarte Sørensen

30 Dette er vår oppgave
Gunnar Ramstad

FOTO FORSIDE OG
2., 3. OG 4. OMSLAGSSIDE:
Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:
Morten Hernæs, 07

REPRO OG TRYKK:
07

07



TRYKT
I NORGE

NO - 1470



Å leve inn mot en verdig død

Året 2020 kom med utfordringer som ingen kunne forutse. Pandemien har snudd tilværelsen opp ned og vekket til live eksistensielle problemstillinger både hos oss og pasientene. Noen har naturlig nok opplevd at angst for sykdom og død har blitt forsterket i denne vanskelige tiden. På kontoret har de fleste av oss hatt lange samtaler med pasienter om livets og kroppens skjøre balanse.

Som fastleger får vi ta følge med våre pasienter gjennom store deler av livet, også inn i døden. De som opplever at terminal sykdom blir en realitet bør kunne komme til oss som kjenner dem best. Den tryggheten vi bidrar med kan gi rom til å leve best mulig og senere dø hjemme slik mange ønsker.

Hvert menneske og hvert liv er unikt, og sjelden kommer bekymringer, verdier og følelser så tydelig til uttrykk som når vi eller noen vi er glade i går inn i livets høst. Å balansere mellom verdighet, nærhet, faglighet og egne verdier i denne fasen krever en trygg og reflektert lege.

I møtet med døden hos en nær pasient konfronteres også legen med sin sårbar-

het, og følelsene dette bringer fram kan bli så sterke at de hindrer oss i oppgaven vår. Det åndelige og eksistensielle er krevende. Kanskje er det for noen leger lettere å fokusere på det praktiske ved døden, som hjelpemidler og smertelindring? Mange spørsmål er særlig utfordrende: Hvordan kan og bør vi være der for foreldre og søsken når barn dør, og hvordan møter vi pasienten som ønsker å dø?

Ved å reflektere over, lytte til og lese om pasienters ønsker og erfaringer kan vi som leger bidra til at flere terminale pasienter får leve godt inn mot en verdig død. I dette nummeret har vi invitert kolleger til å dele sine opplevelser og tanker rundt døden. Med det håper vi å bidra til trygghet i legerollen, men også fremkalle engasjement og kanskje en tåre hos deg som leser.

Vi i redaksjonen ønsker deg med dette julenummeret en rolig og fredfull avslutning på et utfordrende år. Som kollegium går vi styrket inn i det neste.

INGA MARTHE GRØNSETH

Å elske er å lære å dø

Der dagen i oss
eier himmelen til lysets bunn
der er vår seng et alter
hvor vi går ut og inn av hver vår død.

Der våren i oss
eier årstidene til himmelens bunn
der funkler et mørke i blodets rus
Hvert mørke
én natt dypere enn natten

Å dø er å lære seg å elske

STEIN MEHREN



Liv og død i startgropa av legelivet

■ KARI THORI KOGSTAD

Fastlege, Gjerdrum legesenter

Den gang da distriktsturnus sto for tur for snart et sølvbryllup sia, sa mannen min «nå må du dra alene. Vi har fulgt etter deg lenge nå, her har vi et nettverk. Du drar og helgependler hit til oss.» Han hadde rett. Vi hadde to barn som var under tre år, født i løpet av knappe to år, og vi hadde bodd tre ulike steder i landet i samme periode.

Det var like mange mil til distriktsturnustedet som det har gått år nå, og jeg har fulgt mange mennesker ut av livet etter dette. Både har livet som tilsynslege i nesten to tiår og pasienter som har ønsket å dø hjemme med oppfølging fra fastlegen vært min veg. Det er likevel møtet med livet og døden i turnus som står igjen som det jeg får lyst til å dele med *Utpostens* lesere.

Møtet mitt med allmennmedisin var overveldende. Så mange pasienter, så mange vakter, så mange mil å kjøre på ukjente veger og så mange problemstillinger. Jeg husker jeg tenkte mange ganger om dagen «ja jeg hører hva du sier, men hvorfor forteller du meg dette? Hva tror du lille meg kan gjøre med dette voksne problemet?» Jeg hadde aldri sett for meg et liv i allmennpraksis, for jeg var helt sikker på at jeg ikke ville være alene. To ting reddet meg. Veilederen min var en erfaren og veldig travel lege, men responderte alltid når jeg banket på med «Jada, jeg har tid. Jeg har aldri bedre tid enn akkurat nå.»

Det andre som reddet meg var stedets ambulansearbeider som hadde gjort det til en vane å bli kjent med turnuslegen som kom ved å invitere denne mer eller mindre bortkomne personen hjem til sitt hus. Der satt kone og tre barn i barnehage- og barne-skolealder klare rundt middagsbordet. Han bød på familielivet sitt, og det var akkurat

det jeg var helt abstinert på, og jeg tok imot med åpne armer og sulten mage.

I starten av den aller første legevakta mi der jeg var sikker på at barna med fremmedlegeme i lufttrøret sto i kø, foreslo ambulansearbeideren som også var på vakt, at vi skulle ta en kaffe. Det gjorde vi, men etter få minutter var det alarmoppkalling og utrykning til trafikkulykke. Vi dro dit sammen, og hans ro smittet over på meg. Det viste seg å være et suicidforsøk som ambulansen og jeg håndterte sammen. Skuldrene mine sank ned og nådde aldri etter dette høydene de hadde første vakt igjen.

Det ble flere middager og hyggelige kvelder hos ambulansearbeideren. Den friske, spreke kona hans, som også var en solid støtte i lokalsamfunnet, ble utover høsten hanglete og hostete, noe som jo ikke var eller er uvanlig på den tida av året. Hun gikk ikke hos meg, men jeg så henne på legekontoret et par ganger. Jeg var likevel helt uforberedt da ambulansearbeideren ringte meg og fortalte han var på veg til sykehuset med kona for «hun var så tufs og lav i blodtrykket.» Hun ble så fløyet videre fra lokalsykehuset til Rikshospitalet der hun døde etter få timer.

Jeg ringte Rikshospitalet like etter, på oppdrag fra mannen, for å høre hva som hadde skjedd. Jeg husker veldig godt legen i andre enden av røret sa: «Vi er også sjokkerte. Hun døde i armene våre. Vi håpet på det skulle komme inn et friskt hjerte i tide, men det gjorde det ikke.» Et antakelig banalt luftvegsvirus hos en frisk ung person hadde gitt en dødelig pumpevikt.

Smerten var grådig og uten grenser.

Ingen ord dekket tapet.

Unger uten mor.

En mann uten livsledsager og uten sin medsammensvorne i omsorgen for ungene.

Tak og vegger i huset var borte.

Men naboer og kjente kom til huset. Uten så mange ord.

Golv et holdt.

Lokalsamfunnet sluttet opp om familien.

Jeg hadde vært nær og ble enda nærmere.

Jeg fikk være der. I familien.

Bake pepperkaker, passe ungene.

Men aller mest være der.

Og dagene fulgte etter hverandre.

Langsomt begynte alle å virke igjen.

Dette er ikke først og fremst historien om legen som **ga** omsorg.

Det er historien om legen som **fikk** omsorg, og som med den plutselige døden som bakteppe, fikk gi noe tilbake. Dette ble min mest meningsfulle gjerning i turnus.

Og det er historien om at livet i allmennpraksis ikke er å være alene. I livet og i døden er vi sammen i lokalsamfunnet – hvis vi vil.

Men først og fremst er det historien om å ikke spare på vennlighet og inkludering.

Om å dele det en har også med en ukjent som så kan bli en kjent.

Vi kjenner ikke morgendagen, men å være et godt medmenneske i dag er aldri feil.

PS. Kanskje er det fordi jeg nå har rundet femti og har kjent at døden med det rykket et hakk nærmere, at jeg nylig tok kontakt med ambulansearbeideren igjen og omsider fikk takket for inkluderingen.

Det var et rørende møte etter et kvart hundre år.

Jeg har også fått tillatelse til å bruke historien.

Med ønske om ei riktig god jul

■ K-TKOGS@ONLINE.NO



Helsevesenet tar og gir

■ TORGEIR HOFF SKAVØY

Fastlege, Bønes legesenter

Mye kan gå galt her i livet. Murphys lov kan noen ganger treffe hardt. I helsevesenet kan dette gjøre vondt. Sporene kan bli dype og konsekvensene enorme. Liv kan gå til grunne. Ikke alltid fatalt, men livskvalitet og livet man lever rakner fullstendig.

Knut Andor opplevde dette. Han var pasient. En svær kar. Nesten to meter på strøpelesten. Alltid uklanderlig antrukket i dress. Leder. Var vant til å være sjef og ta kommandoen. Både i jobben og privat. Han hadde en dyp barytonstemme som alltid var rungende klar. Han var en klippe.

Tidlig en morgen skulle han gjennom et rutineinngrep. Vannet rant litt langsomt. Han måtte «stake opp systemet litt», sa han. LIS legen strevde litt denne morgenen, og etter åtte forsøk måtte den erfarne anestesilegen legge inn spinalbedøvelsen på sitt første forsøk. Senere viste det seg at åtte forsøk på feil plass hadde skadet det som kunne skades. Lammelsen var komplett. På alle måter. Knut Andor var lammet både i handling og funksjon, sistnevnte fra livet og ned. Førstnevnte bare i livet.

Fallet er dramatisk og tar aldri slutt – eller det tar slutt, til slutt. Man blir avhengig av hjelp fra et system man hater og klandrer for alt som er galt. Det er lov å bli forbannet og bitter. Knut Andor ble det, men på en forståelig måte. Klippen var blitt en miniatyr av Sinнатaggen, bare sitende.

