

Lindrende sedering til døende

Sammendrag

Bakgrunn. I 2001 publiserte Rådet for legeetikk retningslinjer for lindrende sedering til døende. Denne studien er en oppfølging av dette.

Materiale og metode. I 2002 ble det sendt ut anonyme registreringsskjemaer til 400 aktuelle sykehusavdelinger. To år etter hadde vi fått tilbake 12 utfylte skjemaer. Vi presenterer dessuten data fra et spørreskjema sendt til et tilfeldig utvalg på 1 539 leger.

Resultater. Ti av de 12 behandlingene gjaldt pasienter med kreft, uttalt metastasering og store plager. Gjennomsnittsalderen var 49 år. Smerter, kvalme, kramper og pusteproblemer var de hyppigst oppgitte symptomene. Ni av de 12 pasientene hadde smerter. Ingen leger oppgav at behandlingen kunne vært unngått hvis man hadde hatt mer ressurser. Behandlingsbeslutningen ble tatt av flere, og i samforstand med familien. Seks av pasientene ble forsøkt vekket, og alle ble sedert på nytt. Midazolam og morfin var de to hyppigst brukte medikamentene. Det var store individuelle dosevariasjoner i medikamentbruken. 1 004 leger (65 %) besvarte spørreskjemaet. 12 % (116 leger) oppgav at pasienter ved deres avdeling hadde fått slik behandling i løpet av siste år.

Fortolkning. Lindrende sedering til døende brukes trolig sjelden i Norge, og ikke for å fremskynde døden. I de få registrerte tilfellene er slik behandling gitt til pasienter med svært store plager.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 430

Reidun Førde

reidun.forde@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Seksjon for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo

Ulf Kongsgaard

Fagområde anestesi
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Olaf Gjerløw Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt
og
Institutt for helseledelse og helseadministrasjon
Universitetet i Oslo

Rådet for legeetikk startet i 2000 et utredningsarbeid av de etiske problemene ved lindrende sedering til døende/«terminal sedering» (1). Den umiddelbare bakgrunnen var den såkalte Bærums-saken, der en anestesilege ble anklaget for å ha utført aktiv dødshjelp under dekke av å ha gitt en kreftpasient lindrende sedering (2). Saken fikk stor oppmerksomhet (2–5). For mange var denne behandlingsformen lite kjent før dette, til tross for at den var omtalt i Tidsskriftet allerede i 1995 (6). Utredningsarbeidet resulterte i et forslag til retningslinjer, utarbeidet av et uavhengig utvalg. Det bestod av sentrale fagfolk, jurister og representanter for pasientorganisasjoner. Forslaget ble sendt ut på en bred høring og ble ferdigstilt på nyåret 2001 (1).

Som ledd i utredningen ble det høsten 2000 gjort en spørreskjemaundersøkelse blant norske avdelingsoverleger for å få rede på hvor ofte denne behandlingen forekom ved norske sykehus (7). Et knapt flertall oppgav at de mente at behandlingsformen av og til var nødvendig i livets slutfase. 22 % av alle avdelingsoverlegene som svarte på henvendelsen, oppgav at de hadde brukt denne behandlingsformen ved sin avdeling minst én gang i løpet av de siste 12 måneder (7).

I retningslinjene ble behandlingen innledningsvis definert slik: Med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevisstheten for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte. Det ble videre bl.a. presisert at behandlingen skiller seg fra symptomlindrende behandling som normalt fører til dødsighet eller den kortvarige sederingen som gjøres i forbindelse med at respiratorbehandling avsluttes.

Arbeidsgruppen som utarbeidet retningslinjene, oppnådde konsensus på alle punkter. Det var likevel noen spørsmål som var vanskelige og krevde omfattende drøfting: Om man skulle forsøke å vekke pasienten, om pasienten måtte være i terminal fase, og om psykisk lidelse alene kunne være indikasjon for behandlingen (8). For Rådet for legeetikk og for arbeidsgruppen var det viktig å fremheve at dette er en behandling som skal gis slik at den i minst mulig grad kan sies å forårsake døden, at det er en behandling som bare blir gitt når all annen symptomatisk behandling ikke har ført frem og at det er en behandling som pasienten dør med, ikke av. Derfor ble det i retningslinjene angitt at pasienten måtte ha få dager igjen å leve, at psykisk sykdom alene ikke er indikasjon, og at man normalt bør forsøke å vekke pasienten, men på en slik måte at vedkommende kan sederes på nytt dersom det under hevingen av bevisstheten blir klart at tilstanden er uendret. Det var videre et klart premiss at retningslinjene skulle følges opp med en undersøkelse slik at de kunne evalueres og eventuelt justeres etter at man hadde høstet erfaring med implementeringen. I denne artikkelen beskrives funnene fra arbeidet med oppfølging av retningslinjene.

