

Klar tale om legers oppgave ved livets slutt

Lindrende sedering forkorter ikke livet, var Nigel Sykes' klare melding til landskonferansen i Norsk Palliativ Forening i Sandefjord nylig.

Nigel Sykes er spesialist i palliativ medisin og leder for den medisinske virksomheten ved St. Christopher's Hospice i London (se egen sak om hospicebevegelsen). Han tok utgangspunkt i den såkalte dobbelte effekt (1), som Thomas Aquinas (1225–74) var opphav til. Denne



Nigel Sykes

innebærer at et skadelig resultat er akseptabelt dersom det er en følge av en barmhjertighetshandling og ikke intendert. Ved å anvende dette begrepet på lindrende sedering, slik mange gjør, skaper vi inntrykk av at slik behandling faktisk kan forkorte livet, noe han mente at en rekke undersøkelser taler imot.

Sykes viste at andelen som får lindrende sedering varierer fra 3 % i Canada til over 50 % i Italia. Forskjellene skyldes ulike definisjoner av hva som er lindrende sedering, ulik organisering av helsevesenet og store kulturelle forskjeller. Han skilte mellom «plutselig» og «proporsjonal» sedering. Plutselig sedering har som intensjon å gi bevisstløshet, mens proporsjonal sedering skal gi kontroll med symptomer. Det er den sistnevnte som tilstrebes ved St. Christopher's Hospice. Mange steder er helsetjenesten dårlig, noe som øker behovet for lindrende

sedering. Mange pasienter har også behov for lindring fordi situasjonen gir dem en eksistensiell krise. Sykes kunne fortelle at i søreuropeiske land har leger fortsatt store vanskeligheter med å snakke om døden og dødsprosessen på en åpen måte med pasientene.

Mot eutanasi

– Hvis man tillater eutanasi og hevder at det er en god handling, hva da med alle de som lider av depresjon og personlighetsforstyrrelser og som ønsker livet avsluttet? spør Sykes. – Ingen gruppe er opptatt av disse menneskenes daglige behov, det er umulig pga. tilstandenes varighet og store krav til omgivelsene. Da kan veien banes for at eutanasi aksepteres i flere situasjoner, sa han og viste til Nederland. Når nederlandske leger i så stor grad aksepterer eutanasi, tror Nigel Sykes bl.a. det skyldes at de har hatt et svakt tilbud om palliativ omsorg, og at de ofte arbeider i solo praksis. – Å arbeide alene med oppgaver som gir avmaktfølelse, øker risikoen for «enklere» løsninger, sier Sykes, som også mente at tradisjonelt svært liberale holdninger i Nederland er medvirkende faktorer.

– Om vi ikke tilbyr god palliativ medisin, vil vi over tid øke sjansen for at eutanasi legaliseres, og utvikle samfunn med et helt annet syn på verdien av et menneskeliv. Eutanasi er ikke en medisinsk aktivitet, og må aldri bli det, slår han fast.

Storbritannia har 230 sentre for palliativ medisin, bygd opp over de siste 30 årene. Om lag 25 % av utgiftene dekkes av staten, målet er 50 %, men det er nok ikke realistisk å oppnå de første årene. Palliativ medisin ble en egen spesialitet i Storbritannia i 1987.

Horisontalt og vertikalt samarbeid

Påtroppende generalsekretær i Den Norske Kreftforening, Stener Kvinnsland, slo i et engasjert foredrag på konferansen fast at bare helserelatert livskvalitet kan være et mål på helsetjenestens innsats når man ikke lenger kan påvirke livslengden.

– Når vi ikke gir den nødvendige hjelpen, skyldes det ikke mangel på kunnskap, men mangel på politisk vilje, byråkratisk motstand og profesjonsstrid. Det norske helsevesenet har en struktur som ikke er hensiktsmessig når det gjelder behandling av kronisk lidende, fremholdt han, og fortsatte: – Når det gjelder preventiv og palliativ behandling, er det et sterkt behov for horisontal (tverrfaglig) integrering, mens under diagnostikk og behandling for den enkelte pasient er det vertikalt samarbeid mellom tjenestnivåene som savnes. Kvinnsland etterspurte den palliative DRG, og konkluderte med at palliasjon er en menneskerett.

– Pål Gulbrandsen, Tidsskriftet
pal.gulbrandsen@legeforeningen.no

Litteratur

1. Materstvedt LJ, Kaasa S. Er terminal sedering aktiv dødshjelp? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1763–8.



Stener Kvinnsland

Cicely Saunders og hospicebevegelsen

Det er nå etablert behandlingstilbud for døende (hospice) i mer enn 70 land over hele verden. En britisk sykepleier og sosialarbeider, Cicely Saunders, startet det hele.

Cicely Saunders (f. 1918) var sosialarbeider ved St. Thomas' Hospital i London på slutten av 1940-tallet. Der traff hun en døende polsk flyktning med kreft. Samtaler med ham om alle de behov han hadde i livets siste fase skapte ideen om et eget sted å være for døende mennesker. Han etterlot henne 500 pund som ble starten på et fond som dannet grunnlaget for det senere St. Christopher's Hospice. Da Saunders tok ideen sin opp med den fremtredende thoraxkirurgen Norman Barrett ved St. Thomas', fikk hun støtte, men samtidig en oppfordring: – Ingen vil lytte til

deg om ikke du er lege. Studer medisin! Og det gjorde hun. I 1958 var hun ferdig lege, og i 1967 ble St. Christopher's Hospice åpnet som det første i verden med et tverrfaglig team som også skulle drive forskning og undervisning. Da var hennes innsats allerede så berømt at hun mottok prisen Order of the British Empire i 1965, og tittelen Dame.

Saunders dokumenterte bl.a. at når man gav morfin peroralt hver fjerde time, kunne pasienten gis smertelindring uten at det gikk utover bevissthetsnivået. Videre fant hun at det var store forskjeller i individuelt behov



Cicely Saunders

for morfin, men at dosen kunne holdes stabil når man først hadde funnet den rette. Siden har hun med forskning, men først og fremst gjennom talegaver og et brennende engasjement, klart å overbevise myndigheter om betydningen av palliativ medisin.

Cicely Saunders og St. Christopher's Hospice, verdens første hospice som driver med undervisning, er tildelt The Conrad Hilton Humanitarian Award. Prisen gis til en person eller organisasjon som har bidratt til reduksjon av menneskelig lidelse i et verdensomspennende perspektiv. Tildelingen fant sted 17. september i New York. Prisen, på 1 million amerikanske dollar, er utdelt hvert år siden 1996, bl.a. til Leger uten grenser i 1998 (<http://www.hiltonfoundation.org/past.htm>).

– Pål Gulbrandsen, Tidsskriftet
pal.gulbrandsen@legeforeningen.no