I årene som fulgte utviklet jeg og Knut Andor et godt forhold. Som fastlege fulgte jeg ham tett. Vi hadde mange samtaler. Han åpnet seg og gråt. Den store mannen, som var det stolteste man kan tenke seg, gråt. Noen ganger rant det mer fra øynene enn kateteret vi holdt på å skifte. Andre

ganger kom det når vi reviderte trykksåret. Ofte kom de gode øyeblikkene når de var minst ventet. Og langt fra planlagt. Han kunne fortelle hvor nedverdiggende mye kunne være. Hvor liten han kunne være enkelte ganger når hjemmesykepleien kom, hvor stor betydning små ting kunne ha, hvor lett det var å føle hvordan helsepersonellet egentlig var. Hvor viktig det var å bli sett for mer enn bare å være en pasient.

Konen til Knut Andor, Berit eller Bitten som han kalte henne, var et fantastisk menneske. Hun var den typen bestemor som alle ønsker seg. Den som er så koselig og du aldri vil gi slipp på. Liten av vekst og nesten som en teskjejerring i forhold til mannens lengde. Hun fulgte Knut Andor i tykt og tynt til alle avtalene. Ordnet resepter og utstyr. Hadde full kontroll. Knut Andor var uendelig glad i Berit, og hadde alltid vært det. Han var den typen som viste det også. Uansett hvor sint han var, ble han fløyelsmyk i stemmen når han snakket om Berit. Sinterynken glattet seg finere enn med den dyreste botoxen. Knut og Berit hadde det godt før fadesen, men ikke så verst etter heller.

Etter flere år begynte inaktivitet og alder å innhente Knut Andor. Sykehusinnleggelsene ble hyppigere. Han ville aldri på sykehjem. Det var enten hjemme eller på sykehuset. Hvis han ville hjem før sykehuset ville, sa han stort sett; «ta det med fastlegen min, han fikser det dere måtte lure på.» Han hadde etter hvert en umåtelig tillit og takknemlighet til fastlegen sin, kanskje til hele fastlegekontoret. Han hadde opplevd at tillit kan gjenvinnes. Etter alle disse årene, hvor helsevesenet hadde tatt fra ham nesten alt, så hadde likevel deler av helse-

vesenet betydd mye. Klippen hadde fått et trygt grunnfjell i livet.

På det aller siste var kontakten med Knut Andor sjeldnere. Sykehusinnleggelsler ble trumfet med reinnleggelsler fortere enn pasientreiser klarte å få pasienten hjem. Til slutt slapp man opp på den intensive livsforlengende behandlingen. Livskvalitet ble viktigere. Jeg og Knut hadde igjen mer kontakt. Noen ganger hos meg og noen ganger hjemme hos ham og Berit. En dag ba han om et hjemmebesøk, var ikke noe spesielt som sto på, men ønsket oppfølging. Etter endt dag på kontoret tok jeg turen. Berit hadde for en gangs skyld reist på hytta med noen av barna. Vi fikk en god prat denne dagen også, men det slo meg at den var egentlig langt mer overflatisk enn jeg hadde tenkt. Jeg gjorde meg klar til å skulle gå, da Knut stoppet meg.

«Du må ta vare på Bitten for meg», sa han.

«Selvfølgelig skal jeg det», svarte jeg. «Er det noe spesielt du tenker på akkurat nå?» Han svarte at det ikke var det. «Jeg måtte bare si det», sa han.

To dager senere sovnet Knut stille inn. Jeg følte allerede på et økende ansvar, men savnet etter samtalene, som jeg hadde lirket sånn for å få frem, og som var blitt så gode, var merkbart. I årene etter minner jeg meg selv på mange av de tingene Knut Andor snakket om. Berit levde noen år til. Når det nærmet seg slutten for henne sa hun til meg at hun visste at jeg hadde fått oppgaven av Knut. Hun ville bare si at jeg hadde utført den med bravur. «Det å ha en fast lege disse årene har betydd alt for oss!»

■ TSKAVOY@GMAIL.COM



Ein familie på fire

■ JAN MAGNE REMØY

Fastlege, Herøy legesenter

Som fastlege i en relativt liten kommune, med betydeleg mangel på faste fastlegar og stort gjennomtrekk av vikarar, er heimedød noko som eg vert delaktig i fleire gongar i året. Pasientane høyrer helst til eiga liste. Men det er også tilfelle der situasjonen rundt er av en slik karakter, at det vert han gamle (les: mest erfarne) legen, som får/tek oppgåva. I mi kommune er vi heldige og har ein erfaren kreftkoordinator som tek ein stor del av ansvaret. Eg opplever at det er lett å samhandle med kreftkoordinatoren, og at heimebasert omsorg også er på tilbodssida når det gjeld personell, og at dei ikkje er redde for å bruke kompetansen dei har, eller tileigne seg meir kompetanse når det er naudsynt. Vi har god støtte i palliativt team ved lokalsjukehuset vårt, der det er både anestesilege og fleire sjukepleierar. Dei er alltid berre ein telefon unna. Dei var på tilbodssida, og kom også gjerne på heimebesøk om vi følte trong for det. Kommunen har også øyeblikkeleg-hjelp plass på sjukeheimen, som kan nyttast om ein ikkje får behandla tilfredsstillande i heimen – her får ein halde av ein plass, om ein ser at behovet for meir døgntinuerleg pleie kan verte aktuelt.

Det heimedødsfallet som har gjort mest inntrykk på meg siste året, er ein jamngamling – altså seint i 30-åra, som døde sommaren 2019, heime i eigen bustad. Eg kjente godt til han frå før, vi hadde vore aktive i fotballen ilag, og også møttest på familieferie i barndomen. Pasienten hadde fastlege, men dei var lite kjende. Eg var fastlege til øvrig familie, og det vart derfor ønska at eg skulle følge opp også pasienten, då eg uansett skulle følge opp familien seinare. Han var familiefar, gift og to barn i barnehage og tidleg skulealder, altså mange fellestrekk med min eigen situasjon. Over mange år hadde han hatt ein kronisk sjukdom, som i sjeldne tilfelle kunne utvikle seg til kreft, og som i hans tilfelle no hadde ført til metastatisk kreftsjukdom. På tross av fleire forsøk på cellegift, utvikla sjukdomen seg, tidvis raskt og tidvis noko seinare. Frå diagnositidspunktet til han døde,

gjekk det omlag to år. Han var svært optimistisk av natur, og på tross av den eine nedslåande beskjeden etter den andre, var han fast bestemt på å overvinne kreftsjukdomen. Han trenga seg oppatt fleire gongar etter sjukehusinnleggingar med cellegift, infeksjonar, neutropen feber og knallharde antibiotikakurar. Det var lite snakk om anna ende på sjukdomen enn at han skulle verte bra, sjølv om det var rikeleg med informasjon om dårleg effekt av cellegift, og at behandlinga kunne gjere meir skade enn gagn. Om han ikkje kjente på behovet, eller om det var ei forsvarsmekanisme, får vi aldri svaret på. Han hadde mange tilbod, både lokalt og på sjukehuset, men han ønskte ikkje prate om avslutninga. Han var tydeleg på at han ikkje ville ha fokus på døden, men fokus på å leve medan han levde.

Siste to månadene i sjukdomsforløpet, utvikla han mange og plagsomme symptom, men han klaga aldri. Turane til sjukehuset vart mange, og behovet for hjelp i heimen auka. Han fekk behov for opiat, noko som sløva han noko, gav mykje obstruksjonplagar og magesmerter. Han trengte sjukehusseng på stova. Han utvikla mykje ødem, ascites og pleuravæske. Det vart naudsynt med fleire tappingar av både ascites og pleuravæske, etterkvart fekk han inneliggande pleuradren, slik at vi kunne tappe lokalt.

På tross av alle plagene, klaga han ikkje, han var opptatt av å klare mest muleg sjølv, og gjekk sjølv til toalettet heilt til to dagar før han døde – då bad han sjølv om permanent kateter, noko han hadde hatt tilbod om siste 14 dagane. To dagar før han døde, gjekk han trappa til andre etasje sjølv.

Vår kontakt starta sporadisk og var då mest av praktisk karakter. NAV, forsikring, taxibestilling, koordinering og løysing av konkrete helseutfordringar som dukka opp etterkvart som sjukdomen utvikla seg. Frekvensen på kontakta auka etterkvart, mykje av informasjonen gjekk via kreftkoordinator, men han og familia hadde

også tilgang på mitt private mobilnummer. Siste to månadene før døden inntraff, var nok kontakta dagleg. Han hadde åpen retur til kirurgisk avdeling, og det var daglege vurderingar, gjerne ilag med kreftkoordinator, eller saman med heimebasert omsorg, på om han var trengande for innlegging, eller om ein skulle auke vassdrivande, prøve støttestrømper, justere på smertelindringa, kvalmestillande, og etterkvart også behovet for beroligande, da søvnen etterkvart vart vanskeleg å finne.

Pasienten si fantastiske kone, som stilte opp, var råsterk, tok vare på barna, i tillegg til at ho tok seg av medisineringsa så lenge denne var peroral, gjorde ein enorm innsats. Det var viktig å ivareta henne opp i denne ekstreme situasjonen. Dei to barna hadde tilbod om oppfølging av helsestasjonen, men familia følte dei hadde lite behov for dette – men brukte helsesjukepleiar som ressurs innmot både skule og barnehage. Barna budde heime i heile sjukeforløpet, og samspelet i heimen, som ein kom svært nært innpå, var fint. Det vart då sjølv sagt naturleg å kommunisere noko med dei når dei var heime.