Samtidig med Rådet for legeetikks arbeid utarbeidet også Helsetilsynet retningslinjer for dette området. Helsetilsynet har nylig evaluert bruken av behandlingsformen gjennom en undersøkelse som omfatter alle landets sykehus (9).

Materiale og metode

I februar 2002 ble det sendt ut spørreskjema til avdelingsoverleger ved alle norske sykehusavdelinger der det kunne tenkes at man kunne bruke behandlingsformen lindrende sedering til døende pasienter, i alt til 400 avdelinger. Spørreskjemaet bestod av to deler. Den første delen skulle fylles ut etter at det var tatt en beslutning om å gi en pasient lindrende sedering og inneholdt blant annet opp-



Hovedbudskap

- En detaljert oppfølging av retningslinjene for lindrende sedering til døende er ikke blitt gjennomført
- Behandlingen er ikke mye brukt
- Behandlingen fremskynder etter de fleste legenes mening ikke døden

lysninger om indikasjoner, hvilke utredninger som var gjort og ikke gjort, om det var annen behandling som kunne vært benyttet i stedet for lindrende sedering, men som det ikke var ressurser til, en vurdering av hvor lang levetid pasienten hadde igjen, og hvem som hadde vært med i beslutningsprosessen. Del to av skjemaet skulle fylles ut etter at pasienten var død og inneholdt spørsmål om hvor lenge pasienten levde etter at behandlingen var igangsatt, om det ble gitt væske intravenøst, bevisstetsnivået under behandlingen, hvilke medikamenter som ble gitt, om man hadde forsøkt å vekke pasienten, eventuelt hvorfor ikke, om man mente døden var blitt fremskyndet av behandlingen, og om behandlingen ville blitt forsøkt om igjen, vurdert i ettertid. Undersøkelsen var anonym både med henblikk på pasient og på sykehus/lege.

I desember 2004 ble det sendt ut et spørreskjema om bl.a. lindrende sedering til et representativt utvalg på 1 539 norske leger, «referansepanelet». Hensikten var å kartlegge legers erfaringer med behandlingsformen i løpet av de siste 12 månedene. Spørreskjemaet inneholdt i tillegg bl.a. spørsmål om faglig oppdatering, prioritering og organisering av helsetjenester, faglig uenighet og faglig tilfredshet. Til spørsmålene om bruk av lindrende sedering var knyttet følgende presisering: Vi ønsket bare opplysninger om den behandling som fylte retningslinjenes strenge kriterier (1). Det ble eksplisitt nevnt de viktigste tilstandene som var ekskludert fra definisjonen (1).

Resultater

To år etter at oppfølgingsundersøkelsen startet var det kommet tilbake 12 utfylte skjemaer. Utover dette ble fire skjemaer returnert utfylt med tilbakemelding om at denne behandlingsformen ikke ble brukt ved avdelingen. Vi mottok utfylt skjema fra to anestesivdelinger, to indremedisinske avdelinger, fire kirurgiske avdelinger, tre onkologiske avdelinger og en urologisk avdeling.

Pasientenes gjennomsnittsalder var 49 år (spredning 27–78 år). Ingen oppgav at det fantes annen symptomatisk behandling som ikke var prøvd for lindrende sedering ble gitt, og ingen oppgav at økte ressurser i form av utstyr, personell og økt kompetanse ville ha gjort behandlingen unødvendig. Ingen leger hadde tatt beslutningen om å gi lindrende sedering alene. Åtte av de 12 pasientene hadde gitt samtykke til behandlingen. I alle de 12 tilfellene var pårørende informert og hadde vært positivt innstilt til behandlingen for den ble startet. Alle pasientene ble overvåket, fem med fastvakt, fem av familie, men under oppsyn av avdelingen, og to med regelmessig tilsyn fra avdelingen. Bare i ett av tilfellene ble det angitt at samme behandling ikke ville ha blitt gitt igjen i samme situasjon.

