

Mange oppfatter lindrende sedering som en kontroversiell behandlingsform. Klinisk og etisk er det å unnlate å tilby slik behandling enda mer betenkelig

Lindrende sedering – problem eller plikt?

Legeforeningen gikk i 2000 i bresjen for å lage retningslinjer for lindrende sedering til døende, og valgte da denne betegnelsen fremfor «terminal sedering», som hadde vært brukt internasjonalt siden 1991 (1). Lindrende sedering til døende er en bedre betegnelse enn den opprinnelige, som kan gi inntrykk av at døden er selve intensjonen med behandlingen. Intensjonen er selvfølgelig en annen: Kontroll med refraktære symptomer, som på norsk kunne kalles gjenstridige eller uregjerlige symptomer.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Reidun Førde og medarbeidere resultatene fra en oppfølgingsstudie om bruken av lindrende sedering i Norge (2). Svarresponsen i studien var så dårlig at det er svært vanskelig å fastslå omfanget av dette. Det er dessuten betydelige problemer med å tolke dataene som er innhentet gjennom det såkalte referansepanelet i studien (2). Legene kan også ha misforstått definisjonen av behandlingsformen og dermed avgitt feilaktige svar. Forfatterne viser en forbilledlig selvkritisk holdning når det gjelder de forbehold man av disse grunner er nødt til å ta. Et annet prisverdig aspekt ved diskusjonen er at de angir hvordan studien alternativt kunne ha vært gjennomført for å øke dens vitenskapelige holdbarhet. Dette bør de følge opp i praksis med en ny studie. Temaet er altfor viktig til at man kan slippe det nå.

Å frata pasienten bevisstheten den siste tiden før døden er et radikalt inngrep i den personlige frihet – det er jo egentlig synonymt med å ta fra vedkommende den siste levetiden. Den sederte pasienten er ikke lenger i stand til å foreta autonome valg eller oppleve verden rundt seg og er avskåret fra kontakt med pårørende. Har ikke behandlingen da allerede «tatt livet av» personen som sådan og gjort ham til en «levende død»? Pasienten har ikke lenger noe liv utover den rent biologiske eksistens: Han er i live, men uten et liv. Innen palliativ medisin er livskvalitet en kjerneverdi og det overordnede mål for alle behandlingstiltak. I hvilken forstand kan lindrende sedering til døende sies å fremme deres livskvalitet når de ikke lenger har noe liv?

Pasienter som trenger lindrende sedering, befinner seg i en fryktelig situasjon med uutholdelige symptomer. De motforestillinger og problemer som her er nevnt, må derfor veie mindre enn hensynet til optimal symptomkontroll. I et valg mellom onder er lindrende sedering det klart minste. Kanskje det er feil å kalle det «et minste onde». For pasienten kan behandlingen tvert imot fortone seg som «et største gode».

Et nasjonalt utbygd tilbud om lindrende sedering vil være i tråd med de fire prinsippene for helsetikk (3): Behandlingen er *velgjørende*, forhindrer at pasienten *skades*, respekterer – når eksplisitt samtykke til behandlingen kan innhentes – pasientens *autonomi* (selvbestemmelse), og er *rettferdig*, ved at verken ressursituasjon eller geografisk tilhørighet er avgjørende for hvorvidt man har tilgang på behandlingsformen. Om behandlingen eventuelt skulle ha som konsekvens fremskyndelse av døden, er dette ikke etisk betenkelig, men en bivirkning. Alle medisinske inngrep innebærer risiko.

Ifølge retningslinjene for lindrende sedering til døende bør vekking vurderes forsøkt, ettersom gruppen som utarbeidet retningslinjene fant det etisk problematisk å sedere pasienten «for godt» (4).

Således sies det at «den lindrende sederingen kan bare bli vedvarende dersom det viser seg at plagene fortsatt er uutholdelige når bevissthetstilstanden heves mot våkenhet» (4). I materialet til Førde og medarbeidere var vekking ofte ikke blitt gjort, og i samtlige tilfeller der bevisstheten var blitt hevet, ble pasienten sedert på nytt (2). Ettersom pasienten dermed igjen ble fratatt muligheten for selvbestemmelse, var dette å tillegge prinsippene om velgjørighet og om ikke å skade større tyngde enn autonomiprinsippet. Og med rette.

Er lindrende sedering til døende en form for eutanasi, slik enkelte hevder? European Association for Palliative Care (EAPC) definerer eutanasi som «en leges intenderte (tilsiktete) drap på en person ved å injisere medikamenter på personens frivillige og kompetente forespørsel» (5). Denne forståelsen er helt på linje med den nederlandske, som videre innebærer krav om at lidelsen, som ikke trenger være terminal, må være utålelig og uten utsikter til forbedring, og at forespørselen er eksplisitt, gjentatt, veloverveid og informert (6, 7). EAPC trekker dessuten et skarpt skille mellom eutanasi og lindrende sedering (5). Både helsemyndighetene og justismyndighetene i Nederland og den nederlandske legeforening (KNMG), den eneste legeforening i verden som er tilhenger av eutanasi, deler denne oppfatningen (8).

Men eutanasi kan maskeres som lindrende sedering, ved at legen bevisst overdoserer pasienten i den hensikt å fremskynde døden. Dette, som retningslinjene for behandlingen er ment å forhindre, skjer i Nederland (9). Der er det også utbredt med overdosering for å ta livet av pasienter i forbindelse med konvensjonell smertelindring (10). I begge tilfeller står vi overfor «langsom» eutanasi når dette skjer på forespørsel fra pasienten. Det betyr også at eutanasi-tallene i Nederland er mye høyere enn offisiell statistikk tilsier (10).

Lars Johan Materstvedt

lars.johan.materstvedt@hf.ntnu.no

Lars Johan Materstvedt (f. 1960) er førsteamanuensis ved Filosofisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Han har tidligere vært postdoktorstipendiat i Kreftforeningen med et forskningsprosjekt om forholdet mellom palliativ medisin og eutanasi.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Enck RE. Drug-induced terminal sedation for symptom control. *Am J Hosp Palliat Care* 1991; 8: 3–5.
2. Førde R, Kongsgaard U, Aasland OG. Lindrende sedering til døende. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 471–4.
3. Gillon R. Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be «first among equals». *J Med Ethics* 2003; 29: 307–12.
4. Rådet for legeetikk. Retningslinjer for lindrende sedering til døende. Oslo: Den norske legeforening, 2001. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=3942> (8.1.2006).
5. 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.
6. Griffiths J, Bood A, Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.
7. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, 2002. http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ416729&CMS_NOCOOKIES=YES (8.1.2006).
8. Sheldon T. «Terminal sedation» different from euthanasia, Dutch ministers agree. *BMJ* 2003; 327: 465.
9. Hem E. Terminal sedering i Nederland. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2587.
10. ten Have H, Welie J. Death and medical power. An ethical analysis of Dutch euthanasia practice. Maidenhead: Open University Press, 2005.