Siste veka av sjukeleiet såg ein nok at mengda sand i timeglasset var i ferd med å gå mot null. Vår kontakt auka, behovet for samtaler med kreftkoordinator og heimesjukepleier vart dagleg og fleire gongar per dag. Alt fra praktisk bistand kring bestilling av reseptbelagt utstyr/medisin, til klinisk vurdering av pasienten og vurdering av innhald i smertepumpe. Det var daglege sjukebesøk. Som fortalt over, var pasienten klar og orientert heilt til siste kvelden før han døde. Han var aktiv i samtalar, hadde meiningar, var klar på at han ville klare mest muleg sjølv. Som følge av smerter, auka ein opp opiatmengda dagen før han døde. Dette vart gitt i smertepumpe. Seint på kvelden har pasienten site på sengekanten og kommunisert med familien, då han relativt fort endrar seg og sovnar. Han vaknar ikkje til att. Eg vert kontakta av heimebasert omsorg, som reiser spørsmål om han kan vere overdosert på medisi-

nar, og vi einast om å skru av smertepum-
pa gjennom natta, og at eg vil ta tilsyn
neste dag, sjølv om det er i helga. Når eg
kjem på besøk, er han ikkje kontaktbar,
men pustar fint og ligg fredeleg i senga,
med foreldre og søsken i kring seg. For å
prøve å halde ein «normal» kvardag er bar-
na på planlagde fritidsaktivitetar. Vi sam-
snakkar, har ein god samtale, der heime-
basert, eg og familien er tilstades. Vi finn
ikkje behov for å starte smertepumpa att
og snakkar om at vi forventer at livet ebbar
ut iløpet av eit par dagar. Eg køyrer heim,
det er omlag ein tolv minutt lang køyretur.

Ti minutt ut i denne får eg telefon om at
døden har inntruffe. Eg snur bilen og retur-
nerer til pasienten sin bustad – ti lange mi-
nutt i bil, der ein prøver å finne ut kva ein
skal sei, kva skal ein gjer. Rekk å tenke my-
kje på familien på fire, som no er redusert
til tre. Ungane som manglar ein far. Kona
som manglar ein ektemann. Foreldra som
manglar ein son. Lurer på om eg klarer å
halde røysta klar, eller om følelsane vert
for sterke. Familien og to fra heimebasert
omsorg er tilstades. Stemninga er roleg og
trist, men også fin. Eg kondolerer og gir
klem til dei eg kjenner best.

Mi erfaring gjennom tolv år i allmenn-
praksis, er at heimedød er ein fin prosess å
få ta del i, der ein kjem tett innpå familiar
når dei er på sitt mest sårbare. Ein får man-
ge gode samtalar, og ein ser kor ulik dyna-
mikken i forskjellige familiar kan vere,
men også kor mange vegar som kan føre
til gode resultat. Med gode samarbeidspart-
nerar treng heller ikkje heimedød vere
skummelt og problematisk for oss som
kjem tett på. Vi får dele ansvar og vert tryg-
ga på dei vanskelege vala.

■ JANMREM@GMAIL.COM



Romjulsvakt

■ THERESE RENAA

Fastlege, Otta legekantor

Dette skjedde i de dager da man kjørte 48 timers vakt, kun utstyrt med lege koffert og en vaktradio på størrelse med en melkekartong.

Som den sist ansatte var jeg velsignet med romjulsvakt. Etter en kort, men inspirerende tale om hvilke farer som ventet den som brøt taushetsplikten, adlet jeg samboeren til helsepersonell med reflekshammeren. Kort tid etter var han rekruttert som legevaktassistent og sjåfør.

Alarmen gikk i skumringen. En kjenning med stort, men dårlig hjerte hadde fått brystmerter under et juleselskap. Vi kastet oss i bilen og startet turen over åsen. Det snødde tett, og veien var bratt og svingete både oppover og nedover. Ambulansen var på plass da vi kom, pasienten våken og stabilisert. Jeg krotet ned noen raske ord på baksiden av EKG strimmelen, mens ambulansegutta lastet pasienten inn i bilen. Det fikk holde som innleggelsesskriv – EKG'et fortalte resten. Midt i avskjeden der tre generasjoner vinket gråtkvalte farvel gikk alarmen på ny. En mann var funnet livløs – i andre ende av vaktområdet.

Det bar av gårde i full fart, nå på asfaltert og nybrøytet vei. Sjåføren hadde ambisjoner om å beholde førerkortet, men adrenalin bruste. «Klampen i bønn!» Heldigvis var det lite trafikk på hovedveien. Det var middagstid, og folk flest var opptatt med annet.

Siden dette var i gamle dager hadde vi verken GPS eller google maps. AMK kunne veilede oss en bit på vei. Vi skulle oppover og bortover, og bortenfor det. Det hadde sluttet å snø, men veien snirklet seg bratt og dårlig brøytet oppover dalsida. Bak-hjulene slapp i hårnålssvingene mens snøen sprutet. Jeg klamret meg fast til mobiltelefonen mens jeg snakket med hjemmesykepleien for å få veibeskrivelse. Gatelysene var bak oss nede i dalbunnen, og kun lyset fra lyktene på bilen skar inn i mørket mellom de snøkledd grantrærne. Til slutt så vi blå blink som geleidet oss den siste biten ned til en liten tømmerstue.

Inne i den julepyntede stuen drev ambulanspersonellet med HLR, men ett blikk var nok til å se at de bare ventet på at jeg skulle komme for å avslutte. Broren sto i

kroken i fjøsklærne med felleskjøpscapsen i hendene. Det var gått over en time siden han hadde gått ut for å se til sauene til kvelden. Nesten en time siden han kom inn og fant broren livløs på gulvet. Snart en halv time siden ambulansen kom. Den magre kroppen viste ingen tegn til liv, pupillene lysstive, fingrene kalde. «Vi kjører en sløffe til – så gir vi oss.»

Store grove arbeidsnever, en sliten gammel kropp på kjøkkengulvet. Middagen på kjøkkenbenken. Respatexbordet dekket for to på en juleduk med nisser. «Kondolerer. Livet sto ikke til å redde.»

Hjemmesykepleieren fikk geleidet broren bort i sofaen. Skulle vi ringe begravesbyrået? Nei, det kunne vente til i morgen. Han skulle ligge i senga si i natt. Han ble båret inn på kammerset og lagt på et rent laken på senga. Jeg foldet de trøttele hendene over brystet hans, lukket øynene hans. Vi sto stille sammen ved senga.

Lukten av kaffe fylte stua. Ambulansepersonellet hadde funnet kaffekanna. God gammeldags kokekaffe i en spinkel kaffekopp med rosemønster. Smultringer i en treskål. Vi satt tett rundt stuebordet – pratet spredt og lavmælt rundt bordet i den spesielle stillheten som kommer etter et plutselig dødsfall.

Nattehimmelen var full av stjerner da vi dro hjem. Det var taust i bilen. Tankene gikk til to brødre som hadde delt livet, og til broren som nå skulle fortsette alene. Et kort øyeblikk i livet som forandret alt.

■ THERESERENAA@GMAIL.COM





Verdien av moai

■ HELEN BRANDSTORP

Leder for divisjon analyse og samfunn, Helsedirektoratet

Ifølge gammel samisk tenkning, kunne man dø to ganger. Biologisk og sosialt. Og det skjer så å si alltid i den rekkefølgen. Så lenge en person var joiket, var personen sosialt levende, har jeg hørt. Ettersom både slektingers joik og navn kan gå i arv, kan det gå rikelig med tid før en dør sosialt.

Men ikke alltid vil de strenger et menneske har spilt på klinge videre som gode gaver og minner. Mitt møte med taus død i ensomhet er nok den legeerfaringen som har rørt meg aller mest på dypet. Hvordan er det å mangle noen som gir deg livslyst og ikke ha noen som tar imot det du selv har å gi? Hvordan er det å ikke ha det som på samisk heter *moai* – «vi to»?

Møtet kom plutselig under en alminnelig dag på fastlegekontoret. Med vaktradioen plassert på skrivebordet, var det jeg som ble kalt ut for å syne en død person jeg ikke kjente fra før og aldri hadde hørt om.

Det viste seg å være et eldre kvinne som hadde bedøvet livets siste del i alkohol. Sannsynligvis syk og sliten hadde hun segnet om på sengen. Og ingen visste noe før inngangsdøren ble åpnet fordi det hadde hopet seg opp i postkassen utenfor.

Det var varmt der inne, og ut fra mumifisert hud og annet, var det nok gått noen dager. Sanseinntrykkende blandet seg med det at selve legegjerningen ble satt på prøve. Først mest faglig, rent rettsmedisinsk: Når inntraff egentlig døden? Den var jo ikke bevitnet av noen. Siden på et eksistensielt plan. Det var lite å gjøre for pasienten, i stedet ble spørsmålet hva jeg kan gjøre for å forhindre at dette blir skjebnen til flere.

Spørsmålet er med fremdeles. Den døde er heller ikke glemt. Hvordan familie og andre husker henne, vet jeg lite om. Kan-

skje hadde vedkommende selv lukket seg inne og holdt folk unna den siste tiden?

Denne erfaringen utfordrer hva jeg hadde og fremdeles har som fundament i livet; dette med å elske sin neste som seg selv. For hvem er min neste? Hvor går grensen? Hvordan prioritere egne krefter i det nære? Og hva med det mer fjerne – hvordan forvalter vi våre samfunnsstrukturer og -verdier?

Hippokrates krediteres for setningen vi gjerne bare bruker første del av: *Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*. Den kan oversettes med «For det første, gjør ikke skade, for det andre undersøk nøye og for det tredje, helbred.» Hvordan forebygge, oppdage og helbrede ensomhet?

Vel hjemme fra det uventede møtet med en vond død, kom tårene da jeg hadde lagt meg om kvelden. Jeg husker at jeg så på mannen min og tenkte på den døde. Hun hadde også elsket og blitt elsket i livet. Det visste jeg, men altså ikke mer. Hvor var kjærligheten i hjertet da det sluttet å slå? Hvordan føles det å være sosialt død, men biologisk levende?

Å møte døden uten kontakt med de nærmeste, har blitt en smertefull erfaring for flere enn kanskje nødvendig det siste året. Fortvilelsen til de pårørende som ikke har fått besøke sine kjære og innsatsen fra helsepersonell for å balansere ulike hensyn, er noen pandemiens mest krevende konsekvenser. Regler ble og blir praktisert litt forskjellig – på menneskelig vis – selv om intensjonen hele tiden har vært at døende skal få besøk og ingen skal dø alene på våre institusjoner.