Nedenfor er de 12 tilfellene fremstilt i korte kasuistikker. Pasient 1–8 hadde gitt

samtykke til behandlingen. I de tilfellene der behandlingen kan ha fremskyndet døden, oppgis dette.

Pasient 1. 27 år gammel kvinne med brystkreft med metastaser. Smarter ble oppgitt som hovedproblem. Problemet ble drøftet tverrfaglig mellom ulike personellgrupper ved onkologisk avdeling og anestesivdelingen. Pasienten samtalte også med prest. Forventet levetid var dager til uker. Som sedasjon ble midazolam brukt i doser på 20–30 mg/døgn + propofol ca. 1 500 mg/døgn, i tillegg til opioider, Catapresan og ketamin. Pasienten var våken flere ganger per døgn. Hun døde etter tre uker. Det ble gitt væsketilførsel i tillegg til infusjon av medikamenter. Pårørende var meget fornøyd med behandlingen, og alle faggrupper opplevde behandlingen som verdig og vellykket.

Pasient 2. 47 år gammel kvinne med endetarmskreft og metastaser til en rekke organer. Smarter, kramper og kvalme/oppkast var de dominerende symptomene. Situasjonen ble drøftet internt mellom flere avdelinger og flere yrkesgrupper ved sykehuset. Det ble ikke vurdert behov for psykiater, psykolog eller prest. Forventet levetid var usikker. Sederende medikamenter var midazolam økende til 48 mg/døgn, stesolid 30 mg/døgn, morfin 150–300 mg/døgn og ketamin 40 mg/døgn. Pasienten var somnolent første og siste dag, men var ellers våken i perioder. I periodene da hun var våken, angav hun sterke plager. Ytterligere sedering med benzodiazepiner ble nødvendig i forbindelse med krampeanfoll.

Pasient 3. 78 år gammel mann med prostatakreft og skjelettmetastaser. Smarter og kramper var det dominerende problemet. Problemet ble drøftet internt i avdelingen. Pasient og pårørende ønsket ikke kontakt med andre profesjoner enn avdelingens eget personale. Det var enighet i avdelingen om behandlingsopplegget. Forventet levetid var en måned. Avdelingen rapporterte ikke hvilke medikamenter som ble brukt for å sedere pasienten.

Pasient 4. 59 år gammel mann med tungenrotkreft, der intraktabel blødning fra tumor var det dominerende problem. Situasjonen ble bare drøftet internt. Pasienten hadde hatt kontakt med psykiater tidligere i forløpet. Forventet levetid var få timer til noen dager. Det ble benyttet benzodiazepiner og morfin, doser ikke oppgitt. Pasienten døde etter noen timer. Han var våken i perioder. Det ble ikke gitt intravenøs væske under sederingen.

Pasient 5. 41 år gammel kvinne med peritoneal karsinomatose. Uhåndterbare smerter var det dominerende problemet, men også betydelige elementer av angst og uro. Pro-

blemet ble drøftet internt i avdelingen mellom ulike personellgrupper, men ikke med andre avdelinger eller spesialister. Pasienten ønsket ikke kontakt med prest, psykolog eller psykiater. Det var enighet om å starte behandlingen. Forventet levetid var vanskelig å vurdere. Ulike medikamenter ble forsøkt og titrert etter effekt. Med doser av morfin på 6 000 mg/døgn + midazolam 96 mg/døgn + ketamin 400 mg/døgn var pasienten helt våken. Morfindosen ble etter hvert økt til 9 000 mg/døgn, i tillegg ble det gitt propofol opp mot 160 mg/t. Pasienten døde etter flere uker.

Pasient 6. 65 år gammel kvinne med kronisk obstruktiv lungesykdom i slutstadiet. Situasjonen ble diskutert tverrfaglig, også med andre avdelinger. Pasienten ble ikke henvist til psykiater, psykolog eller prest, da det ble vurdert at denne type kompetanse fantes på avdelingen. Forventet levetid var 1–2 døgn. Sederende medikamenter var midazolam 2 mg intravenøst og morfin 5 mg intravenøst. Pasienten døde etter noen timer. Hun ble ikke forsøkt vekket. Behandlingen kan muligens ha påskyndet døden pga. økende respirasjonsdepresjon.

