

LINDRENDE SEDERING TIL DØENDE

Kandidatnummer: 736
Leveringsfrist: 25.4.2008

Til sammen 15002¹ ord

14.04.2008

¹ Ekskl. innholdsfortegnelse, forord, etterord og kildelister.

Innholdsfortegnelse

FORORD	3
1 INNLEDNING	4
1.1 Presentasjon av problemstilling	4
1.2 Terminologi	7
1.2.1 Behandlingsformen lindrende sedering til døende	7
1.2.2 Aktiv og passiv dødshjelp	8
2 GJELDENDE RETT	11
2.1 Rettslig utgangspunkt – straffeloven § 233	11
2.1.1 Ordlyden	11
2.1.2 Juridisk teori	12
2.1.3 Forarbeider	13
2.1.4 Forvaltningspraksis	14
2.1.5 Reelle hensyn	15
2.1.6 Rettsstridsreservasjonen	15
2.1.7 Nødrett – strl. § 47	16
2.1.8 Jussens forhold til debatten innen etikken og blant leger	16
2.2 Etikk	18
2.2.1 Prinsippet om den doble effekt	18
2.2.2 Diskusjonen om aktiv og passiv dødshjelp	22
2.3 Medisin	28
2.3.1 "Bærumsaken"	28
2.3.2 Diskusjonen i det medisinske miljøet	29
2.3.3 Legeforeningens retningslinjer for lindrende sedering til døende	33
2.3.4 Vurdering av retningslinjene fra Legeforeningen	34
2.4 Gjeldende rett	35

<u>3</u>	<u>RETTSSOSIOLOGISK DEL</u>	<u>38</u>
3.1	Innledning	38
3.2	Spørreundersøkelser	38
3.2.1	<i>Rådet for legeetikk (2001)</i>	38
3.2.2	<i>Helsetilsynet undersøkelse (2006)</i>	39
3.2.3	<i>Rådet for legeetikk (2006)</i>	40
3.2.4	<i>Vurdering av undersøkelsene</i>	42
3.3	Intervjuer	43
3.3.1	<i>Intervju med dr.med. Stig Ottesen</i>	44
3.3.2	<i>Intervju med prof.dr.med. Jan Henrik Rosland</i>	45
3.3.3	<i>Intervju med prof.dr.med. Ulf Kongsgaard</i>	45
3.3.4	<i>Vurdering av intervjuene</i>	47
<u>4</u>	<u>SAMLENDE SYNSPUNKTER</u>	<u>49</u>
<u>5</u>	<u>ETTERORD</u>	<u>52</u>
<u>6</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>53</u>
6.1	Bøker og artikler	53
6.2	Lover	60
6.3	Forarbeider	60
6.4	Dommer	60

Forord

Bruken av lindrende sedering til døende har vært omdiskutert helt fra man begynte med denne behandlingsformen. De aller første som benyttet behandlingen i Norge laget seg egne retningslinjer for å kontrollere bruken av den.² Etter kort tid ble det også etterspurt offisielle retningslinjer.³ Dette viser at man tidlig hadde forståelse for at denne behandlingsmetoden kun skulle brukes i spesielle tilfeller og på spesielle vilkår. I Norge blusset debatten opp i forbindelse med den såkalte "Bærumsaken" (1998-2002), der en overlege ble anmeldt for aktiv dødshjelp etter å ha gitt lindrende sedering. Denne saken og den etterfølgende diskusjonen illustrerer at det er uenighet rundt denne behandlingsformen.

Det finnes ingen lovbestemmelser som dreier seg om akkurat bruken av lindrende sedering til døende. Videre er det skrevet lite om behandlingsformen i juridisk teori. Det kan være at dette er fordi det er liten kunnskap om det innen det juridiske fagmiljøet. Fordi behandlingsformen er omstridt og fordi diskusjonen om den har en grense mot det mest beskyttelsesverdige rettsgodet vi har, livet, mener jeg at det er viktig å kartlegge de juridiske aspektene ved dette emnet. Debatten om lindrende sedering til døende har stort sett forgått på det etiske plan. For at behandlingsformen skal kunne fungere optimalt er det også nødvendig at fagpersonellet er sikre på at det de gjør er lovlig, ikke bare etisk forsvarlig. Mitt håp er derfor at denne oppgaven skal virke oppklarende hva gjelder de strafferettslige spørsmålene rundt lindrende sedering til døende.

² Kongsgaard (2008)

³ Kaasa (1995)

1 Innledning

1.1 Presentasjon av problemstilling

Spørsmålet om aktiv dødshjelp og tilgrensende problemstillinger er evig aktuelle. I Norge og resten av Europa har debatten blitt intensivert de siste to tiårene. Dette har skjedd særlig i forbindelse med at man i Nederland gjennom rettspraksis, og til slutt ved lovgivning, har åpnet for at leger kan ta livet av dødssyke pasienter som selv har bedt om dette.

Etter dommen gjengitt i Rt. 2000 s. 646 (Sandsdalen) har man fått en foreløpig avklaring på en del av spørsmålene rundt dette i Norge. En lege ble her ilagt domsutsettelse for overtredelse av straffeloven § 233 første og annet ledd. Han hadde ved hjelp av høye doser morfin og ketogan avsluttet en svært syk pasients liv med hennes samtykke og på hennes oppfordring. Høyesterett foretok en tolkning av strl. § 235 annet ledd og kom til at man av hensyn til denne bestemmelsen ikke kunne tolke § 233 innskrenkende under henvisning til den generelle rettstridsreservasjonen. Høyesterett fant videre at handlingen ikke kunne være straffri etter nødrettsbetraktninger fordi lovgiver med bestemmelsen i § 235 annet ledd har ment at barmhjertighetsdrap skal bedømmes mildere enn andre drap, men at handlingen ikke skal være straffri. Dommen avklarer med dette en del av de spørsmålene som har vært oppe i debatten om aktiv dødshjelp i Norge, og for de typiske tilfellene er rettstilstanden avklart.

Spørsmålet blir etter dette hva alternativet til aktiv dødshjelp er. Man ønsker å kunne gjøre noe for de pasientene som har store lidelser og befinner seg i livets slutfase. Blant norske leger har det vokst frem en bevissthet om at lidelse skal behandles symptomatisk, noe som vil si at man behandler smertene uten å forsøke å fjerne årsaken. Det er også en økt bevissthet om at å ikke behandle smertene er etisk uakseptabelt.⁴ De aller fleste får alminnelig palliativ (symptomlindrende) behandling, men i enkelte tilfeller

⁴ Førde (2001)

vil lidelsene være refraktære. Det vil si at de er av en slik karakter at denne behandlingen ikke i tilstrekkelig grad klarer å fjerne dem. Det alternativet man da har er å gi såkalt ”lindrende sedering til døende”, også kalt ”terminal sedering”.⁵ Den norske legeforening har gitt ut retningslinjer for bruken av denne behandlingsformen, og de har der presentert følgende definisjon av begrepet:

”Med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevisstheten for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpest på annen måte”⁶.

Det er denne definisjonen jeg baserer meg på i den videre fremstillingen. Det er antatt at denne behandlingsformen forkorter pasientens liv, men dette er omdiskutert innen det medisinske fagmiljø.⁷ Arbeidsgruppen som i regi av Legeforeningen utarbeidet retningslinjer for bruken av behandlingsformen uttalte seg også om denne problemstillingen.⁸ De påpekte at fordi døende pasienter har

”svake og ustabile funksjoner i vitale organsystemer, vil også mulige bivirkninger av selv en forsiktig titrert lindrende sedering kunne inntreffe lettere. Dette gjelder tap av frie luftveier, hemming av åndedrett og blodsirkulasjon. Dette vil kunne påskynde dødsprosessen.”

Det faller utenfor denne oppgaven å vurdere sannsynligheten av at lindrende sedering til døende forkorter livet til pasientene. All den tid dette diskuteres innen det medisinske fagmiljø, er det en sjanse for at behandlingen virker livsforkortende, og jeg finner det derfor forsvarlig å legge det til grunn her. Det er dette aspektet ved behandlingsformen som særlig vil bli belyst av strafferetten.

Spørsmålet blir således om lindrende sedering til døende juridisk sett må ansees som en form for langsom aktiv dødshjelp og derfor bør være/er ulovlig. Under del 2 vil jeg

⁵ Ibid.

⁶ Rådet for legeetikk (2001) pkt.1.3

⁷ Førde (2001)

⁸ Rådet for legeetikk (2001) pkt 5.1

foreta en vurdering av denne problemstillingen. Fordi dette er en rettslig problemstilling det er lite lovgivning om og praksis rundt, vil min drøftelse basere seg mest på juridisk teori og reelle hensyn. Jeg vil i stor grad være henvist til å foreta egne tolkninger og vurderinger ut fra de få rettskilder jeg finner og ut fra den diskusjonen som pågår innen det etiske og det medisinske fagmiljø.

Det andre aspektet ved bruken av lindrende sedering som jeg vil belyse, er de situasjonene der pasienten ikke gis intravenøs væske under sederingen. Ved å bli lagt i koma mister pasienten evnen til å ta til seg væske og næring. Mangel på væske kan føre til at pasienten dør i løpet av noen døgn.⁹ Man må her skille mellom de pasientene som før den sederende behandlingen var i stand til å ta til seg væske av betydning og de som ikke var det. Ofte vil døende pasienter slutte å ta til seg væske.¹⁰ Når man så påbegynner den lindrende sederingen, vil det ikke være grunn til å gi intravenøs væske, fordi det manglende væskeinntaket da vil være en følge av den alminnelige sykdomsutviklingen. I de tilfellene der pasienten er i stand til å ta til seg væske før behandlingen påbegynnes, vil dette være mer problematisk. Her vil pasientens manglende evne til å ta til seg væske være en direkte følge av den sederende behandlingen. Det kan da diskuteres om selve sederingen er en form for aktiv dødshjelp ved at man fratrar pasienten muligheten til å ta til seg væske. Dette kan også sees slik at det er en form for passiv dødshjelp fordi man ikke griper inn og begynner en behandling som kanskje vil forlenge pasientens liv. Man vil på denne måten kunne stå overfor situasjoner der det kan være vanskelig å avgjøre om det dreier seg om aktiv eller passiv dødshjelp. Fordi rettsvesenet ser så forskjellig på de to tilfellene, vil det være av interesse å forsøke, med hjelp fra etikken, å trekke en linje mellom disse. Jeg kommer tilbake til denne problemstillingen under redegjørelsen for den pågående etiske debatten om dette.

Som jeg vil vise, er dette et rettsområde der mye avhenger av andre fagfelt enn det juridiske. Av den grunn er det særlig interessant å gjøre en retts sosiologisk vurdering av den faktiske situasjonen. Under del 3 vil jeg derfor vise hvordan lindrende sedering til

⁹ Rådet for legeetikk (2001) pkt. 7.4

¹⁰ L.c.

døende blir brukt ved norske sykehus, og mitt fokus vil være på hvordan man forholder seg til de reglene jeg vil trekke opp under del 2.

Jeg avgrensner oppgaven mot de spørsmål som knytter seg til straffeloven § 229 om legemsbeskadigelse og også til spørsmål om samtykke etter pasientrettighetsloven § 4-1.