Ensomheten utenfor institusjonene er nok vel så vond, men mindre omtalt og vel-

dig vanskelig å vite omfanget av. Allikevel er det et tema som berører – når vi tenker på det.

Vil koronahøsten gjøre oss bedre til å se hverandre og trigge oss til å handle på måter vi ikke har gjort før? Kan vi lære av andre samfunn eller se nærmere på vår egen kulturarv?

«Jeg er fordi vi er», er en kortversjon av det afrikanske *ubuntu*, vel verdt å slå opp og kikke litt nærmere på. I samisk språk finner man totalts pronomenet *moai*. Det kalles en dualis og kommer i tillegg til entall- og flertallspronomenene jeg og vi.

Man kan nok si at i småsamfunn som lever på marginene, får hvert sette menneske stor plass, og man har skikker som sikrer det. Relasjonene mellom mennesker også. Det sies at i distriktene er man sosialt konservative og ikke gjerne endrer slike strukturer, men er mer pragmatiske med hensyn til ny teknologi og arbeidspraksis. Mens det er omvendt i byene.

Hva så i vårt globaliserte gigasamfunn som kommuniserer stadig mer digitalt over avstand – både kort og lang? Hvordan ivaretar vi behov for nærhet, å bli sett og sett igjen, bli utfordret, bekreftet og akseptert hele livet?

Uansett form og farge på det man står i, er det bare mulig å begynne der man selv er. Akkurat nå, gjennom denne teksten har vi to vært et *moai* i noen minutter. Takk for at du leste. Jeg hører gjerne fra deg om du har tanker å dele. Verken joiken eller et *moai* kan vare evig, men vi bør alle gjøre vårt for å holde liv i en varm grunntone.

■ HELENBRA@HOTMAIL.COM



Oppdrift

■ KRISTINA RIIS IDEN

Fastlege, Vågsmyra Legesenter

– Hun er for ung, det er ikke slik det skal være, tenker jeg, idet jeg låser meg ut fra kontoret på vei til sykebesøket.

Varmen slår imot meg. April hadde vært råkald. Men så kom et værskifte i starten av mai, med shortsvær, lukten av nyslått gress og en lyseblå himmel som ikke ville bli mørk om kveldene.

– For en herlig tid, alle fridagene i mai og en sommer i vente, drømmer jeg om, der jeg kjører oppover dalen med bilvinduene åpne.

Oppe i åssiden ser jeg paraglidere som blir løftet opp av vinden for en luftig svevetur i det milde været. De er akkurat som svalene, som legger seg på oppdriften og lar seg drive med på en lang reise, helt fra Sør-Afrika til en sommer i Norge.

Jeg hadde sett alle tegnene nå, det kunne ikke være mange dager igjen.

– Bare hun fikk leve til etter konfirmasjonen, tenker jeg, da jeg parkerer utenfor huset.

– For hennes del. Nei, mest for konfirmantens del.

Jeg hører livlige stemmer fra stua i det jeg lukker døren bak meg på vei inn.

– La døra stå åpen, sier en.

– Det er så varmt, litt gjennomtrekk vil gjøre godt, kvitrer en annen.

Venner har kommet for å hjelpe til med organisering og pynting til den store festen. Jeg registrerer at det har blitt ommøblert i stua siden jeg var innom her for en dag siden.

Ett langbord står midt i rommet. Her skal konfirmanten, selskapets midtpunkt, tro-
ne.

På kjøkkenbenken står bordkortene som små tinnsoldater på geledd. Blankpussete lysestaker med lange stearinlys og lysegrønne servietter brettet i en flott vifteform står som seilbåter på et annet bord. Alle venter på å få anvist sin plass på festbordet.

Det er forventning i huset. Noe skal skje.

Hun ligger i sykesengen på et svalt og mørkt soverom med åpen dør. Derfra kan hun se inn i stua, hvis hun orker. For hun har ikke mye krefter igjen nå. Hun ligger for det meste og døser, men hører lydene av familien; stoler som blir flyttet på, klirring fra kjøkkenet, ytterdøra som går opp og igjen.

Gråt, sorg, fortvilelse – de vanskelige samtalene er bak henne nå.

Hun våkner når jeg kommer. Hun rister på hodet når jeg spør om hun er kvalm, om hun har smerter.

– Jeg er sliten, sier hun lavt. Veldig sliten.

Jeg ser på henne. Hun er svært avmagret, nesten gjennomskiktig.

– Det er ikke lenge igjen nå, tenker jeg, mens jeg forsiktig klemmer den senete, bleke hånden hennes.

– Jeg kommer igjen i morgen, sier jeg lavt. Men hun sover allerede med en svak, nesten umerkelig pust.

På vei mot ytterdøra, kikker jeg inn i stua.

Det er vakkert. De vårgrønne serviettene, de forseggjorte bordkortene, de funk-
lende lysestakene.

Jeg vil si noe.

Jeg burde si noe.

Men jeg finner ikke de riktige ordene.

Ved det lange spisebordet står vennene. De ser på meg og smiler.

– Så deilig vær det er, sier en.

– Helt som bestilt til den store dagen, legger en annen til.

De holder en lang, kritthvit, nystrøket duk i hver sin ende. De rister den forsiktig for å dandere den ordentlig på plass.

Fra den ene enden av bordet til den andre enden flagrer duken i buktende, bølgete bevegelser – akkurat som de runde, myke skyene på den ambrafargete himmelen ute.

Da ser jeg det!

Det er et likklede for den reiseklare.

Det svinger seg grasiøst blafrende, som om det la seg på en oppdrift som brått kom forbi ...

Så daler det hvite stoffet lønnlig ned på festbordet og blir igjen til en vakker, nystrøket damaskduk.

– Hun er for ung, det er ikke slik det skal være, tenker jeg og går ut i den lyse og lette maikvelden.

Kjære leser.

Denne novellen er en fabulerende syntese av mange sykebesøk. Jeg har fargelagt etter egen fantasi og respekt for mennesker jeg kanskje kunne ha møtt.

Jeg har derfor ikke spurt noen om tillatelse til å skrive novellen.

For alt er oppdiktet, bortsett fra duken som ble til likklede.

Det er helt sant!

■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM



Verdien av å sitte i en krok

■ MARTE KVITTUM TANGEN

Leder av Norsk forening for allmennmedisin

Noen ganger har det å gjøre ingenting størst verdi. En vinterkveld med snø i trærne, magisk månelys og stjerneskinns, mens jeg hektisk forsøkte å handle inn hele familiens julematvarebehov på Domus, ringte min mobil: «Marte, kan du komme nå? Jeg tror det nærmer seg slutten.»

Jeg kjente familien godt. En tragisk hendelse for noen år siden hadde skapt et bånd av forståelse og tillit. Pasienten kona ringte for oppsøkte meg noen måneder tidligere, han var gardbruker, veldig vital og i sin beste alder. Han var sterk både i sinn og kropp, senete muskulær og ganske fåmælt. Han hadde ingen meninger om helsevesenet, og hadde jeg spurt «Hva er viktig for deg?» ville han svart godt avlivningsvær og jakt, og mente vel i grunnen at helsevesenet var noe han ikke hadde behov for å forholde seg til. Hvis han ble utfordret ville han sikkert sagt at det er bra at vi har et lokalsykehus, men ellers var verken legedekning eller helsepolitikk viktig for ham.

Etter en tragisk hendelse i familien noen år tidligere måtte hans kone helt bokstavelig dra ham med inn på legekontoret til meg. Jeg hadde etter hendelsen veldig hyppig kontakt med kona, og etterhvert fikk jeg kanskje frem noe som kunne ligne på en samtaleterapeutisk time med innhold med ham. Etter dette var han svært sporadisk på timer for helt korte nødvendige besøk for førerkortfornyelse og slikt. Like før jakta den høsten kom han plutselig på time med en bekymring for formen. Journalnotatet ser ganske ryddig og opplagt ut,

men bak lå en krevende anamnese og utstrakt bruk av intuisjon. Notatet oppsummerte med kortpustethet, nattesvette, vekttap, fremmedlyder over høyre lunges midtlapp og behov for øyeblikkelig utredning med blodprøver og røntgen av lungene. Han hadde kreft med metastaser til lever og bekken.

Han endte raskt med videre undersøkelser på et Universitetssykehus, hvor de enkelt konkluderte med at han 53 år gammel måtte sykemeldes hundre prosent og aldri kunne gå tilbake til jobben som gardbruker. Det sto i epikrisen at pasienten forstår dette. Vi hadde mange lange samtaler på kontoret og på hans sengekant den høsten. Det ble ingen flere høstjakter for ham, og hans største håp var at noen overtok gården, og at han fikk oppleve en sommer til på sætra. I studietiden lærte vi å alltid være ærlige og realistiske, men å ta fra noen håpet erfarte jeg tidlig i fastlegelivet at var det verste man kan gjøre.

Det nest siste journalnotatet beskriver hvordan han ligger i senga hjemme, anemisk, tungpustet, med delvis lammelser i bena og ute av stand til å snu seg selv i senga. Han var totalt pleietrengende, men fast bestemt på ikke å skulle tilbringe en time til på sykehus. I senga hjemme var det fortsatt han som hadde styring, jeg og andre helsehjelpere var bare på besøk. Familien stilte opp og selvsagt forlot jeg handlevogna straks telefonen om at jeg var ønsket kom. Han var godt smertelinderet med «just in case», men gjenkjente meg straks.

Han visste at jeg visste hva hans verdier og hemmeligheter var. Familien opplevde ro og trygghet ved at jeg var til stede, og på en stol i et hjørne på soverommet satt jeg mens familien holdt ham i hånda og han pustet for siste gang.