Pasient 7. 45 år gammel mann med blærekreft med metastaser i en rekke organer. Uhåndterbare smerter var det dominerende problemet. Problemet ble drøftet tverrfaglig mellom flere avdelinger og personellgrupper. Pasienten samtalte også med prest. Det var enighet om å starte behandlingen. Forventet levetid var 1–3 uker. Hovedsedasjonsmedikamentet som ble brukt var midazolam intravenøst 5 mg/t. I tillegg fikk pasienten ketamin, karbamazepin og Decadron samt epidural smertelindring. Han var somnolent i tre døgn (man hadde da daglig verbal kontakt og han gav uttrykk for uakseptable smerter) og bevisstløs i to. Det ble gitt intravenøs væske første døgn. Pasienten døde etter seks døgn. Man angav at sederingen kunne ha bidratt til å fremskynde døden.

Pasient 8. 35 år gammel kvinne med malignt melanom med metastaser til en rekke organer. Smarter og angst var de dominerende problemene. Situasjonen ble diskutert internt mellom flere personellgrupper og også med annen avdeling. Pasienten ønsket ikke kontakt med psykiater, psykolog eller prest. Forventet levetid var noen dager. Sederende medikamenter var midazolam i titrerte doser inntil 4 mg/t, morfin opp mot 500 mg/døgn. I tillegg fikk pasienten ketamin 20 mg/t og epidural smertelindring. Hun døde etter noen timer. Det ble gitt intravenøs væske i tillegg til medikamentinfusjon. Man vurderte det slik at behandlingen kunne ha fremskyndet døden.

Pasient 9. 54 år gammel kvinne med brystkreft med levermetastaser og ascites. Smarter og dyspné dominerte sykdomsbildet.

Situasjonen ble diskutert tverrfaglig ved sykehuset, men psykiater eller prest ble ikke kontaktet. Forventet levetid var under en måned. Sederende medikamenter ble ikke angitt. Andre opplysninger som levetid, vekking og bruk av intravenøs væske var heller ikke angitt.

Pasient 10. 38 år gammel kvinne med brystkreft og metastaser til flere organer. Smerter var det dominerende problem. Situasjonen ble diskutert tverrfaglig mellom flere avdelinger. Det var ikke vurdert behov for prest, psykiater eller psykolog. Pasienten ble ikke spurt om behandlingen pga. rask kognitiv svikt. Forventet levetid ble ikke oppgitt. Sederende medikamenter var stesolid 5 mg ved behov, morfin 10 mg/t, ketamin 5 mg/t og transdermal fentanyl. Pasienten var somnolent ved behandlingsstart og døde etter omtrent to døgn. Vekking ble ikke forsøkt, da situasjonen ble oppfattet som terminal med raskt progredierende organsvikt (lunge, nyre). Det er usikkert om behandlingen kan ha fremskyndet døden.

Pasient 11. 63 år gammel mann med lungekreft med metastaser til flere organer. Smerter og pusteproblemer var de dominerende symptomer. Problemet ble diskutert internt, men ikke med andre avdelinger. Pasienten ble ikke henvist til psykiater eller prest pga. redusert kognitiv funksjon. Forventet levetid ble oppgitt til tre dager til tre uker. Det ble brukt morfin 2,5 mg \times 4 de første døgn, etter hvert morfin i reduserte doser. Pasienten var først somnolent og deretter komatøs. Han døde etter tre dager. Det ble gitt intravenøs væske under behandlingen.

Pasient 12. 54 år gammel kvinne med inoperabelt subduralt hematom. Respirasjonsproblemer var det dominerende problemet. Man drøftet ikke behandling med annen avdeling, det ble diskuterte internt mellom ulike personellgrupper. Pasienten ble ikke spurt om behandlingen pga. redusert kognitiv funksjon. Forventet levetid var tre dager til en uke. Medikament som ble brukt for sedering var morfin 2,5 mg \times 4. Pasienten døde etter fire dager. Hun var hele tiden komatøs. Manglende intravenøs væsketilførsel kan ha fremskyndet døden.