1.2 Terminologi

1.2.1 *Behandlingsformen lindrende sedering til døende*

Jeg vil her redegjøre for hva behandlingsformen lindrende sedering til døende er. Fremstillingen er basert på de retningslinjene Legeforeningen har utarbeidet¹¹.

Behandlingen innebærer at en pasient gis medikamenter med det formål å senke vedkommendes bevissthetsnivå slik at hun befinner seg i komatøs tilstand. Man avgrensner mot;

- annen behandling der nedsatt bevissthet er en bivirkning av de medikamenter som gis;
- kortere bevissthetsnedsettelse som gis for å kunne gjennomføre annen behandling;
- den medisineringsen som gjøres ved avslutningen av en intensivbehandling;
- de tilfellene der en pasient sovner som følge av at vedkommendes voldsomme smerter blir lindret;
- de tilfeller der en pasient blir akutt sedert fordi vedkommendes plager plutselig blir kraftig forverret.¹²

Dette er svært viktige avgrensninger som det er viktig å være klar over. Det som skiller lindrende sedering fra annen behandling, er altså at det senkede bevissthetsnivået er selve formålet med medisineringsen, at det er en medikamentelt fremprovosert søvntilstand og at

¹¹ Rådet for legeetikk (2001)

¹² Ibid. pkt 1.3

det ikke er en akutt tilstand som har utløst behovet for sederingen. Særlig avgrensningen mot annen palliativ behandling som har som bivirkning at pasienten blir sløvet, synes å være uklar for endel leger.¹³

I henhold til de retningslinjer som er gitt av Legeforeningen skal denne behandlingsformen være det siste alternativet som blir benyttet. Terminal sedering skal kun gis dersom all annen relevant form for behandling er utprøvd eller nøye vurdert og funnet nytteløs. På denne måten er behandlingsformen en slags siste utvei når andre forsøk på å fjerne pasientens plager har vært mislykket. Det kan være ulike årsaker til at en pasient ikke har nytte av alminnelig symptomlindrende behandling. Noen har allergi mot de medikamentene som kunne ha hjulpet. Hos andre kan sykdommen ha utviklet seg slik at det ikke er mulig å sette sprøyte der den må settes for å fungere. Andre igjen kan ha en slik kombinasjon av plager at de medikamentene som hjelper mot noen av plagene, vil forsterke andre. Dette er bare en eksemplifisering av årsaker. I disse tilfellene ser man det altså slik at den eneste muligheten man har til å lindre pasientens plager er å frata vedkommende bevisstheten slik at hun slipper å oppleve dem.

Behandlingen har flere virkninger, noen av positiv art og andre av negativ. Det positive er at pasientens lidelser minker. Man oppnår at pasienten får en rolig død uten smerter og andre lidelser. Dette er det utgangspunktet som gjør behandlingen ønskelig. Samtidig mister den døende kontakten med omverdenen, og de pårørende mister muligheten til å kommunisere med vedkommende. Ved å bli lagt i koma mister man sin evne til å kommunisere og det kan da diskuteres om man da blir fratatt sitt "jeg", sin personlighet¹⁴. Jeg avgrenser her oppgaven mot de spørsmål som gjør seg gjeldende rundt hvorvidt man ved å være bevisstløs den siste tiden kan sies å allerede være fratatt livet.

1.2.2 Aktiv og passiv dødshjelp

I Norge er passiv dødshjelp lovlig i henhold til pasientrettighetsloven § 4-9. Det følger av denne bestemmelsen at en døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende

¹³ Helsetilsynet (2006) s.5

¹⁴ Materstvedt (2000)

behandling. Etter straffeloven § 233 jfr. § 235 annet ledd er aktiv dødshjelp straffbart. Etter disse bestemmelsene at det er straffbart å ta livet av noen selv om det er med samtykke fra eller av medlidenhet for den som drepes. I de klare tilfellene vil det være lett å skille mellom aktiv og passiv dødshjelp. Det klassiske eksemplet er for aktiv dødshjelp at en lege injiserer en stor dose morfin slik at pasienten dør raskt. Passiv dødshjelp eksemplifiseres gjerne med at man lar være å behandle en lungebetennelse hos en pasient med langt fremskredet kreftsykdom slik at pasienten dør av denne lungebetennelsen. Man tenker seg gjerne at ved passiv dødshjelp dør pasienten av sykdommen, mens vedkommende ved aktiv dødshjelp dør av de medikamentene kroppen tilføres. Fra legens ståsted vil forskjellen ligge i at passiv dødshjelp innebærer en unnlattelse, mens aktiv dødshjelp innebærer en handling. Innen etikken skiller man mellom ”doing”(handling) og ”allowing” (tillate/ta til følge). Dette diskuteres i etiske fora og jeg vil forfølge denne problemstillingen under pkt 2.2.

Det framgår av NOU 1999:2 Livshjelp pkt 4.2 at man med aktiv dødshjelp mener ”en aktiv handling med den hensikt og følge at pasienten dør (oftest umiddelbart).” I de etiske retningslinjer for leger¹⁵ framgår det i § 5 at aktiv dødshjelp er ”tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død...”. L.c. framgår det videre at ”å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp”. Andorsen forklarer forskjellen mellom aktiv og passiv dødshjelp slik;

”ved passiv dødshjelp avslutter man en pågående behandling som ikke lenger har noen helbredende hensikt”. ”Ved aktiv dødshjelp menes at man aktivt (...) fremkaller døden innen kort tid”.¹⁶

European Association of Palliative Care har denne definisjonen på eutanasi;

”A doctor intentionally killing a person by the administration of drugs, at that person’s voluntary and competent request”.¹⁷

¹⁵ Den norske Legeforenings etiske retningslinjer for leger

¹⁶ Andorsen (1999)

¹⁷ Materstvedt (2003)

Forskjellen kan juridisk sett illustreres ved å ta utgangspunkt i pasientens selvbestemmelsesrett. Utgangspunktet om at pasienter må samtykke for at behandling skal kunne finne sted, er lovfestet i pasientrettighetsloven § 4-1. Videre fremgår det av § 4-9 at ”en døende pasient har rett til å motsette seg livsforlengende behandling”. Det følger av dette at pasienten har en rett til å få passiv dødshjelp. Denne retten er basert på tanken om personlig autonomi og retten til å nekte inngrep overfor egen person. Forkjempere for aktiv dødshjelp begrunner sitt standpunkt gjerne med nettopp selvbestemmelsesretten. Når det gjelder retten til å kunne kreve inngrep, er det imidlertid slik at denne retten ikke står like sterkt som retten til å nekte inngrep. Dette kalles av enkelte ”autonomiens to ansikter”¹⁸. På samme måte som staten bestemmer at man ikke skal ha rett til å kreve hjelp til å dø, bestemmer den også for eksempel at jenter ikke kan kreve å bli kjønnslemlestet. På denne måten regulerer staten hva slags inngrep man skal kunne kreve, staten bestemmer hva slags handlinger som er godkjente, og hvilke som ikke er det. Det er her den juridiske forskjellen mellom aktiv og passiv dødshjelp ligger.

¹⁸ Husabø (1999)

2 GJELDENE RETT

2.1 Rettslig utgangspunkt – straffeloven § 233

2.1.1 Ordlyden

2.1.1.1 Den objektive gjerningsbeskrivelsen

Det fremgår av strl. § 233 første ledd at ”den, som forvolder en andens Død, eller som medvirker dertil, straffes for Drab med Fængsel i mindst 6 Aar”. Ved lindrende sedering til døende gis medikamenter som kan forkorte pasientens liv, og vedkommende vil da dø tidligere enn hun ville gjort dersom hun ikke fikk det aktuelle behandlingen. Det er da medikamentene som er årsaken til hennes død, og legen som har det medisinske ansvaret for behandlingen, har forvoldt dette. Juridisk sett er alt liv verd det samme, uavhengig av hvor mye det er igjen av det. En døende har på denne måten det samme strafferettslige vernet om sitt liv som det en frisk har.¹⁹ Lindrende sedering til døende faller med dette innunder den objektive gjerningsbeskrivelsen i strl. § 233.

2.1.1.2 Den subjektive gjerningsbeskrivelsen

For at noen skal dømmes etter § 233 må det foreligge forsett, jfr strl § 40. Når det gjelder bruk av lindrende sedering, er det særlig to former for forsett som kan være aktuelle; sannsynlighetsforsett og dolus eventualis. Sannsynlighetsforsett foreligger når gjerningsmannen anser en følge for å være sikker eller overveiende sannsynlig.²⁰ Overført på et tilfelle av terminal sedering vil dette være der legen anser det for å være mer enn 50 % sjans for at behandlingen vil forkorte pasientens liv, men allikevel gir medikamentene. Dolus eventualis foreligger der gjerningsmannen bevisst har tatt det

¹⁹ Andorsen (1999)

²⁰ Andenæs (1996) side 29

standpunkt at han ønsker å foreta handlingen selv om den uheldige følgen skulle inntre. Dette vil være den aktuelle skyldformen der legen har bestemt seg for at selv om behandlingen forkorter pasientens liv, vil han gjennomføre den. Det følger av dette at det som utgangspunkt er en teoretisk mulighet for å dømme en lege for drap ved bruk av terminal sedering.

2.1.2 Juridisk teori

I de tradisjonelle fremstillingene av strafferettens forhold til behandling som kan føre til en tidligere død, er problemstillingen lite utdypet. Spesiell strafferett av Andenæs og Bratholm er et illustrativt eksempel²¹. Av deres fremstilling fremgår det at dersom en lege har foretatt en forsvarlig behandling, er det ikke å regne som drap dersom pasienten dør tidligere enn hun ellers ville. Man har ikke forklart eller utdypet dette noe ytterligere og ikke knyttet det opp til noen rettskilder. Slik jeg forstår teorien er det ikke spesielt lindrende sedering man har hatt for øye i fremstillingene, men all form for medisinsk behandling generelt. Det man gir uttrykk for er altså bare at dersom behandlingen er forsvarlig, er det en akseptert bivirkning at pasientens liv forkortes. Som nevnt innledningsvis er det en rekke problemstillinger som reiser seg i forbindelse med bruken av terminal sedering, og det er ikke gitt at denne juridiske teorien om behandling generelt vil gjelde uten unntak for lindrende sedering.

Andersen har i en artikkel fra 1999 ytret sitt syn på hvordan terminal sedering skal vurderes strafferettslig.²² Han tar der, som jeg, utgangspunkt i at å gi en behandling som forkorter pasientenes liv, rent språklig er en handling som faller innunder straffeloven § 233. Videre mener han at til tross for at legene mener det avgjørende er hva formålet med handlingen er, vil dette ikke nødvendigvis føre frem juridisk. Her viser han til at dersom en lege gir en behandling som har som nødvendig sidervirkning at pasientens liv forkortes, er dette ”i rettslig forstand subjektiv skyld god nok i form av forsettelig fremkalt død.” Andersen tar altså, som meg, utgangspunkt i at leger teoretisk sett kan straffes for drap ved

²¹ Andenæs (1990) s.27

²² Andersen (1999) pkt. 3

å gi lindrende sedering. Han fremholder at terminal sedering ikke er annet enn en omskrivelse av aktiv dødshjelp.