Som ung lege trodde jeg at alle forventet at jeg skulle gjøre noe, gi en medisin eller starte en handling, for å vise at det var behov for min vurdering eller mitt sykebesøk. Noen ganger har tryggheten til å gjøre ingenting og erkjennelsen av at det å bare være til stede utgjør en forskjell, størst verdi.

Det har en betydning å kjenne forhistorien og vite hva som er viktig uten å måtte stille spørsmål som «Hva er viktig for deg?» Det er ikke lett for pasienten å starte på en beskrivelse av hva som er viktigst, og kjennskap til hendelser i familien og nærmiljøet over tid har stor betydning. Ingen kan tvinges til å fortsette i jobben for å bevare kontinuitet, men for hver enkelt fastlege som fortsetter med de samme pasientene har det uvurderlig verdi. Vi verdsetter det for lite. Magefølelse er ikke tilfeldig. Det var ikke medisinsk behov for meg hans siste time, men for familien var det trygt og viktig. Livet går videre, og familien opplevde dessverre nye vanskelige hendelser, og noen lykkelige. Verdien av å vite at noen vet får vi aldri fram i telling eller statistikk, men vi som er fastleger vet alle hvor uerstattelig dette er.

■ MARTEKT@FJELLNETT.NO



Da våren dro

■ MARIT TUV

Fastlege, Vang Legekontor

Høsten kommer på besøk en vårdag. Jeg tørker en tåre før jeg drar i sykebesøk. På veien kjøper jeg en bukett peoner og en boks blåbærsorbet. Vel framme får våren overtaket – blåbærtunger og barnelatter skyver høsten foran seg. De lyserosa knoppene plasseres på spisebordet.

Gjennom våren og sommeren er høsten fast passasjer i bilen, men heldigvis er den fintfølende nok til å la meg gå inn alene. Der inne er det uansett ikke rom for tungsinnet den bærer med seg. Kun nuet betyr noe for dem som skal leve videre når våren er omme.

Atter en gang gjør de plass ved middagsbordet mens huset fylles av krydder fra alle verdenshjørner. Storfamilien er samlet – og styrken deres holder liv i våren. Peonene slår ut i full blomst, og varme sommerdager løper lett av sted. Tradisjonene får feste, og nye opplevelser vever dem tett sammen.

På sensommeren blir dagene tyngre. Høsten kryper nærmere. Peonene er i ferd med å visne. Det er vondt nå. Tapperheten vi er vitne til mangler sidestykke. Situasjonen utfordrer oss som skal hjelpe. Sammen klarer vi likevel å holde høsten på en arm-lengdes avstand.

Varslet jeg har ventet på kommer mens det er mørkt. Den skarpe lufta vitner om alvoret jeg skal møte. Høsten har tatt seg til rette i natt. Det var som å skru av en bryter på et liv som bare brakte lys. Våren har dratt for alltid, og tomrommet blir ikke lett å fylle.

Den tyngste dagen ser jeg ikke klart. Alt det jeg har forsøkt å holde under kontroll de siste månedene skyller over meg med voldsom kraft. Det føles rett å være der og høre hornmusikken som var så kjær. Selv om det er høst i luften gjør tonene at våren kjennes nær.

■ MARITTUV@HOTMAIL.COM



Døende trenger også fastlegen sin

■ TOM OLE ØREN

Fastlege, Nøtterøy legesenter

Som fastleger sier vi ofte at vi følger pasientene våre «fra vugge til grav». Men gjør vi egentlig det? Er vi tilgjengelige for våre pasienter når livet ebber ut? Forskning viser at mange døende ønsker å få avslutte livet i trygge omgivelser hjemme med sine kjære rundt seg. Hjemmedød er ikke utbredt i Norge, faktisk er det ingen andre land i Europa som har lavere tall enn Norge. Kun seks til 15 prosent av befolkningen dør hjemme, mens ca. 59 prosent dør på sykehjem, og omtrent 35 prosent på sykehus.

Jeg tror at vi som jobber i primærhelsetjenesten kan legge bedre til rette for at folk kan dø hjemme. Mange planlegger å dø hjemme, men det viser seg altså at det er få som får muligheten. Det er først og fremst unge menn med kreft som dør hjemme. De som har hatt hjemmesykepleie over lang tid, har større sannsynlighet for å avslutte livet hjemme, kanskje fordi de føler seg trygge og har allerede et etablert behandlingsteam rundt seg?

Vi fastleger følger pasientene våre over lang tid, og vi har viktige kjerneoppgaver hvor vi diagnostiserer, utreder, behandler og koordinerer pasientenes helsetjenester. Vi representerer en viktig kontinuitet i mange pasienters liv.

Som fastlege har jeg dessverre ofte opplevd at jeg blir «koblet av» i pasientens siste levetid ved alvorlige diagnoser som for eksempel avansert kreft, alvorlig hjertesvikt, KOLS og diverse andre lungesykdommer. Da tar ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten over med anestesilege og sykepleier, i samarbeid med kommunens hjemmesykepleie, ev. kreftsykepleier og kommunens innsatsteam. Hvorfor blir det ofte slik at fastlegetjenesten ikke blir etterspurt?

Jeg tror mange fastleger kvier seg for vanskelig smertebehandling, WAP og smertepumpedosering er ukjente prosedyrer. Og når ingen etterspør fastlegen, er det ikke

helt enkelt å melde seg til tjeneste heller. Det er nok å gjøre i praksisene våre fra før.

Vi har som kjent en fastlegekrise i Norge, og det er godt kjent at fastlegene jobber mye. Diskusjon om at «bøtta er full» pågår for fullt og har eksistert i mange år. Jeg tenker vi må definere tydeligere hva som skal være en fastlegeoppgave, og hvilke oppgaver som eventuelt andre kan ta over – selv om vi egentlig ønsker oss flere fastleger og å beholde de fleste oppgavene. Vi må holde fast ved våre kjerneoppgaver, og det å følge pasienten i den siste krevende livsfasen mener jeg er en meningsfull og viktig oppgave. Døende trenger også fastlegen sin. Fastlegen kjenner pasienten godt, men også hele familien og flere andre pårørende, og kan dermed bidra med nærvær og trygghet.

Jeg har de siste årene opplevd å få følge noen av mine pasienter helt til det siste. Det er en takknemlig oppgave, som blir satt pris på av både den døende og nær familie. Ambulerende palliativt team fra spesialisthelsetjenesten er gode til å etterspørre deltagelse fra fastlege i vårt område. Vi arrangerer ofte tverrfaglig sykebesøk der vi lager gode og forutsigbare planer sammen med pasienten og deres pårørende. På den måten er kontakten mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten allerede etablert, og det er enkelt å ta kontakt senere ved behov for konferering.

For en stund fikk jeg et eldre ektepar på min liste som akkurat hadde flyttet fra en annen by. De hadde lite nettverk, men en datter var hjemmeboende i vår kommune. Pasienten hadde avansert pankreaskreft og en svært dårlig prognose. Jeg prøvde å ta en liten tur innom på ettermiddagene på vei hjem fra kontoret. En takknemlig oppgave hvor jeg mener jeg bidro med trygghet for familien. Dosering av smertestillende var ikke det viktigste, men de gode samtalenes som skapte en ro og trygghet rundt den sy-

kes siste levetid. Han døde fredelig med god hjelp fra et godt tverrfaglig team. Kona har jeg fortsatt kontakt med, og hun er også på min fastlegeliste.

I vår kommune er vi så heldige at vi har bygd opp en «lindrende/palliativ» enhet på sykehjemmet. Sykepleierne og sykehjemslegen har over tid skaffet seg god kompetanse. Når en døende pasient blir innlagt sykehjem, er jobben for fastlegen egentlig over. Men ved noen anledninger har jeg allikevel valgt å besøke pasienten min på dødsleiet. Jeg har ikke involvert meg i behandlingen som sykehjemslegen har ansvaret for, men jeg har opplevd at det har blitt satt stor pris på av både pasient og familie at jeg har kommet innom. Det betyr noe for pasientene våre at vi gir «det lille ekstra» når de er i denne vanskelige og sårbare avslutningsfasen på livet.

Jeg pleier ikke å dele ut mitt private mobilnummer til pasientene mine, men noen ganger gjør jeg det til de som er alvorlig syke. Om de ringer meg i helgen eller en ferie er det greit. Det koster så lite for meg og betyr så mye for de det gjelder i en vanskelig tid. Flere burde få muligheten til en hjemmedød, og jeg tror vi fastleger kan bidra til at flere kan få muligheten der det egner seg. Palliativ omsorg kan være en krevende oppgave, og den må være kunnskapsbasert. Det finnes nå mye god informasjon om livets siste dager, som mange bruker (1).

Ved et godt tverrfaglig samarbeid i kommunen, og med god støtte av palliativt team på sykehusene, tror jeg flere vil få muligheten å få dø hjemme. Da blir det en valgmulighet, og mange ønsker nettopp det i livets siste fase. Det bør være en naturlig oppgave for fastlegene å bidra.

REFERANSE

1. www.helse-bergen.no/palliasjon

■ TOMOLEOREN@GMAIL.COM



Appelsintrærne i Valencia

■ KRISTIAN JANSEN

ph.d., spes. allmennmedisin, overlege Sunniva avdeling for lindrende behandling, og sykehjemsetaten i Bergen kommune

Våren 2015 skrev jeg på en forskningsartikkel om intervjuer med leger om deres møter med døende pasienter i sykehjem. Dette er en historie fra denne tiden. Om min far og meg i de siste ukene av hans liv. Og om omsorgen ved livets slutt i et internasjonalt perspektiv.