Referansepanelet

Av 1 539 utsendte skjemaer ble 1 004 returnert (65 %). 987 leger svarte på spørsmålene om lindrende sedering, men 381 av disse krysset av på svaralternativet «ikke aktuelt for meg». 116 leger (12 %) svarte at døende pasienter hadde fått lindrende sedering på deres avdeling minst én gang i løpet av de siste 12 månedene. Disse legene hadde sin hovedstilling innenfor 28 forskjellige spesialiteter og grenspesialiteter. 34 oppgav indremedisin (med grenspesialiteter), 21 kirurgi (med grenspesialiteter, også gynekologi, nevrokirurgi og plastikkirurgi), 20 all-

menntmedisin, 12 anesthesiologi, ni barnesykdommer, åtte nevrologi og fem onkologi.

25 % av legene (29/116) oppgav at noen av pasientene som fikk slik behandling, hadde mer enn dager igjen å leve, og 40 % (46/116) hadde forsøkt å vekke pasientene. 91 % (106/116) svarte nei på spørsmålet om behandlingen hadde fremskyndet døden. I kommentarer til dette spørsmålet ble det av tre leger påpekt at respirasjonsdepresjon kan ha forkortet livet noe. Fire leger sa at de var usikre på om behandlingen hadde forkortet livet og at man ikke kunne utelukke det helt. Legens kjønn og alder påvirket ikke noen av svarene i undersøkelsen.

Diskusjon

Dårlig respons er en stor svakhet med vår oppfølgingsstudie, som var tenkt å skulle registrere hvert enkelt tilfelle av lindrende behandling gitt til døende. Vi har mange sannsynlige forklaringer på dette. I ettertid ser vi at vi skulle ha bedt de avdelingene som ikke benytter behandlingen om å returnere skjemaet med opplysninger om dette. Fordi registreringene er gjort anonymt, vet vi heller ikke om det er kommet flere svar fra samme avdeling. I Helsetilsynets oppfølgingsundersøkelse oppgav to av tre avdelinger at man ikke benyttet seg av lindrende sedering til døende. Vi vet ikke om grunnen er at det ikke blir ansett som riktig/nødvendig å gi slik behandling eller om manglende kompetanse hindrer dette. En svakhet med Helsetilsynets undersøkelse er at den ikke er anonym. Én forklaring på den dårlige responsen i vår studie kan også være at registrering av en behandling som blir gitt så pass sjelden, lett blir glemt i en travel hverdag. En tilleggsforklaring er at skjemaene ble sendt til avdelingsoverlegen, mens behandlingen kan være utført av andre som ikke har hatt skjemaet. Enda en mulig forklaring er at retningslinjene ikke blir fulgt eller at man ikke ønsker å bli sett i kortene fordi behandlingen oppleves som kontroversiell – dette til tross for at skjemaene skulle sendes inn anonymt.

Definisjonen av lindrende sedering til døende er ikke enkel, til tross for lange diskusjoner i fagmiljøet og presiseringer både på skjemaet og i retningslinjene. En del pasienter med refraktære symptomer som smerter og dyspné kan bli behandlet med morfininfusjon, og ved utvikling av angst, som kan være vanlig hos denne gruppen i livets slutfase, legger man til anxiolytika. Både lege og pleiepersonale kan være usikre på om dette bør klassifiseres som lindrende sedering til døende. Intensjonen er primært symptombehandling, men behandlingen svekker bevisstheten. Dette er en grunn til at tallene må tolkes med varsomhet. I Helsetilsynets oppfølgingsstudie ble det antydnet at det fortsatt hersker forvirring rundt definisjonen blant leger (9). Dette er også vårt inntrykk. To av registreringsskjemaene gjaldt behandling med så lave doser medikament (pasient 11 og pasient 12) at behandlingen

neppe faller inn under definisjonen. Både Helsetilsynets studie og det at vi finner at to av 12 av registreringene ikke fyller definisjonen, indikerer at de 12 % som oppgir at de har brukt behandlingen til sine døende pasienter, antakelig er maksimumstall.