”Det man fra legehold vil ha frem som den avgjørende forskjellen til aktiv dødshjelp, er dette: smertebehandlingen har som hensikt å lindre smerter, ikke ta liv i betydningen at døden fremskyndes. (...) Etter min mening er dette mest ord og retorikk, selv om jeg har en viss forståelse for at man fra legehold helst ikke vil si at man bedriver ”aktiv dødshjelp”(…).”

Allikevel åpner han for at legeetikk og legepraksis vil være ”et relevant moment i den strafferettslige bedømmelsen av dette spørsmålet.” Men han påpeker at for at dette momentet skal ha noen styrke, må det foreligge en mye større grad av enighet innen disse miljøene enn det det gjorde da han skrev denne artikkelen i 1999. Diskusjonen rundt lindrende sedering til døende har utviklet seg mye de siste årene ved at man har fått økt kunnskap om behandlingsmetoden også utenfor det palliative miljøet. De eldre juridiske fremstillingene om dette emnet, er derfor til dels utdaterte og vil, slik jeg ser det, kun gi en indikasjon på hvordan man skal resonere for å finne frem til gjeldende rett på området.

2.1.3 Forarbeider

I NOU 2002:4 har man tilsynelatende behandlet problemstillingen. Det fremgår her under pkt 9.13.2 § 27-8 der ”Sandsdalen-saken”²³ behandles at

”(f)orsvareren hadde videre anført at dersom Høyesterett fant handlingen urettmessig, ville det oppstå en vanskelig grensdragning i forhold til tilfeller av såkalt terminal sedering eller «dobbelteffekttilfellene», hvor uhelbredelig syke eller døende behandles for sterke smerter med medikamenter som i mange tilfeller vil forkorte deres liv. Slik behandling ansees som rettmessig både i juridisk litteratur og i det medisinske fagmiljøet.”

²³ Rt 2000 s.646

I likhet med det jeg over har anført i forbindelse med juridisk teori, mener jeg at man heller ikke her i tilstrekkelig grad har tatt inn over seg de vanskeligheter denne helt spesielle formen for behandling fører med seg. Henvisningen til at det medisinske fagmiljø anser behandlingen som rettmessig er lite nyansert, noe jeg vil komme tilbake til under min redegjørelse for den debatten som pågår innen det medisinske fagmiljø. Forarbeidene legger her til grunn at det er av betydning hva man innen dette fagmiljøet mener om forsvarligheten av behandlingen.

2.1.4 Forvaltningspraksis

I forbindelse med den såkalte "Bærumsaken" (1998-2002) uttalte Helsetilsynet seg om lindrende sedering til døende.²⁴ De uttalte da at de fant å kunne akseptere behandlingsmetoden som faglig forsvarlig under særlige vilkår. Disse vilkårene gjenspeiles fullt ut i retningslinjene utarbeidet av Den norske legeforening (se min redegjørelse under pkt. 2.3.3). Dersom det for en domstol skulle komme opp en sak der en lege som har utført lindrende sedering til døende er tiltalt for aktiv dødshjelp, slik som i "Bærumsaken", er det ikke gitt hva man ville kommet til. Det ville avhenge av de konkrete fakta i saken, i tillegg til at domstolen ville ha vært henvist til å foreta en selvstendig vurdering av rettsgrunnlaget. At Helsetilsynets standpunkt og uttalelser i forbindelse med "Bærumsaken" da ville blitt tillagt vekt, er sannsynlig. De vilkårene Helsetilsynet fremsatte, vil da være av særlig betydning. Dette vil jeg komme tilbake til under min vurdering av de retningslinjene Legeforeningen har fått utarbeidet. Som på andre rettsområder vil sjelden forvaltningspraksis alene bli tillagt avgjørende vekt. Det spesielle i denne typen sak ville ha vært at det foreligger svært lite grunnlag for avgjørelse i andre rettskilder, noe som ville styrket vekten til Helsetilsynets uttalelse.

²⁴ Helsetilsynet (2000)

2.1.5 Reelle hensyn

Rimelighetsbetraktninger kan tilsi en noe annen tolkning av § 233 enn den som bygger utelukkende på ordlyden. Det ville være uholdbart dersom man fra et juridisk ståsted fastholdt at lindrende sedering til døende skulle omfattes av § 233 til tross for at andre relevante fagfelt presenterte rimelige grunner til å tolke bestemmelsen innskrenkende. Det vil derfor være av interesse hva man innen det medisinske og etiske fagmiljø mener kan gjøre en slik behandling forsvarlig. Dersom man på disse to fagområdene har gode argumenter for at terminal sedering skal være lovlig, vil det være et tungtveiende reelt hensyn. Spørsmålet blir derfor hva det innen disse fagfeltene kan sies å være enighet om. Jeg viser her til fremstillingen av den etiske og den medisinske debatten under pkt 2.2 og 2.3.

2.1.6 Rettsstridsreservasjonen

Høyesterett har uttalt at ”(d)et kan tenkes tilfelle hvor en handling ikke er straffbar selv om den går inn under ordlyden i straffebudene²⁵.” Dette kalles rettstridsreservasjonen. Det man må vurdere er om straffebudet skal få en snevrere ramme enn ordene skulle tilsi.²⁶

”Det vil i det enkelte tilfelle bli domstolenes oppgave å vurdere om andre hensyn må tillegges slik vekt at en handling som i og for seg går inn under gjerningsbeskrivelsen, likevel ikke kan anses som rettsstridig og derfor ikke rammes av vedkommende straffebud²⁷.”

Videre fremgår det av NOU 1983:57 Straffelovgivningen under omforming, at ”(e)thvert straffebud må leses med reservasjon for unntakstilfeller hvor handlingen etter en *alminnelig sosialetisk vurdering* bør være tillatt”(min kursivering).²⁸

²⁵ Rt 1979 1492 (s.1499)

²⁶ Andenæs (2004) side 155

²⁷ Rt 1979 1492 (s.1499)

²⁸ NOU 1983: 57 s.122

I forbindelse med terminal sedering blir det derfor et spørsmål om strl. § 233 kan tolkes på en slik måte at selv om handlingen i utgangspunktet faller innunder ordlyden, så omfattes den allikevel ikke av straffebudet fordi en alminnelig sosialetisk vurdering tilsier dette. Fordi vi her befinner oss innen et fagfelt vil det ikke være den alminnelige oppfatningen av hva som er etisk forsvarlig som er av betydning, men hva man mener innen det medisinske fagfeltet. Den strafferettslige vurderingen av behandlingsmåten beror således på hva man innen det medisinske fagmiljø anser som forsvarlig på bakgrunn av etiske vurderinger²⁹. Det følger av dette at straffebudene må leses med en reservasjon mot at det som i alminnelighet blir oppfattet som rettmessige handlinger, faller utenfor straffebudenes virkeområde.

2.1.7 Nødrett – strl. § 47

I Sandsdalen-dommen foretok Høyesterett en tolkning av bestemmelsene om drap i § 233, aktiv dødshjelp i § 235 annet ledd og om nødrett i § 47. Høyesterett kom da til at lovgiver i § 235 annet ledd har bestemt hvordan aktiv dødshjelp skal bedømmes av rettsvesenet og at bestemmelsen derfor ikke kan suppleres av den generelle regelen om nødrett. Spørsmålet blir så om dette også gjelder for tilfeller av lindrende sedering til døende. Forutsetningen må her være at en lege med forsett (sannsynlighetsforsett eller *dolus eventualis*) gir en pasient medikamenter som forkorter vedkommendes liv. Videre forutsetter jeg her at dette da ikke kan anses som faglig forsvarlig. Tilfellet vil da falle innunder det som er regulert i strl. § 235 annet ledd, og etter Høyesteretts tolkning av disse reglene vil nødrettsbestemmelsen da ikke komme til anvendelse.

2.1.8 Jussens forhold til debatten innen etikken og blant leger

Det jeg har kommet frem til under pkt 2.1.5 og 2.1.6 innebærer at den juridiske vurderingen av behandlingsformen i stor grad beror på synspunktene innen det etiske og det medisinske fagmiljø. At etikken spiller en rolle, er ikke spesielt for spørsmålene rundt lindrende

²⁹ Hennum (1992)

sedering, for den har betydning i alle strafferettslige spørsmål. Strafferetten kan sies å ha sin legitimitet gjennom moralfilosofien ved at det er den allmenne rettsoppfatningen eller allmennmoralen som ligger til grunn for skillene mellom rett og urett. Det er dette man har påpekt i NOU 1983:57 ved henvisningen til ”en alminnelig sosialetisk vurdering”. Videre er det heller ikke spesielt for dette temaet at de medisinske synspunktene er av betydning. Bransjepraksis eller kutyme er ofte en rettskildefaktor som må tas med ved tolking av lovbestemmelser. Dette gjelder særlig innen kontraktsrett, men når det gjelder den medisinske praksis, er den altså av betydning i forbindelse med tolking av ulike straffebed om forbrytelser mot liv, legeme og helbred i strl kap 22.

Man har i tidligere juridiske arbeider om dette emnet til en viss grad forenklet problemstillingen ved å legge til grunn at det råder full enighet blant leger så vel som etikere. Som nevnt under pkt 2.1.2 og 2.1.3 mener jeg at dette kan være fordi man ikke har behandlet lindrende sedering til døende spesielt, men skrevet om medisinsk behandling generelt. Jeg legger til grunn at dersom en behandlingsform er medisinsk og etisk forsvarlig, så vil dette også i de fleste tilfeller holde juridisk. Spørsmålet er om man innen det etiske og medisinske fagmiljø er enige om at lindrende sedering til døende er en forsvarlig behandling generelt sett, og også hva som skal til for at behandlingen skal anses som forsvarlig i hvert konkrete tilfelle. Slik min presentasjon av rettskildesituasjonen viser, er gjeldende rett avhengig av hva man innen disse fagområdene mener. Jeg vil derfor presentere de etiske prinsippene som ligger til grunn for debatten og redegjøre for de meninger som er ytret og de problemstillinger som er reist av leger i forbindelse med dette temaet. Gjennom dette vil jeg finne frem til hvordan rettsreglene bør oppfattes på dette området.

2.2 Etikk

2.2.1 Prinsippet om den doble effekt

2.2.1.1 Presentasjon av prinsippet

Innen etikken har det rådende synspunktet vært at man kan forsvare lindrende sedering til døende ved bruk av doktrinen om den doble effekt³⁰. Denne doktrinen akkrediteres middelalderfilosofen Thomas Aquinas, som fremstilte den for å forklare hvorfor det kan være etisk forsvarlig å ta livet av en man blir angrepet av³¹. Han forklarte situasjonen slik at når man forsvarer seg mot et angrep, forsøker man å spare sitt eget liv, det er dette som er handlingens formål. Det at angriperen blir drept som følge av forsvarshandlingen, er en forutsebar, men uønsket effekt. Doktrinen omhandler de tilfellene der en handling har flere virkninger, hvorav noen i seg selv er å anse som gode effekter og andre er å anse som dårlige effekter. Det oppstilles gjerne fire punkter som angir grunnlaget for at en handling som har både gode og dårlige konsekvenser kan anses som etisk forsvarlige³²:

1. “The act of the agent causing the good effect must be at least ethically neutral, if not praiseworthy, considered in itself (i.e. prior to assessment under double effect).
2. The good effect must follow causally from the act in such a way that the intended good effect cannot be regarded as “caused by” the evil effect.
3. The reason(s) for performing the act – the intended good effect – must be of sufficient importance to justify causing the evil effect.
4. The evil effect caused by the act must not *in fact* be willed as a means or as an end by the agent.”