Appelsintrærne

Valencia er nydelig om våren. Appelsintrærne fyller gatene med velduftende blomster, og varmen er behagelig. Min far minnes ofte tiden som sjømann da han fra langt ute i havet kunne kjenne spanskekysten på lukten av appelsinblomst, Azahar. Nå nøt han en spasertur hver morgen, slo av en prat med avishandleren og kjøpte *El País*, før han satte seg for å spise en croissant og drikke kaffe i skyggen av appelsintrærne. Morgenturene var viktige for min spanske far. Å kunne spasere omringet av det spanske språk og matkultur, å komme hjem til sin samboer og lytte til spanske operetter (Zarzuelas) og fortsette på et av sine bokprosjekt. Hans samboer hadde alvorlig astma og kneartrose og kunne ikke følge hans tempo, men de tok stadig noen rolige turer sammen. En gang i året kom han til Norge på familiebesøk, eller omvendt. Døden var ikke fremmed for ham. Han var 80 år og hadde tenkt på døden siden han var barn, fortalte han meg. Han hadde skrevet en novelle som het *El niño que tenía miedo a la muerte*. Den handlet om hans barndomsopplevelser av bomber og sirener under borgerkrigen, å se Francos soldater peke geværmunningene på hans pappa, som kjørte transporter for motstandsbevegelsen, og hva det gjorde med en fireåring. Når min far ringte meg rundt påske om funn av en svulst i leveren hans, var det for ham en forklaring på slappheten han hadde opplevd siden årsskiftet, han som inntil nylig hadde vært så fysisk sprek. Jeg reiste så fort jeg kunne til Valentias fremste kreftspesialiserte sykehus for informasjonsmøte.

Hysj-budskapet og appelsinlysten som forsvant

«Neoplasi», mumlet hans svoger, som også var lege, til meg da vi stod ved sykesengen i kreftsykehuset som fars svigerfar hadde grunnlagt. Ansvarlig overlege var alvorlig, da han ba meg følge med inn på kontoret, alene – gallegangskreft med spredning til lunge. Hysj-stemningen jeg enset overfor min far forundret meg mer enn dette budskapet. Jeg spurte legen om han ikke skulle informere min far også. «Vil du kanskje si det?» spurte han meg. «Best at du gjør det», insisterte jeg, mens en del av meg strevde med å fatte at jeg som pårørende ble bedt om å informere pasienten. Vi gikk tilbake til pasientrommet, hvor overlegen greide å informere min far både skånsomt og tydelig at det ikke fantes noen kur for hans sykdom, men at han kunne få kjemoterapi som kunne forlenge livet. Han skulle få en liten dose, og var så sprek tross alderen, så bivirkninger ville han ikke få. Ble vi betrygget på. Etter første kur forsvant lysten på croissant og appelsin, og etter to kurer gjorde diaré, underernæring og svekkelse at han i praksis var lenket til hjemmet og avhengig av hjelp til den meste basale hygiene. Dagen etter kreftbudskapet, mens hun får en inhalasjon, får hans samboer hjertestans rett foran våre øyne. Jeg og hennes sønn gir henne hjertelunge-redning, min far er et skrekkslagent vitne. Hans nærmeste livsledsager går bort etter tre dager på intensiven. Jeg glemmer aldri bildet av brannbilen som sperrer gaten utenfor, brannfolkene som demonterer stuevinduet, og båren som går ut gjennom vinduet med ambulansefolkene. Blokkheisene var underdimensjonert for båretransport. Hendene mine luktet appelsinjus-oppkast etter gjenopplivningen. Døden er ikke pen.

Kreftbehandling i verdensklasse og trange dører

Hjemmetid, ikke nødvendigvis hjemmedød, er et mål for mange mot slutten av li-

vet. God pleie og omsorg er avgjørende for å få det til. Det offentlige helsevesenet i Valencia kunne dessverre ikke tilby pleie i hjemmet. Til Norge ville han stadig ikke, tross mine gjentatte overtalelsesforsøk på telefon fra Norge. En periode fikk han hjelp fra en privat husholderske, men manglende fagkompetanse gjorde seg snart gjeldende. Min far ble innlagt på kreftsykehuset igjen. Sengehesten var oppe fra første stund, alt stell ble gjort liggende i seng, og baderomsdøren var for smal til å trille inn en rullestol. Omsorgen føltes ikke verdig. At sykehuset angivelig hadde forskning og eksperimentell behandling i verdensklasse, betydde fint lite for meg og min far nå. Overflytting til sykehjem var eneste andre mulighet, men selv sykehuslegene frarådet det og mente at man bare ble stuet bort på slike institusjoner, at pleien var for dårlig. At min fars avdøde samboers navn var kjent på sykehuset, sikret min far plass der enn så lenge. Jeg følte meg maktesløs - var det virkelig dette han ville?

Fra fengsel til Champions League

Tekstmeldingene hans ble stadig mer uklare, i likhet med ham selv. Sedert og delirisk bak sengehestens gitter lød telefonen i slutten av juni omtrent slik: «Jeg er i fengsel... De prøver å forgifte meg. Få meg ut herfra!» Neste dag stod jeg på sykehustrappen med min far skjemt i rullestolen, nesten for svak til å sitte. Epikrisen jeg hadde oversatt til norsk lå i en konvolutt. Et klesskift, en poesisamling av Manuel Machado, et par CD-er med Plácido Domingo og noen familiebilder var pakket ned i baggen. Jeg kjente på lettelsen over å få hjelp av flyplasspersonalet med rullestolen, lettelsen over å lande i Norge, lettelsen over å trille ham inn på akuttmottaket på Haukeland, lettelsen over at han kom på sykehjem. Ikke fikk min far med seg så mye av Champions League finalen 2015, da han var på en siste permisjon hos familie, men han smilte og var omringet av kjente stemmer. Noen av smilene var strengt tatt smertegrimaser, noe sykepleierne så bedre enn meg. Å stole på dem var godt. Han døde med en pneumoni, nøye forklart av kollega at ikke skulle behandles, ti dager etter hjemkomst til Norge.

Takk for sykehjem med omsorg i verdensklasse, helsepersonell som gjør kompetente vurderinger og gir god pleie og lindring. Takk til alle dyktige kolleger som jobber med døende pasienter i primærhelsetjenesten. Champions League-pokalen går evig til dere.

■ JANSEN.KRISTIAN@GMAIL.COM



Død pasient i akuttmottak

■ STEFÁN HJÖRLEIFSSON

Leder for Legeforeningens kampanje «Gjør kloke valg»

Bag, maske, ti liter surstoff. Vi ventilerer i tre minutter. Perifer surstoffmetning 79 prosent. Men så er jo fingrene hans veldig kalde, så det kan jo hende det ikke er fullt så ille. Puls 80 pr. minutt, uregelmessig, blodtrykk 98/60. Kan jeg få en ny blodtryksmåling? To nye minutter.

Det blir vanskeligere å holde luftveiene åpne. Svelgtube? Tilkalle anestesisykepleier?

Det er fredag kveld. Klokken er 23.15. Belysningen i akuttmottaket er kald og saklig. Både belysningen og hyller og skap som står langs veggene fulle av utstyr forsikrer om at her kan hvilken som helst skade og sykdom håndteres.

Vi fortsetter å ventilere. Skal vi ta blodprøver? Intubere? Puls 60 pr. minutt. Vil du at jeg skal ta EKG igjen, spør en av sykepleierne.

Det kunne vært i akuttmottaket på hvilket som helst sykehus av middels størrelse. Tre personer som ikke kjenner hverandre samarbeider godt. Stemningen er konsentrert, men jeg er nervøs. Vi ventilerer, tar prøver. Observerer. Diskuterer. Pasienten er gråblek i huden med lukkede øyne. Puls 50 pr. minutt. Blodtrykk 85/50. Hvor lenge har vi holdt på nå?

Jeg er usikker på hva jeg skal instruere sykepleierne om å gjøre. Denne situasjonen har jeg aldri vært i. Ventilerer vi i riktig tempo? Når jeg klemmer fingrene rundt

bagen kjennes det riktig ut, men jeg er usikker... Surstoffmetning? Ta blodgass?

Pasienten kom med ambulanse fra et sykehjem ikke langt fra sykehuset. Sykepleieren som var på vakt på sykehjemmet ringte legevakten tidligere i kveld. Sykehjemslegen var ikke å få tak i. Det var kveld og det er helg... Sykepleieren er ny, og dette var bare tredje gangen hun hadde kveldsvakt alene.

Pasienten har slekt i en annen landsdel, og han har vært på sykehjemmet i et halvt år etter at han ble så dement og skral at hjemmesykepleien ikke kunne gi ham god nok hjelp i hans eget hjem. Han har kreft i prostata med spredning til skjelettet. Han er 93 år gammel.

Døden inntreffer gradvis. Når pasienten kjøres ut av ambulansen til akuttmottaket, er han allerede døende. Ja, han har begynt å dø lenge før ambulansen kommer til sykehjemmet. Allerede da var han så død at han aldri ville kunne livne til igjen. Men døden inntreffer gradvis, og pasienten er så lite død at hjertet fortsatt slår og han puster litt. Litt – men så svakt at det er forståelig at den første sykepleieren tolker dette som en situasjon hvor man skal hente frem utstyr for å ventilere pasienten.

Den gamle mannen døde i det grelle lyset i ambulansen og akuttmottaket. Han døde med svelgtube. Hendene mine fortsatte å klemme rundt bagen mens hjertet hans slo svakere og svakere.

Det er mange år siden dette skjedde. Men fremdeles, etter all denne tiden, kan jeg fortsatt krympe meg når jeg tenker på det. Jeg husker hvor forferdelig redd jeg var den kvelden. Jeg hadde aldri tatt imot en så dårlig pasient. Jeg hadde aldri sett en døende pasient. Jeg hadde synet et par lik oppe i avdelingen. Og sommeren før hadde jeg brukt beinsagen for å lage åpning i brystkassen på tre-fire lik for å assistere patologen på lokalsykehuset. Men jeg hadde aldri tatt imot en døende pasient.