Når det gjelder referansepanelet, kan det tenkes at flere av respondentene arbeider ved samme avdeling. Fordi besvarelsene i panelet er anonyme, vet vi ikke noe om det. At 12 % (116/1 004) av norske yrkesaktive leger har deltatt i lindrende sedering i løpet av siste år, betyr dermed ikke nødvendigvis at slik behandling foregår ved 12 % av norske legers arbeidsplasser, og vi kan ikke si noe om hvor stor andel døende pasienter som får slik behandling.

Det vi kan konkludere med, er at lindrende sedering til døende forekommer, men tilsynelatende relativt sjelden. Dette er etter vårt syn en ønskelig situasjon. Lindrende sedering skal ikke forekomme ofte, men det er likevel viktig at det eksisterer et slikt tilbud til pasienter med intraktable lidelser. Underbehandling er også et problem. Vår oppfølgingsstudie tyder på at slik den er registrert her, er behandlingen gitt etter godt klinisk og etisk skjønn. Det dreide seg om svært syke mennesker, hovedsakelig kreftpasienter med omfattende metastaser, med smerter, kramper, pusteproblemer og kvalme/oppkast. Vi var overrasket over at ingen oppgav at mer ressurser ville endret beslutningen om å gi lindrende sedering. Med reservasjon om mørketall grunnet lav respons tyder dette på at behandlingen ikke er brukt i stedet for annen, mer ressurskrevende hjelp til dødssyke pasienter.

Et annet overraskende funn var at så mange allmennmedisinere hadde vært involvert i lindrende sedering. Én forklaring kan være at noen av disse arbeidet i sykehus i forbindelse med krav til spesialiteten. Det kan også tenkes at noen av dem er tilsynsleger ved sykehjem og at behandlingen benyttes her. En tredje mulighet kan være at noen fastleger svarer på vegne av sine pasienter, selv om pasienten var innlagt og til tross for at vi i innledningsspørsmålet brukte betegnelsen «din avdeling». Det kan hende at dette faktisk utføres i allmennpraksis av leger som enten ikke kjenner til retningslinjene, eller er uenige i dem, og derfor gir slik behandling til sine døende pasienter. En siste forklaring kan være at disse allmennpraktikerne har misforstått definisjonen. I retningslinjene ble det langt vekt på at behandlingen ikke skal gis i allmennpraksis eller i sykehjem på grunn av behovet for overvåking (1). I en undersøkelse fra Nederland hadde 48 % av allmennpraktikerne og 75 % av sykehjemslevene utført terminal sedering. Her inkluderte definisjonen at det ikke ble gitt intravenøs hydrering under sederingen (10). Bare 36 % av disse legene rapporterte at i det siste tilfellet der de gav behandlingen, hadde de ikke hatt noen intensjon om å fremskynde døden. Dersom pasienten sederes for å dø av

behandlingen, ikke med den, blir problemene med manglende ressurser og kunnskaper til å overvåke og behandle bivirkninger selvstøtt marginale og betydningen av hvor pasienten behandles mindre. Da kan behandlingen like gjerne gjøres i hjemmet eller i sykehjem. Om norske allmennleger som gir lindrende sedering til sine døende pasienter gjør dette på en etisk akseptabel måte, vet vi ikke, men tallene fra referansepanelet indikerer ikke at vi har nederlandske tilstander på dette feltet.

I referansepanelet oppgav bare en liten andel at lindrende sedering kan ha fremskyndet døden, og de fleste som svarte ja, var også usikre på dette. At dette kan være vanskelig å vite, er illustrert i våre kasuistikker. Det er for øvrig et stort spørsmål om kunnskapsbasert viten om hvorvidt behandlingen har livsforkortende effekt er mulig, og om randomiserte studier kan forsvares klinisk og etisk (4). Det er blitt hevdet at god smertebehandling, også lindrende sedering, snarere forlenger enn forkorter livet (11). En minimumsforsutsetning for dette er at behandlingen gis på en faglig forsvarlig måte.

Studien viser at det ikke alltid var mulig å innhente eksplisitt samtykke, blant annet fordi pasienten hadde svekket sensorium, men at de pårørende i alle tilfellene var informert og positivt innstilt til behandlingen. Det kan også forsvares både klinisk og etisk, mener vi. Å la uutholdelig lidelse forbli ulindret med henvisning til pasientens manglende samtykkekompetanse må være forkastelig. Kasuistikken viser også at relativt få pasienter hadde fått samtale med prest eller psykiater for å avklare psykologiske eller eksistensielle problemer før behandlingen ble gitt. De sykehistoriene som vi har fått registrert, begrunner etter vårt syn godt hvorfor dette ikke er gjort. Det dreide seg om

dødssyke pasienter med store plager. Der som et slikt tilbud skal gis, må det komme på et tidligere tidspunkt.