³⁰ Materstvedt (2000)

³¹ McIntyre (2004)

³² Lyons (2005) s. 482

I boken Medisinsk og helsefaglig etikk³³ presenteres disse fire punktene i forbindelse med spørsmål rundt smertelindring slik at behandling som forkorter livet er etisk forsvarlig dersom:

- ”Handlingen er god i seg selv (for eksempel lindring av smerte og angst)
- Man intenderer den gode virkningen (symptomlindring) og ikke den dårlige (død)
- Risikoen for at man oppnår den gode effekten er større enn den dårlige, og situasjonen er så alvorlig at man kan forsvare å risikere den dårlige effekten
- Den gode virkningen ikke oppnås gjennom den dårlige (smertelindring gjennom drap)”

Prinsippet går altså ut på at dersom man ved en handling forårsaker en dårlig konsekvens, kan denne handlingen allikevel være etisk forsvarlig dersom konsekvensen ikke var grunnen til at man utførte handlingen. Den dårlige konsekvensen må være uønsket, og man må ha forsøkt å frembringe det ønskede resultat på en slik måte at den uønskede konsekvensen blir minimert. Det viktigste å klarlegge er hva som er formålet med handlingen og hvilket middel man benyttet seg av for å nå dette.

I forbindelse med lindrende sedering til døende, blir det derfor et spørsmål om hva som er formålet med å gi medikamentene. Det at formålet med medisineringen er å lindre pasientens lidelser, skiller denne handlingen fra aktiv dødshjelp, der pasienten medisineres for at vedkommende skal dø av det. Det kan her innvendes at man ved aktiv dødshjelp også kan hevde at formålet med handlingen er å lindre. Allikevel vil tilfellene skille seg fra hverandre fordi man ved aktiv dødshjelp bruker den dårlige konsekvensen (død) som middel for å nå det gode (minske lidelsen). Dette vil således falle inn under pkt 4 i vilkårene for dobbel effekt, og derfor er ikke handlingen etisk forsvarlig. Videre vil jeg påpeke at man etterstreber å gi medikamenter i en slik dose at de er egnet til å senke pasientens bevissthetsnivå uten at man tar livet av vedkommende. På denne måten minimeres sjansene for den uønskede effekten.

³³ Ruyter (2007) s. 163

For at dette etiske prinsippet skal gjøre seg gjeldende er det et minstekrav at man anser det for å være ønskelig at pasienten skal befinne seg i komatøs tilstand. Som nevnt innledningsvis reiser det seg en del spørsmål rundt nettopp dette, fordi man ved å befinne seg i en slik tilstand i den siste tiden før man dør kan sies å være fratatt livet.³⁴ Dette fordi man i komatøs tilstand mister evnen til å bestemme over seg selv og til å kommunisere med omverdenen. Det kan hevdes at det å bli lagt i koma ikke er et egentlig gode for pasienten, og man vil da ikke kunne benytte seg av prinsippet om dobbel effekt for å forsvarliggjøre behandlingsformen. Som nevnt innledningsvis må lindrende sedering til døende anses som et alternativ til aktiv dødshjelp. Det handler om å finne løsninger for en pasientgruppe med helt spesielle behov. Disse pasientene har kun få dager igjen å leve, og de har store lidelser. Det viktigste behovet de har, er å få lindret for lidelsene, og situasjonen vil være at man ikke har klart det med alminnelig palliativ behandling. Når lindrende sedering settes i verk anser man det slik at det ikke er noe annet som kan hjelpe. Det kan tenkes at i en situasjon der man har valget mellom utålelige lidelser og komatøs tilstand, er sistnevnte allikevel et gode. Denne slutningen er ikke uangripelig, for det kan hevdes at samme logikk kan benyttes med tanke på aktiv dødshjelp. Jeg mener allikevel at det er forsvarlig å holde fast ved det skillet som går mellom liv og død. Så lenge pasienten kun befinner seg i komatøs tilstand vil muligheten for oppvåkning være til stede, noe som er en relevant forskjell.

2.2.1.2 Kritikk av prinsippet om dobbel effekt

Kritikerene av doktrinen hevder blant annet at den kan misbrukes for å utføre handlinger med negative utfall som ellers ikke ville ha vært etisk forsvarlige. Helt tilbake på 1600-tallet ble dette hevdet av Blaise Pascal.³⁵ Han mente at en som utførte en handling, bare ved å bestemme seg for hva han ønsket oppnå med handlingen kunne utføre de forferdeligste handlinger under henvisning til at det ikke var dette som var målet for handlingen. Glanville Williams har påpekt at hvis dobbel effekt ”means the necessity of making a choice of values can be avoided merely by keeping your mind off one of the

³⁴ Materstvedt (2006)

³⁵ Pascal (1657)

consequences, it can only encourage a hypocritical attitude towards moral problems”.³⁶

Han mener altså at dersom man ved hjelp av prinsippet om dobbelt effekt kan unngå å ta et verdivalg bare ved å se bort fra en av handlingens konsekvenser, vil dette prinsippet bare oppfordre til en hyklersk tilnærming til moralske spørsmål.

Annen kritikk tar for seg den problematikken som ligger i å skille mellom om en dårlig virkning er intendert eller bare forutsett. Man kan lett forestille seg situasjoner der det er vanskelig å påvise i ettertid hva den handlende virkelig har villet med handlingen, og hva hun bare forutså som en uønsket effekt. Det kan også godt være at det tilogmed for den handlende ikke er lett å si hvorvidt en virkning var intendert eller bare forutsett.

Det påpekes i Legeforeningens retningslinjer at det største problemet med prinsippet om dobbelt effekt og anvendelsen av det i forbindelse med lindrende sedering til døende, er at man er henvist til å basere en avgjørelse på hva legen har tenkt og villet.³⁷ Man mener her at å skulle basere rettslige avgjørelser på handlingspersonens subjektive motivasjon, lett vil bli en uholdbar situasjon. Man peker på at den nøyaktig samme behandlingen kan være lovlig og straffbar, avhengig av hva legens formål med behandlingen er. Slik jeg ser det, skiller ikke dette seg vesentlig fra de problemene man ofte står overfor innen strafferetten når det gjelder gjerningspersonens subjektive forhold. All den tid man må ha handlet med forsett for å kunne straffes, og i visse tilfeller også med en særskilt hensikt, vil jurister måtte foreta vurderinger av gjerningspersonens subjektive motivasjon for en gitt handling. Det som gjør dette aspektet problematisk når det gjelder nettopp lindrende sedering, er at de kliniske legene er avhengige av å ha en form for forhåndsgodkjenning av behandlingen. Den usikkerheten som kan knytte seg til om behandlingen er rettmessig eller ikke, vil gjøre beslutningen svært vanskelig for leger som skal igangsette behandling. Dette vil lett kunne gå ut over pasientene, ved at de ikke får den nødvendige behandlingen. En slik situasjon er uholdbar. Derfor trengs det mer objektive rammer for denne vurderingen. Disse rammene vil kunne fungere som rettesnor for legene. Dette har Legeforeningens arbeidsgruppe tatt utgangspunkt i når de har påpekt at det avgjørende vil være hvordan legens motivasjon har manifestert seg i den behandlingen som

³⁶ Williams (1958) side 286

³⁷ Rådet for legetikk (2001) pkt 3.4

er foretatt.³⁸ Tanken er her at dersom en lege har ønsket pasientens død, vil dette manifestere seg i gjennomføringen av behandlingen. Dersom det ikke er noe ved den konkrete behandlingen som tilsier at legen skal ha hatt en slik intensjon, vil man derfor legge til grunn at legens motiv har vært smertelindring. Jeg tar opp igjen dette temaet under pkt 2.3.3 der jeg redegjør for retningslinjene fra Legeforeningen.

2.2.2 Diskusjonen om aktiv og passiv dødshjelp

Innledningsvis presenterte jeg den situasjonen der en døende pasient er i stand til å ta til seg væske og næring, men så skal gis lindrende sedering. Etter pasienten er sedert, ønsker vedkommende ikke å få tilført væske og næring. Som nevnt kan denne situasjonen oppfattes slik at den befinner seg i et grenseland mellom aktiv og passiv dødshjelp. Det at pasienten blir gitt lindrende sedering gjør at vedkommende ikke lenger er i stand til å ta til seg væske, noe som vil forkorte vedkommendes liv. Dersom man tenker at det er den aktive handlingen å sedere pasienten som er grunnen til at pasienten dør, kan dette av noen oppfattes som en form for dødshjelp. Men det kan også være at pasientens død er en ikke-intendert virkning av sederingen, og at det på den måten er en moralsk relevant forskjell på denne situasjonen og aktiv dødshjelp. På den annen side kan man også se det slik at det er unnlattelsen av å gi intravenøs væske som gjør at pasienten dehydreres og dør. Dette vil da være passiv dødshjelp. Spørsmålet blir så hvordan denne situasjonen bør håndteres for å unngå å komme i konflikt med gjeldende rettsregler.

2.2.2.1 "Taylor-saken" (2007)

"Taylor-saken" i England er et eksempel på den problemstillingen jeg her vil drøfte. Kelly Taylor led av Eisenmengers syndrom og Klippel-Feil syndrom. Disse gjorde at hun hadde konstante refraktære smerter og man antok, da saken kom opp i februar 2007, at hennes forventede levetid var ca ett år. Taylor hadde bedt om å få lindrende sedering og at det ikke skulle gis intravenøs næring eller væske. En slik behandling ville føre til hennes død innen

³⁸ L.c.

kort tid. Saken ble trukket før The High Court avgjorde den, så man fikk ingen avgjørelse i saken.

I Norge ble denne saken diskutert i debattforumet i Dagbladet. Det ble her på den ene siden argumentert med at det Taylor bad om ikke var hjelp til å dø, men hjelp til å lindre sine lidelser.³⁹ Det ble fremholdt at den lindrende sederingen i seg selv ikke ville korte ned livet hennes. Videre ble det argumentert med at hun hadde rett til å nekte det inngrepet det ville være gi henne intravenøs næring. På den måten ble det hevdet at resultatet (hennes død), var forårsaket ved to separate handlinger, hvorav den ene var en forsvarlig behandlingsform og den andre passiv dødshjelp. På den andre siden ble det argumentert med at disse må sees som én handling som har til følge at Taylor mister livet.⁴⁰ Det ble fra denne siden hevdet at å igangsette lindrende sedering med det for øye at man skal la være å gi næring slik at pasienten dør, vil være aktiv dødshjelp.

Den samme situasjonen vil kunne oppstå i Norge, og spørsmålet er da hva legene burde gjøre. Jeg redegjør for Legeforeningens retningslinjer under pkt 2.3.3. Som det vil fremgå av fremstillingen der, er dette spørsmålet regulert av dem gjennom deres angivelse av hvem som skal anses for å være døende. Forholdet til retningslinjene var oppe i debatten i Dagbladet, og Materstvedt og Syse gav da uttrykk for at man anså retningslinjene for å være for snevre på dette punkt. Jeg finner det derfor nødvendig å drøfte det etiske grunnlaget for problemstillingen.