Når min egen far dør, håper jeg han ikke utsettes for det samme som vi gjorde mot pasienten i akuttmottaket. Jeg håper de som er på vakt da ikke kommer til å være så utrygge. Når det etter hvert blir min egen tur, håper jeg ikke det blir som i akuttmottaket den kvelden. Jeg håper at vi har blitt flinkere til å forberede de unge legene og sykepleierne på at døden må få lov til å komme, den også.

Når jeg skriver denne teksten, er det to dager til spørsmålet «overbehandler vi langt inn i døden?» blir tema på Legeforeningens Faglandsråd på Soria Moria. Den diskusjonen trenger vi. Den 93 år gamle pasienten min skulle fått bedre hjelp. Jeg kan tilgi meg selv, men jeg håper faget vårt – og vi selv – kan forsone oss bedre med døden, og at vi kommer til kort.

■ STEFAN.HJORLEIFSSON@UIB.NO



‘Håpet tar de aldri fra oss’!

■ ANNE MATHILDE HANSTAD

Fastlege, Rådhusgaten Legegruppe

Vi møttes på legekontolet da hun kom til kommunen som sykepleier og nygift. Hun var vakker, utstrålte liv og latter, og hadde evne til å ta tak i utfordringer i livet. De var så lykkelige, de to. Hun fikk i løpet av tre år to døtre.

Som yngst i søskenflokket mistet hun uventet far sin som tenåring. Mor bar henne videre. Det gjorde henne sterk, og formet sinnet hennes lyst. Pasientene lo med henne; storfamilien rundt henne lot seg løfte.

Så ringte hun, 33 år gammel: En kul i brystet. Ductalt mammacarcinom. Fastlegen i meg gjenkjente «klumpen i brystet»: jeg innså at nok en gang kunne jeg bare lindre og trøste.

Småjentene var to og ett år; jeg var fastlegen for dem alle. Hun trodde på bedring. Etter et år fikk hun et GTK-anfall.

Det falt i mitt lodd å formidle at hun ikke kunne kjøre bil. Vi lo alltid sammen. Selv i det mest alvorlige greide hun å trekke fram smil og latter. Ikke da. Hun ble sint.

VI greide å lande det; cerebrale metastaser. De stagnerte en periode. Noen få vintre uten dramatikk.

Så ble hun lagt inn på sykehuset – de la inn VAP, organiserte medisiner – signaliserte at prognosen var elendig.

Hun ville ikke gi seg. Hun ønsket seg hjem, og hun var ønsket hjem.

Hjemmesykepleien var tett på; de la en plan for å få dette til i hjemmet. Mor kom reisende for å være hos dem mye; han – kjæresten og ektemannen – organiserte ekstra hjelp der hjemme.

Jeg overhørte en kollega: «Dette holder ikke mye over to uker.» Så lite vi alltid vet!

Hjemme var det IV-stativ og seng i stua, den stod midt i rommet med utsikt til hagen gjennom store vinduer; og utsikt innover i kjøkkenet, der pleiere og familie hadde måltidene sine. Det var høyt under

taket og rom for sorg og glede om hverandre. Mest glede – og mye sang og musikk. Jentene forholdt seg til mor i senga som om det var slik det skulle være.

Hun feiret 35 år fra senga. Mor og mann og hjelpere laget middag til venninner og familie. De dekket langbord på kjøkkenet. Hun ønsket seg nye klær. Ingen sa «nei, du har ikke bruk for». Hun fikk nye jeans og en vakker bluse. Det var smertefullt å bli kledd om til selskap – men viljen styrte forbi smertene. Hun lå der, med slangen til Vap'en, og bokstavelig talt elsket at gjestene hygget seg rundt langbordet. Hun deltok i selskapet fra senga. Blundet innimellom, våknet til – kjente seg feiret.

Vi hadde de vanskelige samtaler også, nå var vi langt forbi «over to uker»; det gikk måneder. Seks uker før hun døde,

spurte hun meg om «barna og begravelsen». Vi utvekslet tanker om det og andre utfordringer i de siste brattene ved sengekanten. Hun uttrykte aldri bitterhet. Kjærligheten overstrålte den.

Hun holdt så fast i livet; sov etter hvert mer. Korttidsminnet ble svekket, og de siste ukene var hun urolig om nettene. Noen var der med henne. Det lindret sammen med medisiner hallusinasjoner og smerter. Jeg var ofte innom på vei til eller fra jobb. Det var ingen byrde; en naturlig del av fastlegerollen. De gode og viktige samtaler med familiemedlemmene var viktige også for behandleren,

En lørdag morgen i juni ringte de klokken 07.00. Hun hadde sovnet stille inn.

Det var en solskinnsdag; himmelen var blå – og gjennom den oppslåtte dobbeltdøra mot hagen kom sommervinden inn over senga der hun hadde lukket øynene for alltid. Småjentene løp inn og ut. De løp på en stillere måte; de hentet kløver og strå og la dem over morens sengedekke.

På kjøkkenet dekket vi til frokost – og jeg fikk være en del av denne – sammen med familien. Det var en ro over det hele, og nesten et «guddommelig» lys: «Det gikk som vi håpet hele tida. Pasienten fikk en fredfull og smertefri død» (journal).

Begravelsen var vakker; som henne. Det var pyntet med blomster og lys i en fullsatt kirke, og konsert før seremonien. I hodet mitt blandet tonene fra sangen seg inn i «toneminnene» fra følget på veien; fra det så levende livet på høyden av alt, til det endelige og meningsløse i å avslutte livet 35 år gammel. – Jeg har i årene som er gått båret med meg denne melodien og teksten:

When I am down, and, oh, my soul, so weary
When troubles come, and my heart burdened be
Then, I am still and wait here in the silence
Until you come and sit awhile with me
You raise me up, so I can stand on mountains
You raise me up to walk on stormy seas
I am strong when I am on your shoulders
You raise me up to more than I can be

JOSH GROBAN

■ ANNMATHA@ONLINE.NO



Når en av oss dør...

■ BJARTE SØRENSEN

Fastlege på Hjelmeland legekontor

«Når ein av oss dør, flytter eg til byen», pleidde far sei spøkefullt når mor og han var i lystige lag. Dei som kjende han visste likevel godt at han var glad i heimen og garden. Tidleg på 70-talet bytta han ut karriere som ingeniør i den veksande maritime industrien på nord-vest-landet med katt, kaniner, sauer og kyr. Då mormor og morfar var klar for å pensjonere seg, tok mor og far over garden Fossane lengst aust i Ryfylke, fint plassert mellom fjord og fjell, to mil frå kommunesenteret. Allsidigheita som mekanikar og ingeniør var nyttig då dei moderniserte mange sider av gardsdrifta. Dei bygde vasskraftverk. Gamle hus på garden pussa dei opp og leigde ut til nye og gamle turistvenner frå heile verda. Mor var dobbeltarbeidande då ho også var sjukepleiar i kommunen. Naboskapa var også gode, og mang ein gong fekk venner frå fjern og nær god hjelp til å fikse og sveise. Det var ikkje den ting Sven Egil ikkje kunne fikse, og det var aldri eit «nei» å høyre, og ein god drøs over ein kopp kaffi følgte med.

Me tre borna fekk frie tøyler til å gjera det me likte best, og sjølv om me budde der som ingen skulle tru at nokon kunne bu, var me digitalt og fysisk tilkopla den store verda allereie på 80-talet. Storebror vart dataekspert i Bergen, storesøster helsesjukepleiar på Voss, og sjølv reiste eg til Australia for å bli lege før eg etter kvart fann vegen heim att.

I ein liten kommune blir både lege og pasientar van med å bytte roller ofte, gjerne fleire gonger i løpet av eit kort møte. Far sin gode ven, min gode kollega, John Nessa, var far sin fastlege. Eg var son, men òg lege og tidlegare sjukehuskollega med dyktige kirurgar som fjerna bukspyttkjertelkreften ein tilfeldigvis fann i 2018. Han fekk eitt år i bonus, men dessverre vart det påvist residiv i mars 2019.

Sjølv om håpet for kur hadde vore større enn tanken om residiv, vart far ikkje overraska. Han hadde kjend på noko i sida ei stund. Mange av mine pasientar som møtte han på ulike tilstelningar etterpå kommenterte til meg kor godt han såg ut, og

kor fint det var å treffe han og kor open han var om at han skulle dø. Han nytta tida godt. Han var ein pragmatikar. Det kunne vera vondt å sitja i bilsetet over lenger tid, så då fekk han endeleg ei unnskuldning for å kjøpe ein BMW med sete med all slags innstillingar. Den fekk rulla mange tusen kilometer det året, medan mor og far besøkte venner og kjende i heile Noreg og i utlandet. Alle skal dø, men fram til det skal ein leve kvar dag.

Før dei fekk seld garden til entusiastiske nye bønder, bekymra han seg nok ein del for det. Han hadde ikkje lyst at mor skulle sitje att med det arbeidet. Men då det var i boks, og dei hadde fått kjøpt ein lettstelt leiligheit i sentrum, kunne han senke skuldrene. Garden skulle ikkje overtakast før i mai, og det var ennå berre jul.

For kvar gong eg såg far, kunne eg sjå at han vart svakare og tynnare. Men glimtet i auget var der. Når eg var på besøk med borna, ville dei spele kort i stova. Farfar svikta ikkje. Var det andre på besøk også, som ofte det gjerne var, fekk dei heller vera med på kortspel. Han kunne gjerne jukse litt også, helst slik at borna såg det. Han var med oss. Likevel merka eg meg augneblinkar der han forsvant inn i seg sjølv, det kom eit drag over han. Smertene fysisk var der, men kanskje tenkte han også på reisa som berre han sjølv kunne leggja ut på? Ingen kunne vera med det siste stykket.

Han ville gjerne få vera heime, helst til siste slutt. Det var god medisins. Å få kunne rusle opp på kontoret og putle med dei kjende tinga. Å få kunne ta i mot besøk på kjøkkenet. Å få kunne sovne framfor TV halvvegs gjennom ein krim, med pus i fanget.