Et slående funn i vår undersøkelse er de store dosevariasjonene i medikament gitt under behandlingen, eksempelvis 2–144 mg midazolam og 10–9 000 mg morfin, samt stor variasjon i bruk av adjuvant sedasjon som ketamin og propofol. En forklaring på dette er variasjoner i tidligere medikamentbruk, alder og type sykdom (1, 12).

I retningslinjene heter det at man bør ta sikte på å forsøke å vekke pasienten under behandlingen. For gruppen som utarbeidet retningslinjene er det, ut fra en etisk synsvinkel, en annen situasjon om pasienten blir sedert for aldri mer å skulle våkne opp enn om man i utgangspunktet har en intensjon om å prøve å vekke, vel vitende om at dette i praksis ikke alltid lar seg gjennomføre fordi vedkommende fortsatt er sterkt plaget (8). I mange av tilfellene er vekking ikke blitt gjort, det viser begge studiene. I de tilfellene hvor bevisstheten ble hevet, ble alle pasientene sedert på nytt. Dette er ikke uventet i situasjoner der sedering er siste utvei etter at all annen symptomatisk behandling er prøvd.

I Norge er vi fortsatt for dårlige når det gjelder smertebehandling (13, 14). Lindrende sedering til døende er en behandling som, gitt på riktige indikasjoner og på en faglig og etisk forsvarlig måte, representerer et tilbud som alle pasienter burde få tilgang til når de ikke kan hjelpes på annen måte (15, 16). Dersom et slikt tilbud ikke blir gitt på grunn av manglende kunnskap eller fordi det blir sett på som etisk uakseptabelt, bl.a. fordi det oppfattes som en form for eutanasi (1, 11), blir det en utfordring for fagmiljøene å ta de nødvendige faglige og etiske diskusjonene rundt behandlingsformen.

Manuskriptet ble godkjent 2.11.2005.

Litteratur

1. Rådet for legeetikk. Retningslinjer for lindrende sedering til døende. Oslo: Den norske lægeforening, 2001. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=3942> (1.11.2005).
2. Laake JH, Kvåle R. Lærer vi av Bærum-saka? Aftenposten (morgenutgave) 2.6.2000.
3. Tännjö T. Terminal sedering – dødshjelp i forkledning? Aftenposten (morgenutgave) 15.4.2000.
4. Materstvedt LJ, Kaasa S. Er terminal sedering aktiv dødshjelp? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1763–8.
5. Borchgrevink PC. Smertebehandling versus dødshjelp. Aftenposten (morgenutgave) 23.5.2000.
6. Kaasa S. God smertebehandling eller dødshjelp? Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2232–3.
7. Førde R, Aasland OG, Falkum E et al. Lindrende sedering til døende i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1085–8.
8. Førde R. Retningslinjer for lindrende sedering. Aftenposten (morgenutgave) 8.3.2001.
9. Statens helsetilsyn. Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende. http://www.helsetilsynet.no/upload/nyheter/2005/kartlegging_lindrende_sedering_rapport_2005.pdf (1.11.2005).
10. Rietjens JA, van der Heide A, Vrakking AM et al. Physician reports of terminal sedation without hydration or nutrition for patients nearing death in the Netherlands. Ann Intern Med 2004; 141: 178–85.
11. Mellin-Olsen J, Borchgrevink PC. Riktig smertelindring dreper ikke pasienter. Aftenposten (morgenutgave) 3.4.2004.
12. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD et al. Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. Oncologist 2000; 5: 53–62.
13. Melsom H, Wist E. Terminalomsorg til kreftpasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2590–2.
14. Holtan A, Kongsgaard UE, Ohnstad HO. Smarter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 416–8.
15. Kaldjian LC, Jekel JF, Bernene JL et al. Internists' attitudes towards terminal sedation in end of life care. J Med Ethics 2004; 30: 499–503.
16. 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.