2.2.2.2 "Doing" og "allowing"

Innen etikken blir det diskutert om man moralsk sett kan skille mellom aktiv og passiv dødshjelp. Man har stilt spørsmål om hva som etisk sett skiller det å koble en pasient fra en maskin som holder vedkommende i live, fra det å skrive ut medisiner til en pasient slik at vedkommende kan ta sitt eget liv om hun ønsker.⁴¹ Begge handlingene har pasientens død som følge, spørsmålet er om det er noen relevant moralsk forskjell på de to situasjonene.

³⁹ Materstvedt (2007)

⁴⁰ Pedersen (2007)

⁴¹ Dworkin (1997)

Juridisk blir dette stort sett ikke problematisert fordi det dreier seg om forskjellige rettigheter; retten til å nekte behandling og retten til å kreve behandling, og i de fleste situasjoner er grensen allment anerkjent.⁴² Det kan imidlertid oppstå situasjoner som den i Taylor-saken der skillet mellom aktiv og passiv dødshjelp ikke er lett å trekke. Det vil derfor være interessant å se hvordan man innen etikken har forsøkt å forklare skillet mellom handlingene.

Innen etikken har man gjerne vist til distinksjonen mellom ”doing” og ”allowing”. Man tar her utgangspunkt i at det er en relevant moralsk forskjell på en unnløstelse og en handling. At det er en relevant forskjell, mener de fleste rent intuitivt, og man kan si at det er en del av allmenmoralen. Dette har også gitt seg utslag i strafferetten ved hovedregelen om at det er de forsettlige handlinger som er straffbare, og at unnløstelser kun unntaksvis kan straffes. Innen etisk teori har man forsøkt å forklare hvorfor man mener det er en relevant forskjell og hva denne forskjellen består i. Jeg vil her redegjøre for noen av de mest kjente teoriene.

En av teoriene går ut på at man tenker seg situasjonen med og uten den handlende til stede. I Stanford Encyclopedia of Philosophy kan man finne dette eksempelet:

“suppose, for example the victim dies because I push his head under water. He wouldn’t have died if I had been absent. On the other hand, suppose he is in deep water and cannot swim and I don’t save him. He would have drowned anyway if I had been absent”.⁴³

Tanken her er at det er en moralsk relevant forskjell på å dytte noen under vann til personen drukner, og å la være å trekke noen opp på land. Rent intuitivt virker det mindre klanderverdig å ikke endre et utfall som ville ha inntruffet også om man ikke var til stede, enn å aktivt forårsake et utfall. Ved å ikke trekke vedkommende opp på land, lar man hendelsen gå sin gang. Fordi man har muligheten til å hjelpe, vil man kunne klandres for å ikke ha gjort noe, men man mener altså at det er verre å være den utløsende faktoren.

⁴² Se pkt. 1.2.2

⁴³ Frances Howard-Snyder (2002)

I stedet for ”doing” og ”allowing” brukes også uttrykkene positiv og negativ relevans.⁴⁴ Tanken er at det er en moralsk forskjell på å ha positiv relevans og å ha negativ relevans til en hendelse. Forskjellen er da blant annet blitt forklart med at dersom de fleste av aktørens handlinger ikke hadde endret hendelsen, har hun en negativ relevans til den. Og motsatt; dersom de fleste av aktørens handlinger ville ha endret hendelsen, har hun en positiv relevans til den.⁴⁵ Overført på en lege-pasient situasjon vil det si at når en lege ikke igangsetter en behandling som ville reddet pasientens liv, har hun en negativ relevans til pasientens død. Dette fordi de fleste av legens handlinger ikke ville endret utfallet, nemlig at pasienten døde. Det er bare dersom hun hadde igangsatt behandling at dette ville blitt endret. Dersom en lege gir en pasient en sprøyte med en dødelig dose medikamenter, har hun positiv relevans for utfallet, fordi de fleste andre handlinger hun kunne ha gjort ikke ville ha ført til pasientens død. De fleste vil intuitivt mene at det er en relevant forskjell på en situasjon der et dårlig resultat ville ha inntruffet etter de fleste av aktørens handlemåter og en situasjon der et dårlig resultat kun ville inntreffe ved en helt spesiell handling fra aktøren.

En tredje forklaringsmodell for forskjellen på ”doing” og ”allowing”, er at ved typiske tilfeller av ”doing” handler personen på eller overfor offeret, og det gjør hun ikke ved de typiske tilfellene av ”allowing”.⁴⁶ Dette er også beskrevet som en overføring av energi fra den handlende til offeret. En som skyter, drukner eller kveler en annen, overfører med dette energi til offeret, og denne energien forklarer at den onde virkningen (offerets død) inntreffer. Ved for eksempel å unnlate å redde noen fra drukningsdøden, finner det ikke sted noen energioverføring.

Disse tre modellene forklarer hvorfor man mener det er en moralsk relevant forskjell på det å selv gjøre noe og det å tillate at noe skjer. Videre kan de benyttes for å vurdere om en situasjon er et tilfelle av ”doing” eller av ”allowing”. Det er denne siste som vil være relevant i forbindelse med spørsmålet i ”Taylor-saken”.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

2.2.2.3 Vurdering av "Taylor-saken" i lys av prinsippet om den doble effekt og "doing"/"allowing"

Spørsmålet er her om det er en moralsk relevant forskjell på å gi aktiv dødshjelp og å gi en pasient i Taylors situasjon lindrende sedering uten kunstig tilførsel av væske og næring. Denne situasjonen er spesielt vanskelig etisk sett fordi den inneholder to komponenter; sederingen og unnlattelsen av å gi væske. Slik jeg forstår den debatten som pågikk, var man uenige om hver av disse komponentene skulle vurderes, eller om de måtte ses på som et hele. Slik jeg ser det er man her avhengig av å vurdere om man skal se disse to som en helhet eller om man skal vurdere dem hver for seg. Det er blitt hevdet at det i denne typen tilfeller ikke kan gis noe generelt svar på dette, men at man må vurdere komponentenes selvstendighet ved å se på om de ble utført av samme person, hvor lang tid det var imellom dem og om den første var selv-oppretholdende ("self-sustaining").⁴⁷ Situasjonen kan, etter min mening, sammenlignes med tilfeller der pasienter blir koblet fra respirator. Her er det også to handlinger; tilkobling og frakobling. Å koble en pasient fra en respirator er anerkjent som passiv dødshjelp.⁴⁸ Slik jeg ser dette er det fordi man ser på hele situasjonen under ett. Det kan man her gjøre fordi de to handlingene er så nært knyttet til hverandre; pasienten blir koblet til og fra den samme maskinen. Spørsmålet blir da hva som hadde skjedd hvis man overhodet ikke hadde foretatt seg noe helt fra starten. Svaret er at da ville pasienten ha dødd. Man ser her altså at man ville fått det samme utfallet om man ikke hadde gjort noe som man får ved å koble til og så koble fra respiratoren. Dette vil derfor være et tilfelle av "allowing". Sedering og unnlattelse av å gi væske og næring er ikke i samme grad knyttet til hverandre som til- og frakobling til respirator. De to komponentene er mer selvstendige, og etter min mening er det derfor naturlig å vurdere begge for å se om det er noen moralsk relevant forskjell på dette og aktiv dødshjelp.

Når det gjelder selve sederingen, må denne vurderes i lys av doktrinen om den doble effekt. Jeg vil her benytte meg av de fire punktene jeg presenterte under pkt. 2.2.1.1

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ NOU 2002:4 pkt. 9.13.2, § 27-8

og som er hentet fra boken ”Medisinsk og helsefaglig etikk”⁴⁹ Jeg kan først konstatere at handlingen er god i seg selv ved at den lindrer pasientens plager og at lindringen ikke oppnås gjennom at pasienten blir tatt livet av. Spørsmålet blir så om legen bare forutser pasientens død eller, også intenderer den som et middel. Situasjonen er her den at pasienten har uutholdelige smerter som vedkommende ønsker å få fjernet. En måte å fjerne dem på er å senke bevissthetsnivået. Det er senkingen av bevissthetsnivået som er det middelet legen her benytter seg av for å nå målet om lindring, ikke pasientens død. Det siste som må vurderes er risikoen for den dårlige effekten. Vurderingen er her den samme som for lindrende sedering til døende generelt. Det er en viss fare for at en pasient som gis denne behandlingen, vil kunne få komplikasjoner som følge av behandlingen, men sjansen for lindrende effekt er mye større.

Når pasienten så er sedert, vil vedkommende ikke være i stand til å ta til seg væske og næring, og det er unnlåtelsen av å tilføre pasienten væske og næring som er årsaken til at hun dør. Vi ser da at dersom man tenker seg situasjonen uten at legen er til stede, vil pasienten dø av væskemangel. Videre er det da slik at de fleste av legens handlinger vil føre til pasientens død. Det er bare dersom man gir pasienten væske at hun holdes i live. Å la være å tilføre væske og næring, er en unnlåtelse (”allowing”) og i dette tilfellet passiv dødshjelp.

Min konklusjon blir etter dette at det er en moralsk relevant forskjell på aktiv dødshjelp og å gi lindrende sedering til døende til en pasient som ikke er i en klart døende fase. Jeg bemerker at dette allikevel ikke avgjør rettstilstanden, og jeg kommer tilbake til denne problemstillingen under pkt 2.3.4.

⁴⁹ Ruyter (2007)

2.3 Medisin

Innen det medisinske fagmiljøet er det også uenighet rundt bruken av lindrende sedering til døende. Internasjonalt har det vært en debatt rundt behandlingsformen særlig siden midten av 1990-tallet. Et gjennomgående trekk ved denne debatten har vært manglende enighet om terminologien og indikasjoner for bruken. Ved å ha uklare grenser mellom lindrende sedering og annen form for bevissthetstap som bivirkning fra primærsykdommen eller fra medikamenter, har man fått en noe uoversiktlig debatt preget av sterke meninger rundt uklare definisjoner.

Debatten kom i Norge for fullt i gang etter ”Bærumsaken” (1998-2002). Man så da at man hadde for dårlig kunnskap om behandlingsformen, og at det var behov for retningslinjer for bruken av den. Debatten har til dels vært preget av at kritikerne har hatt sterke meninger, men manglende kunnskap, om temaet. Oppfatningene innen det medisinske fagmiljøet strekker seg helt fra at lindrende sedering alltid er en form for eutanasi,^{50,51} til at alle som ønsker denne behandlingen, skal få motta den.⁵² Innenfor dette spekteret av meninger er det nærmest uunngåelig at det vil kunne bli uenigheter om gjennomføringen av behandlingen. Dette er ”Bærumsaken” et eksempel på.