Buken vart meir og meir stinn, det var tydeleg ascites. Teknologiiinteressert som alltid fekk han meg til å sjå med bærbar ultralyd, og eg måtte gjerne bruke bileta i undervisning! Det bar på sjukehus igjen og innleggelse av dren som kunne tappast av heimesjukepleien. Tre sjukepleiarar reiste frå kommunen til sjukehuset for opplæring i det og i bruk av smertepumpe, og far,

eg, fastlege John og kreftsjukepleiar Elin møtte med kirurgspesialistar og palliativt team.

Sjølv om eg visste det kunne vera bra, vart eg likevel imponert over kor profesjonelt heile apparatet var, kor fint alle parter samarbeidde med kvarandre. To-tre turar dagleg to mil kvar veg vart aldri problematisert av heimesjukepleien. Den avanserte pakken av injeksjonar, medisiner, pumper og dren såg dei på som ei spennande utfordring, ikkje som eit problem. Dei såg gjerne at han fekk bu heime etter ønsket sitt, heller enn å komma til palliativ seng på sjukeheimen. Han fekk sjukehusseng i stova etter kvart som han var for svak til å gå og leggje seg på soverommet.

Då dei første påviste tilfella av koronavirus dukka opp på skulen til to av borna mine tidleg i mars, spurde eg om det var greitt dei likevel fekk komme på besøk. «Ja, eg kan vel likeså godt dø av korona, då blir eg gjerne den første i Noreg!» spøkte han. Lørdag kveld to dagar seinare ringer mor. Han har plutsleg fått ekstra vondt i magen, det er noko anna no enn det har vore. Han får ikkje nok lindring frå behovsmedisinen i pumpa. Nessa har same veka blitt pensjonist, men arvtakaren, unge dr. Asprusten, har tilfeldigvis vakt. «Vi reiser inn!» var klar beskjed. Det var godt at eg ikkje var aleine om dei store dosane morfin me måtte gi han, men det var det som skulle til for at han skulle få kvile noko gjennom natta. Eg går ut på kjøkkenet, kjenner ei tåre, medan eg i bakgrunnen høyrer fastlegen og far vitse om historias kortaste fastlege-forhold.

Neste morgon ringer heimesjukepleien for mor og søster mi. Han døydde søndags morgon 8. mars. Eg ringer John. «Takk for beskjed Bjarthe. Eg dreg og synar han.»

Eg barberte far. «Det treng ikkje vera heilt glattbarbert, gjer det litt slik kort og røft, slik han likte det», sa mor. Det kjendest naturleg. Borna mine på 7, 11 og 14 tykte det var litt rart å sjå far ligge død i senga, og det kom nokre tårer, men også litt lune smil og ein god klem. «Eg har aldri

sett ein død person», kommenterte den yngste naturleg nok. Gravferdskonsulenten tok seg fint av borna og lot dei få vera med i det praktiske. Det var ikkje så tungt å løfte han over i kista. Han fekk på seg ei kvit skjorte («for han likte godt å pynta seg med kvit skjorte», sa mor), og han låg fredeleg og smilte. Gyda på sju fekk legge det tradisjonelle tørkledet over ansiktet før me skrudde på loket og trilla han ut av huset,

forbi TV, spisebord og ut gjennom grovninggangen for siste gong. Gyda fekk også sitje på framme i likbilen og prate med ho kjekke frå begravelsesbyrået og hjelpe med å få farfar inn i bårhuset på Hjelmeland.

Dagen etter den skjebnetunge nedstenginga av samfunnet var det begravelse. Mange hadde naturleg nok meldt avbod, og me fekk i hurten og styrten satt opp streaming på facebook.

Far var litt misunneleg på oss som fekk gå i den kjekke begravelsen. Med arrangementsgodkjenning av «sette-smittevernlege» i nabokommunen vart det minnestund, med god mat og New Orleans-jazz.

Eg minnst dei orda eg veksle med far i det eg gir han ein klem og forlet han den siste kvelden. «God natt, far. Eg har fått mykje frå deg.» «Eg har sett det», svarta han med eit smil.





Bildene er gjengitt med tillatelse av de pårørende

■ BJARTE.SORENSEN@
HJELMELAND.KOMMUNE.NO



Dette er vår oppgave!

■ GUNNAR RAMSTAD

Fastlege, Fana legekantor, Bergen

Jeg har ikke den varme gode historien om hvordan fastlegen stilte opp for en døende pasient og dennes familie, men jeg har mange opplevelser og historier som baserer seg på tillit og anstendighet.

Den stabile fastlegen opparbeider seg naturlig nok hos de aller fleste pasienter et godt og nært forhold, som er svært viktig når man nærmer seg livets avslutning. Vi har i dag bedre muligheter enn tidligere til å kunne yte god og riktig hjelp til pasienten og de pårørende.

I *Norges Leger* og annen litteratur fra 1800- og 1900-tallet, kan man lese om leger som var innom og «så til» den døende. Det var nok viktig for pasient og familie, men man kan lure på hvor mye medisinsk hjelp det var i dette. Det var høyst begrenset hvilke medisiner man hadde tilgjengelig, og det var lite støtte fra kommunale tjenester. Glem støtte og råd fra palliativ avdeling.

Men allikevel; legen kom hjem og så til den døende, gjerne over lengre tid.

I mitt yrkesliv er døden i institusjon blitt det vanlige, med ujevne mellomrom er det pasienter som ønsker å dø hjemme. Det betyr en familie som stiller opp, samt støtte fra helsetjenesten.

Proessen kan variere i lengde. Mange eldre svekkes av alder og sykdom over mange år, og forfallet innebærer etter hvert sengeleie, svekket næringsinntak og forberedelser til døden.

Hos andre kan det ha begynt med en biopsi på kontoret, en plutselig endring i lab-prøver, et radiologisk funn? Dette kjenner vi alle. Den usikre diagnosen, som så blir verifisert. Vi tar av og til den første vanskelige samtalen, men mange ganger er den tatt på sykehuset.

Behandling iverksettes på sykehuset, det er svingende forløp, bedring, tilbakefall og

ny behandling. Fastlegen følger med hele tiden; epikriser, konsultasjoner, injeksjoner, samtaler med pårørende.

Når det er åpenbart at det ikke finnes kurativ behandling lenger, eller håp om bedring, vil planleggingen av den siste tiden måtte komme. Noen ganger forsiktig nølende, antydninger av spørsmål, eller bastante utsagn som «han skal i alle fall ikke dø hjemme, det klarer vi ikke.»

Når spørsmålet om å få dø hjemme, kommer på bordet, er det alltid i tillit til at vi andre kan stille opp med det nødvendige. Familien må ha trygghet for at lege og hjemmesykepleie stiller opp, og at overføring til sykehus/palliativ enhet er mulig dersom det blir for vanskelig.

Fastlegen må være på tilbudssiden. Pasient og pårørende må vite at fastlege samarbeider med hjemmesykepleien og kan komme innom ved behov. Av alle våre sykebesøk er vel muligens disse våre mest meningsfulle.

Den mest markante forbedring i omsorgen for de hjemmeboende døende i mitt område har vært palliativ avdelings uteteam. Vi har ved oppstart av hjemmebehandling hatt fellesmøter i hjemmet, med uteteam, hjemmesykepleie, lege, pasient og pårørende. Dette gir trygghet for alle parter og letter forløpet. Pasienten ser og hører at alle er koordinerte. Det senker også terskelen for å ta kontakt ved behov.

Standardisert medisinskrin blir lagt i hjemmet. Jeg samarbeider med hjemmetjenesten om bruken av medisiner, og jeg ringer palliativ avdeling om nødvendig.

Alle behandlingsforløp og sykdomsbilder er individuelle. Det er store forskjeller i behov for smertelindring, angstdemping, vann drivende, oksygen osv. Ung kvinne med brystkreft, middelaldrende mann med

bukspyttkjertelkreft og eldre kvinne med betydelig hjertesvikt, kan alle kreve forskjellige behandlingstiltak og grader av omsorg. Noen har rikelig med omsorgspersoner rundt seg, andre har kun én.

Fastlegens rolle i dette kan ikke overvurderes. De kunnskaper vi har om den enkelte pasient, humor, optimisme, depressive sider, angst og familiesituasjon kommer til nytte. Ingen andre leger går inn i disse situasjoner med bedre forutsetninger enn vi gjør. Ingen andre leger kan gi pasientene samme trygghet som oss. De har kjent oss i årevis og latt seg behandle for store og små skavanker. Den tilliten som har opparbeidet seg gjennom årene, gjør at vi nå får hjelpe i den vanskeligste fasen. Og i mitt hode skal fastleger stille opp her, og i enda større grad i fremtiden. Dersom et slitent fastlegekorps skal fjerne arbeidsoppgaver, er det ikke her.

Det er i disse situasjoner tilbudet fra engangsleger blir ekstra spinkelt, enten de heter Hjemmeleger eller Husleger.

Pårørende har mange spørsmål om hvor lenge det vil vare, vil det bli mye smerter osv. Jeg er tilbakeholden med detaljerte svar. Erfaringen viser at vi bommer en del. De må få trygghet for at vi improviserer etter hvert. Kun et råd er jeg sikker på: Ikke utsett den vanskelige eller viktige samtalen. Ikke kom i den situasjonen at du ikke fikk snakket ut med den døende om noe som var viktig for dere.

En pasient sa til meg i vår siste samtale: «Du Ramstad, jo mer jeg har med deg å gjøre, jo mer blir jeg enig med naboen som hevder at leger egner seg best til bridge og pjoletter.» Jeg har alltid valgt å tolke det positivt.

■ GURAMST@GMAIL.COM



Utposten

*ønsker sine lesere
en riktig god jul*



Abonner på
Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