2.3.1 ”Bærumsaken”

Det klareste eksempelet på at det er uenighet om bruken av lindrende sedering til døende, er den såkalte ”Bærumsaken” som pågikk fra 1998-2002. Overlege dr.med. Stig Ottesen, den gang ved Bærum sykehus, ble klaget inn for Helsetilsynet og anmeldt til politiet av sin

⁵⁰ Sandsdalen (2000)

⁵¹ Quill (1997)

⁵² Tännsjö (2000)

kollega, overlege Carl Magnus Edenbrandt. Sistnevnte mente det var blitt utført aktiv dødshjelp på en pasient ved Kreftomsorgsavsnittet (KOA) ved Bærum sykehus, der de begge jobbet. Senere utvidet han anmeldelsen til å gjelde ytterligere 10 tilfeller.

Den pasienten denne saken opprinnelig gjaldt hadde prostatakreft med spredning til skjellettet.⁵³ Spredningen førte til at nerver kom i klem og pasienten hadde derfor store smerter. Da man anså ham for å være døende, gav man tilbud om lindrende sedering, fordi man mente at hans lidelser ikke ble minsket tilstrekkelig med alminnelig palliativ behandling. Den lindrende sederingen ble så gjennomført med pasientens og de pårørendes samtykke. Mens behandlingen ble gitt befant overlege Ottesen seg i Roma. Derfra holdt han telefonisk kontakt med avdelingen og gav instruksjoner i forbindelse med behandlingen. Pasienten døde i løpet av den fjerde dagen med lindrende sedering.

At det var nettopp dette hendelsesforløpet som for alvor skulle starte debatten i Norge rundt lindrende sedering til døende, kan virke noe tilfeldig. Ser man bort fra at Ottesen befant seg i Roma, er det ikke noe som skiller denne saken i vesentlig grad fra andre tilfeller der lindrende sedering er gitt.

Saken ble vurdert av Helsetilsynet, som fant at den behandlingen som var gitt ikke var å anse som aktiv dødshjelp.⁵⁴ Ottesen ble av tilsynet kritisert for manglende journalføring og manglende veiledning av de leger som fulgte opp pasienten. Bærum sykehus ble kritisert for å ikke ha gode nok rutiner for iverksettelse og oppfølging av behandlingsformen lindrende sedering til døende⁵⁵. Politisaken ble i 2001 henlagt av Riksadvokaten.

2.3.2 Diskusjonen i det medisinske miljøet

Som nevnt er det stor uenighet blant leger både nasjonalt og internasjonalt når det gjelder behandlingsformen lindrende sedering til døende. Det er blant annet blitt hevdet at

⁵³ Ottesen (2002) s. 38

⁵⁴ Statens helsetilsyn (2002)

⁵⁵ L.c.

“terminal sedation inevitably causes death, which in many cases is what the patient desires”.⁵⁶ Det påpekes i denne artikkelen at når pasienten blir sedert, blir hun liggende uten tilførsel av væske og næring. I tillegg nevnes at dersom eventuelle komplikasjoner skulle oppstå, for eksempel pusteproblemer, lar man det gå sin gang slik at pasienten dør. Andre har hevdet at ”[t]erminal sedation seems consistent with traditional medical care but often is a form of euthanasia”.⁵⁷ Også i denne artikkelen legges det vekt på at pasienten dør fordi hun ikke lenger får tilført væske og næring. Legen Christian Sandsdalen har i en kronikk i Dagbladet gitt uttrykk for følgende:

”En annen omskrivning av aktiv dødshjelp er terminal sedering. I en ekstrem smertesituasjon blir pasienten lagt i permanent narkose og dør i løpet av få døgn. Det blir hevdet at pasienten dør av sin sykdom, ikke av narkosen! En slik behandling bør kalles langsom eutanasi.”⁵⁸

Samtidig mener andre at å ikke gi lindrende sedering til døende som har store refraktære lidelser, er verre enn å gi aktiv dødshjelp fordi det nærmest vil innebære å torturere pasienten.⁵⁹ Mye av debatten har vært preget av uenighet rundt hvorvidt pasientenes liv blir forkortet eller ikke. De som mener lidrende sedering er aktiv dødshjelp, mener også at pasientens liv blir forkortet ved sederingen. Mange av de som er positive til bruken av lindrende sedering, ser også ut til å trekke i tvil hvorvidt behandlingen har noen livsforkortende effekt. I en studie fra England fant man at “there was no detectable difference in survival from the date of admission between sedated and nonsedated patients”.⁶⁰ Også i Norge er det blitt hevdet at dersom sederingen gjøres riktig, så vil den ikke ha livsforkortende effekt.⁶¹

⁵⁶ Quill (1997)

⁵⁷ Orentlicher (1998)

⁵⁸ Sandsdalen (2000)

⁵⁹ Ottesen (2002)

⁶⁰ Stone (1997)

⁶¹ Mellin-Olsen (2000)

Slik jeg ser det er mye av uenigheten knyttet til indikasjoner for og utførelsen av behandlingen. I diskusjonene har man i mange tilfeller hatt forskjellige forutsetninger for det man diskuterer, og man har derfor endt opp med svært ulike konklusjoner hva gjelder livsforkortende virkning av behandlingen. For eksempel gjelder dette indikasjoner for lindrende sedering. Det vil her være særlig viktig å klarlegge hvor lang forventet levetid pasienten kan ha for at lindrende sedering skal kunne forsvares. Dersom behandlingen gis til en pasient som man antar har mindre enn et døgn igjen å leve, vil få ha noen motforestillinger mot bruken av lindrende sedering. Endrer man dette bildet slik at man ser for seg en pasient med en antatt levetid på nærmere et år, vil det, som jeg har vist i forbindelse med "Taylor-saken", knytte seg mye mer tvil rundt dette. Når det gjelder utførelsen av behandlingen er det særlig spørsmålene knyttet til væsketilførsel, overvåking og medisiner som skaper uenighet. Det er på denne måten ofte slik at det ikke er det grunnleggende ved behandlingsformen lindrende sedering til døende som blir diskutert, men vilkårene for bruken av den. Mitt inntrykk er at kritikerne av behandlingsformen forutsetter at den gis til pasienter med lang forventet levetid, at eventuelle komplikasjoner ikke behandles, og at de verken blir tilført væske, næring eller medisiner.

Når det gjelder mer offisielle standpunkt til lindrende sedering, kan det nevnes at Den norske legeforening uttrykkelig har godkjent lindrende sedering til døende som en forsvarlig behandlingsform dersom deres retningslinjer blir fulgt. Legeforeningen er i Norge den største organisasjonen for leger, og på den måten representerer deres syn flertallet av norske leger. Også EAPC (European Association for Palliative Care) setter et klart skille mellom lindrende sedering og aktiv dødshjelp.⁶² EAPC er en betydelig organisasjon innen palliativ medisin, er sterke motstandere av aktiv dødshjelp, og deres syn er representativt for 41 nasjonale foreninger i 25 europeiske land.⁶³ At en gruppe som EAPC stiller seg bak behandlingsformen har stor betydning fordi organisasjonen drives av ekspertene på dette fagområdet.

⁶² Materstvedt (2003)

⁶³ <http://www.eapcnet.org/about/about.html> [siteret 13.3.2008]

2.3.2.1 Maskert eutanasi

Det har vært hevdet at leger kan maskere aktiv dødshjelp ved bruk av lindrende sedering.⁶⁴ Dette kan de gjøre ved at dosene med medikamenter økes uten at det er medisinsk grunnlag for det. På den måten kan de, forusatt at det ikke blir oppdaget, ta livet av pasienten uten å kalle det aktiv dødshjelp og uten å måtte stå til ansvar for det. Dersom en lege gjør dette på pasientens oppfordring, vil det være aktiv dødshjelp. (Utføres det uten pasientens samtykke vil det være drap.) Fraværet av lidelse nås da gjennom at pasienten dør, i tillegg til at den dårlige effekten (pasientens død) er intendert, og tilfellet vil derfor ikke kunne vurderes under prinsippet om den doble effekten.

Spørsmålet blir så om man må utelukke all form for lindrende sedering til døende fordi det er en mulighet for utnyttelse av behandlingsformen for å skjule aktiv dødshjelp. Dette blir et spørsmål om hvilke alternativer man har. Dersom man ser for seg at bruk av lindrende sedering alltid vil innebære en stor sannsynlighet for denne typen utnyttelse, vil det være et argument mot at behandlingsmetoden overhodet blir benyttet. Allikevel må det innvendes at all form for kriminalitet blir forsøkt maskert. De fleste som foretar seg forbryterske handlinger vil prøve å dekke over lovbruddet, og derfor vil denne utfordringen på ingen måte være ny for de jurister som skal etterprøve en leges handlinger. Slik jeg ser det er det mer nærliggende å sikre gode rutiner for bruken av lindrende sedering slik at faren for utnyttelse blir minimert, enn å forby behandlingsformen. ”Dersom den palliative sederingen er godt dokumentert i alle ledd og det hersker full åpenhet omkring behandlingen i aktuelle tilfeller, burde misbruk av behandlingsformen ikke kunne forekomme.”⁶⁵

Leger har ved operasjoner og medisinerer ofte makt over liv og død, og det er derfor alltid en potensiell fare for at de tar livet av pasienter. I så måte skiller den behandlingsformen som her diskuteres bare ut ved at man her ikke lenger forsøker å helbrede pasienten, men kun å lindre plager. Man kan se for seg at legene her oftere enn

⁶⁴ Billings (1996)

⁶⁵ Materstvedt (2000)

ellers står overfor en situasjon der intensjonen bak handlingen kan være vanskeligere å angi fordi disse pasientene oftere ønsker å få avsluttet livet. Allikevel mener jeg det er forsvarlig å hevde at disse situasjonene kan kontrolleres like godt som andre, ved at dokumentasjonen som foretas er nøyaktig og utfyllende. Dersom avgjørelsen tas etter en tverrfaglig diskusjon blant pleiepersonalet og blant annet økning i dosering og unnlattelse av å gi væske blir dokumentert og begrunnet, vil det være svært lite rom for misbruk.

2.3.3 Legeforeningens retningslinjer for lindrende sedering til døende

I kjølvannet av "Bærumsaken" og på bakgrunn av den pågående debatten nasjonalt og internasjonalt har det blitt gjort en god del arbeid for å unngå usikkerhet blant de leger som står overfor situasjoner der det er aktuelt å gi lindrende sedering. For å sikre gode rutiner og kontrollsystemer, nedsatte Legeforeningen en arbeidsgruppe som skulle utarbeide retningslinjer for bruken av lindrende sedering til døende.⁶⁶ Gruppen, som hadde kompetanse innen både medisin, etikk og jus, hadde også i oppgave å blant annet drøfte grensen til aktiv dødshjelp, indikasjoner for behandlingen og rutiner for gjennomføringen av den.

Når det gjelder grensen mot aktiv dødshjelp har gruppen tatt for seg problemstillingen både i et medisinsk-etisk perspektiv og i et juridisk perspektiv.⁶⁷ I det medisinsk-etiske perspektivet legges det vekt på prinsippet om den doble effekt, og det fremheves at legens motivasjon må kunne understøttes av objektive holdepunkter, det vil si dokumentasjon for hvordan behandlingen ble gjennomført. I det juridiske perspektivet fremheves det også at det er de objektive holdepunktene for legens motivasjon som vil skille lindrende sedering fra aktiv dødshjelp.

Jeg har innledningsvis presentert den definisjonen arbeidsgruppen utarbeidet. Når det gjelder indikasjoner for behandling, legger retningslinjene til grunn at det kun er pasienter med refraktære fysiske lidelser, det vil si lidelser som ikke kan behandles

⁶⁶ Rådet for legeetikk (2001)

⁶⁷ Ibid. pkt. 3.4

gjennom alminnelig palliativ behandling, som skal få lindrende sedering.⁶⁸ Lidelsen skal i henhold til retningslinjenes pkt.2 være utålelig og av fysisk art. Videre settes det som vilkår at all annen behandling skal være forsøkt og/eller vurdert og funnet klart nytteløs. Når det gjelder forventet levetid forutsetter retningslinjenes pkt. 3 at det bare er pasienter som antas å ha få dager igjen å leve som kan få behandlingen.

Retningslinjene setter strenge og klare rammer for gjennomføringen av behandlingen. Pasientene skal overvåkes og man skal påse at luftveiene holdes åpne. Bevissthetsnivået skal kontrolleres og heving av det skal ”vurderes og forsøkes”. Det fremgår av pkt. 11 at man bør fortsette å gi væsketilførsel til de pasientene som fremdeles er i stand til å ta til seg væske og de som har begynt å få kunstig tilførsel før behandlingen settes i gang. De som har sluttet å ta til seg væske før behandlingen påbegynnes, behøver man ikke å gi kunstig væsketilførsel. Dette faller innenfor kategorien passiv dødshjelp, fordi det er sykdommens utvikling som gjør at pasienten ikke lenger kan ta til seg væske, og man lar være å påbegynne en behandling. Når det gjelder dokumentasjon stiller retningslinjene blant annet krav til at det skal gjøres notater i journalen om behandlingens nødvendighet, beslutningsprosessen, gjenværende levetid og dosering.⁶⁹ Videre stilles det krav om at dersom man beslutter å ikke forsøke vekking av pasienten, skal grunnen til dette angis særskilt i journalen.⁷⁰

2.3.4 Vurdering av retningslinjene fra Legeforeningen

Som tidligere nevnt under pkt 2.1.8, vil denne typen retningslinjer kunne anvendes som en juridisk rettskildefaktor ved at de angir bransjepraksis. På den måten kan de rettskildemessig sammenlignes med kutyme eller standardavtaler. Deres rettskildemessige betydning vil på samme måte være avhengig av at de blir benyttet, for de har ingen formell status i seg selv. Jeg vil her bemerke at når leger skal vurdere hvordan lindrende sedering til døende skal gjennomføres, er det disse retningslinjene de har å forholde seg til. Dersom

⁶⁸ Ibid. pkt. 8.2

⁶⁹ Ibid pkt. 8.2.12

⁷⁰ Ibid pkt. 7.5

de følges, forsterkes altså retningslinjenes betydning ved at de da er uttrykk for gjeldende praksis. De vil da ha en betydning i den juridiske vurderingen ved at de kan ses på som et uttrykk for hva det er enighet om i det medisinske miljøet i Norge, og at de på den måten gir anvisning på hva man kan anse som faglig forsvarlig. Videre vil disse retningslinjene ha betydning i vurderingen av gjeldende rett ved at de er et moment som taler for en innskrenkende tolkning av strl § 233 på bakgrunn av både rimelighetshensyn og rettsstridsreservasjonen. Jeg viser her til mine kommentarer om dette under pkt 2.1.5 og 2.1.6. I tillegg til dette samsvarer retningslinjene på alle vesentlige punkter med de vilkårene Helsetilsynet satte for bruke av lindrende sedering til døende. At de på den måten samsvarer med den forvaltningspraksis som foreligger, vil også være med å styrke deres rettskildemessige betydning. Jeg vil også bemerke at dette dokumentet er utarbeidet av en tverrfaglig gruppe med bred kompetanse innen medisin, etikk og juss, noe som gjør selve argumentasjonsverdien i retningslinjene betydelig.

2.4 Gjeldende rett

Som jeg nå har vist er behandling som forkorter pasienters liv i utgangspunktet omfattet av drapsbestemmelsen i straffeloven § 233. Dette utgangspunktet må imidlertid innskrenkes i den grad behandlingen som utføres må anses å være ”forsvarlig” i henhold til legenes faglige standard. Denne standarden baserer seg i stor grad på etiske grunnprinsipper og settes hovedsaklig av legestanden selv gjennom internasjonale og nasjonale fora, der blant annet forskningsarbeid og vitenskaplige artikler blir presentert. Retningslinjer utarbeidet av faglige råd eller grupper, vil være med på å forme standarden. Retningslinjene fra Legeforeningen kan, som allerede nevnt, sies å være et uttrykk for hva man innen legestanden i Norge er enige om, og den gir med dette bidrag til standarden. Det samme gjør synspunktene fra EAPC. At ikke alle leger er enige om at lindrende sedering til døende er en forsvarlig behandlingsmetode, er ikke uten betydning, men den rettslige forsvarlighetsstandard må bygge på de offisielle synspunktene fra større faglige forsamlinger og utvalg. Videre vil det ha betydning hvordan dette blir praktisert ved sykehusene. Uenigheten maner til diskusjon og fremprovoserer gjennom det en mer bevisst

holdning til hva man mener skiller terminal sedering fra aktiv dødshjelp og dermed gjør behandlingsformen forsvarlig.

Når jeg nå har kommet til at lindrende sedering til døende er ansett som en forsvarlig behandlingsform, må det understrekes at det er under den forutsetning at behandlingen utføres på rett måte, slik at den nevnte grensen mot aktiv dødshjelp er klar i hvert enkelt tilfelle. Ved å følge retningslinjene fra Legeforeningen vil man, være innenfor det faglig forsvarlige. Av den grunn vil retningslinjene også kunne gi svar på hvordan leger i Norge bør håndtere en situasjon tilsvarende den i "Taylor-saken". Retningslinjene forutsetter at terminal sedering kun gis til pasienter i en klart døende fase, med en estimert levetid på få dager.⁷¹ Dette utelukker muligheten for å gi tilbud om behandlingsformen til en pasient som Kelly Taylor med en estimert forventet levetid på ett år. Videre må formålet med behandlingen alltid være å lindre, aldri å forkorte pasientens liv, og doseringen må gjøres slik at det alltid er minste effektive dose som blir gitt. Disse to forholdene utgjør, den store forskjellen til aktiv dødshjelp, og begge må dokumenteres for å kunne etterprøves. Det vil være nødvendig å kunne sikre at behandlingens formål kan etterprøves. Gjennom en beslutningsprosess der den endelige beslutningen tas etter diskusjon mellom leger og annet helsepersonell, vil man i større grad sikre at behandlingen gis med riktig formål. Hva legens formål har vært, vil videre kunne vise seg gjennom doseringen av medikamenter. Hva som er minste effektive dose kan variere svært mye, og det er derfor helt avgjørende at de avgjørelser som blir tatt med tanke på dette, blir begrunnet i journalen. Det er ingen automatikk i at en lege som ikke i tilstrekkelig grad har journalført behandlingen, vil kunne bli dømt for aktiv dødshjelp. Den behandlingen hun har gitt kan i prinsippet være utført på en like forsvarlig måte som en som er bedre dokumentert, men hun vil ha satt seg i en posisjon der dette er vanskeligere å bevise. Videre ser jeg det slik at dersom tendensen er at man innen det palliative miljøet verken har fokus på dokumentasjon eller forståelse for nødvendigheten av at journalføringen er nøyaktig, er dette noe som tilsier at det er en større mulighet enn ønskelig for at leger i Norge kan maskere eutanasi

⁷¹ Rådet for legeetikk (2001) pkt. 8.2.3

ved bruk av lindrende sedering til døende. Det samme kan sies dersom behandlingen kan gis av en lege uten at hun har konferert med noen kollegaer.

3 Rettssosiologisk del

3.1 Innledning

Jeg har nå redegjort for den rettslige situasjonen rundt lindrende sedering til døende og vist at de etiske problemstillingene og de faglige medisinske standpunktene, er toneangivende for hvordan lovverket skal forstås. Jeg har videre vist at den lindrende sederingens lovlighet er knyttet til rammene for gjennomføringen i hvert konkret tilfelle. Som nevnt vil retningslinjene fra Legeforeningen være en god anvisning på hva som er faglig forsvarlig. Som nevnt under pkt 2.3.4 vil retningslinjenes rettkildemessige betydning forsterkes dersom de også følges av de leger som praktiserer behandlingsmetoden. Jeg vil i denne delen av oppgaven derfor forsøke å belyse bruken av behandlingsformen ved norske sykehus for å se hvordan legene forholder seg til retningslinjene. For å gjøre dette, vil jeg presentere tre spørreundersøkelser som er foretatt av Helsetilsynet og Rådet for legeetikk, i tillegg til at jeg har intervjuet tre utvalgte leger med mye erfaring innen palliativ medisin.

3.2 Spørreundersøkelser

3.2.1 Rådet for legeetikk (2001)⁷²

I forbindelse med at Rådet for legeetikk i mai 2000 nedsatte arbeidsgruppen som skulle utarbeide retningslinjer, ble det også foretatt en spørreundersøkelse ved at man sendte spørreskjema til 364 norske sykehusavdelinger som man regnet med hadde erfaring med bruk av lindrende sedering til døende.⁷³ Denne undersøkelsen ble gjort for å blant annet

⁷² Førde (2001)

⁷³ Ibid. s.1085

undersøke forekomsten av behandlingsformen, hvordan beslutningene om behandlingen tas og om behandlingen blir ansett som nødvendig.⁷⁴

Man fant at 22% av avdelingene hadde benyttet behandlingsformen de siste 12 månedene.⁷⁵ Det ble kommentert at dette tallet var beheftet med noe usikkerhet fordi det var mulighet for at noen av avdelingene også inkluderte annen symptombehandling der nedsatt bevissthet var en bivirkning.⁷⁶ Når det gjelder forventet levetid, fant man at det var et noe ulikt syn på dette blant legene. For at lindrende sedering skulle være forsvarlig, mente 52% mente at pasientene burde ha mindre enn én ukes forventet levetid, 27% mente 1-2 uker, mens 21% svarte at gjenværende levetid ikke var relevant for indikasjon.⁷⁷ Av de sistnevnte påpekte mange at forventet levetid kunne være svært vanskelig å fastsette.⁷⁸ På spørsmål om pasienten under sedering bør forsøkes vekket, svarte 43% ja.⁷⁹ Hva gjelder spørsmålet om intravenøs væsketilførsel, mente 48% at pasienten burde få dette.⁸⁰ 54% av de som svarte mente at lindrende sedering til døende noen ganger var nødvendig, mens 33% var usikre.⁸¹

3.2.2 Helsetilsynet undersøkelse (2006)⁸²

I 2004 sendte Helsetilsynet ut et spørreskjema til 110 avdelinger ved 34 helseforetak for å kartlegge bruken av lindrende sedering til døende. Man ønsket både å finne ut hvor ofte det ble brukt, hvordan behandlingsformen ble utført og hvor god kjennskapen til kravene for gjennomføringen av lindrende sedering ved livets slutfase var. Som nevnt under pkt 2.1.4 uttalte Helsetilsynet seg i 2000 generelt om lindrende sedering i forbindelse med

⁷⁴ L.c.

⁷⁵ Ibid. s. 1086

⁷⁶ L.c.

⁷⁷ Ibid. s. 1087

⁷⁸ L.c.

⁷⁹ L.c.

⁸⁰ L.c.

⁸¹ L.c.

⁸² Helsetilsynet (2006)

”Bærumsaken”⁸³. De redegjorde der for sitt syn angående hvilke krav som må oppfylles for at lindrende sedering til døende skal kunne anses å være forsvarlig behandling. Disse uttalelsene ble sendt med spørreskjemaet.

Når det gjelder antall behandlinger med lindrende sedering til døende, fant Helsetilsynet at det benyttes svært sjeldent.⁸⁴ Fordi svarene ellers tydet på at det var noe uklarthet rundt begrepet lindrende sedering til døende, var det vanskelig å gi noe klart svar på hvor ofte det benyttes. Det kan allikevel nevnes at 94 av 110 hadde gitt behandlingen 3 ganger eller mindre, og at av disse oppgav 77 at de i løpet av 2003 ikke hadde gitt noen døende pasienter lindrende sedering.⁸⁵ Hva gjelder de medisinske forutsetningene som må være til stede for at lindrende sedering skal kunne gis, fant man at det var god kunnskap om disse.⁸⁶ I forbindelse med spørsmål om dokumentasjon, viste svarene at det var noe usikkerhet rundt hvordan pasientens samtykke bør dokumenteres.⁸⁷ Videre viser de at det var noe uklart hvem som skulle gjøre journalnotatene.⁸⁸ Bare 8 av 110 avdelinger svarte at det var anestesilegen som skulle foreta dokumentasjonen. Det var også varierende hvor ofte avdelingene mente det var nødvendig å foreta journalføring.

3.2.3 Rådet for legeetikk (2006)

I 2002 sendte Rådet for legeetikk ut registreringsskjemaer til 400 aktuelle sykehusavdelinger.⁸⁹ Registreringsskjemaene skulle utfylles i forbindelse med bruk av lindrende sedering til døende, og på den måten kartlegge rutinene ved bruken av behandlingsmetoden. Man ønsket å registrere hvert enkelt tilfelle av lindrende sedering gitt til døende. I tillegg ble 1059 tilfeldig utvalgte leger (kalt ”referansepanelet”) i 2004 tilsendt et spørreskjema for å kartlegge legers erfaring med palliativ sedering de siste 12 månedene.

⁸³ Helsetilsynet (2000)

⁸⁴ Helsetilsynet (2006) s.9

⁸⁵ L.c.

⁸⁶ Ibid. s.10

⁸⁷ Ibid. s.14

⁸⁸ Ibid. s.16

⁸⁹ Førde (2006) s.471

Når det gjelder registreringsskjemaene var svarprosenten svært lav; i alt 16 mottatte skjemaer, hvorav 4 rapporterte om at behandlingsformen ikke blir brukt ved avdelingen. Grunnen til dette kan være at lindrende sedering til døende blir brukt svært sjelden, og at det derfor ikke var så mange flere tilfeller å rapportere om. Rådet påpekte også at det kunne være andre forklaringer på den lave svarprosenten. I referansepanelet (der 65 % svarte) oppgav 12 % av legene at minst én døende pasient ved deres avdeling hadde mottatt lindrende sedering i løpet av de siste 12 månedene. Rådet konkluderte med at "lindrende sedering til døende forekommer, men tilsynelatende relativt sjelden".⁹⁰

Når det gjelder de medisinske forutsetningene for å gi behandlingen, viste svarene på registreringsskjemaene at de som svarte kun hadde gitt behandlingen til pasienter i en døende fase. Noen av dem hadde en estimert levetid på noe mer enn det retningslinjene forutsetter, men det dreide seg i all hovedsak om kreftpasienter som var svært syke, med omfattende metastaser og svært voldsomme plager.⁹¹ Videre viste svarene at alle pasientene ble overvåket under sederingen.⁹² I 4 av de 7 tilfellene der det ble rapportert noe om væsketilførsel, var det gitt intravenøs væske. I 9 tilfeller ble det rapportert noe om vekking, og i 6 av disse hadde pasienten vært våken. Hva gjelder beslutningen om å gi lindrende sedering til døende, ble denne aldri tatt av en lege alene.⁹³ I samtlige innrapporterte tilfeller ble beslutningen tatt etter at situasjonen var diskutert enten tverrfaglig innad på avdelingen eller med andre avdelinger på sykehuset.⁹⁴ I 2/3 av tilfellene hadde pasienten samtykket og i alle tilfellene hadde de pårørende vært involvert i beslutningsprosessen.

⁹⁰ Ibid s.473

⁹¹ Ibid s. 472-3

⁹² Ibid s. 472

⁹³ L.c.

⁹⁴ Ibid s.472-3

3.2.4 Vurdering av undersøkelsene

Jeg vil først bemerke at den første undersøkelsen ble gjort før Helsetilsynet gjorde sykehusene oppmerksomme på sitt syn og før Legeforeningen hadde utarbeidet retningslinjer. Det man fant i denne undersøkelsen kan man derfor ikke legge så stor vekt på når man skal finne hvordan dagens praksis arter seg i dag. Feilkildene ved denne første undersøkelsen er sannsynligvis også noe større fordi man ennå ikke hadde fått så stor debatt om behandlingsformen, slik at kjennskapen til terminologien derfor var dårligere. Det er derfor grunn til å tro at sedering som bivirkning av annen medisinerings i større grad ble tatt med under definisjonen lindrende sedering.

Når det gjelder frekvensen for bruken av behandlingsformen, er denne svært lav i alle de tre undersøkelsene, noe som også stemmer over ens med de internasjonale tall man har.⁹⁵ Tallene indikerer enten at det er et svært lite behov for behandlingen, eller at legene er tilbakeholdne med å benytte seg av den. Retningslinjene forutsetter at lindrende sedering til døende kun skal benyttes i unntakstilfeller når alminnelig palliativ behandling ikke gir den nødvendige effekten. På den måten kan funnene fra spørreundersøkelsene vise at dette blir fulgt.

De funnene Helsetilsynet og Rådet for legetikk rapporterte om i forbindelse med spørsmål om hvilke medisinske forutsetninger som må være til stede, viser at legene da hadde god kjennskap til disse kravene. At svarene her var noe forskjellig fra det man fant ved undersøkelsen publisert i 2001, kan skyldes at usikkerheten rundt terminologien var større ved denne første undersøkelsen enn ved den andre. At legene nå må anses for å ha stor bevissthet rundt hvilke medisinske forutsetninger som må være til stede, innebærer at behandlingen oftest blir gitt til pasienter med uutholdelige refraktære lidelser og at pasienten har en svært kort estimert forventet levetid.

Hva gjelder gjennomføringen av behandlingen, ble dette så vidt belyst i den første undersøkelsen, og mer inngående i den tredje. Svarene i denne tredje tyder på at retningslinjene ble fulgt ved at pasienten i mange tilfeller ble vekket, og at de fleste av de som hadde indikasjonene for det, ble gitt intravenøs væske.

⁹⁵ Cheater (1998)

Spørreundersøkelsene viste som nevnt at det er noe ulik praksis hva gjelder dokumentasjon, men dette temaet ble, etter min mening, ikke belyst i tilstrekkelig grad. Jeg har gjennom min redegjørelse for gjeldende rett, vist at korrekt og nøyaktig dokumentasjon er helt nødvendig for at denne behandlingsformen skal kunne gjennomføres på en forsvarlig måte. Det er behov for å kunne etterprøve de beslutningene som er tatt, og her vil journalen være det eneste skriftlige bevismaterialet man har. I tillegg er det stor grunn til å tro at bevissthet rundt hva som skal dokumenteres, vil føre til bevissthet om de retningslinjene som bør følges. At det er usikkerhet rundt både hvem som skal føre journal, hva som skal dokumenteres og hvor ofte det skal gjøres, vil derfor i noen tilfeller kunne gjøre lindrende sedering til døende uforsvarlig.

3.3 Intervjuer

Gjennom intervjuer med tre overleger på området palliativ medisin, ønsket jeg å kartlegge praksisen ved tre avdelinger der man har bred erfaring med palliativ behandling. Disse intervjuene vil ikke kunne sammenlignes med en kvantitativ empirisk studie, fordi undersøkelsen åpenbart er for lite omfattende ved at det kun er tre intervjuobjekter. Allikevel kan de tre overlegene gjennom sin brede og mangeårige erfaring innen fagområdet kunne redegjøre for gjeldende praksis. Fordelen med å intervju disse tre er at man unngår feilkilder som følge av manglende kjennskap til definisjonen. Som nevnt er dette, noe av det som svekker de tidligere undersøkelsene. I tillegg til dette er det en del spørsmål jeg mener er interessante å få svar på som ikke er blitt stilt ved de tre undersøkelsene jeg har redegjort for. Dette gjelder særlig spørsmål vedrørende journalføring av ulike aspekter ved behandlingen, som for eksempel forventet levetid, væsketilførsel, formålet med behandlingen og dosering.

3.3.1 Intervju med dr.med. Stig Ottesen

Stig Ottesen er overlege på avdeling for lindrende behandling (ALB) Kreftsenteret, Ullevål universitetssykehus. Han har gjennom mangeårig arbeid innen palliativ medisin mye erfaring med behandling av døende pasienter.

På spørsmål om hvor lang forventet levetid pasientene som får terminal sedering har, svarte han at man tar utgangspunkt i retningslinjene fra Legeforeningen og ikke sederer pasienten før man estimerer at vedkommende har under en uke igjen å leve. Videre påpekte han at det er knyttet stor usikkerhet til en slik vurdering og at den blir utpreget skjønnsmessig. På konkret spørsmål om hvordan man i Norge ville stilt seg til et tilfelle tilsvarende Taylor-saken, svarte han at slik han ser det ville man her aldri tilbudt terminal sedering under slike omstendigheter.

Når det gjelder spørsmål om man gir væske og/eller næring, svarte Ottesen at det nesten ikke forekommer at det gis næring, fordi pasientene er i en slik fase av sykdommen at de ikke selv tar til seg næring. Væske er det også svært sjelden at blir gitt, men også det er fordi pasienten ikke tar til seg væske av betydning før sederingen påbegynnes. Hans inntrykk er altså at retningslinjene også på dette punkt følges. Når det gjelder spørsmål om eventuell vekking av pasientene, forklarte Ottesen at dette ofte kan oppleves som problematisk fordi sjansen for at pasientens tilstand er forbedret, er så liten, slik at en oppvåkning bare vil medføre store plager for pasienten. Han påpeker at noen tilfeller vil det å vekke en pasient opp igjen, nærmest kunne kalles tortur. Allikevel vurderes oppvåkning, og man hever bevissthetsnivået dersom man finner at dette er formålstjenlig.

Ottesen påpekte at ved hans avdeling gis lindrende sedering til døende kun etter en tverrfaglig beslutningsprosess. En lege vil aldri kunne beslutte å gi lindrende sedering uten at det er diskutert med andre. Hva gjelder journalføring påpekte Ottesen at dette er et punkt det er vanskelig å si noe generelt om fordi det varierer hvor nøye legene er. Det kan variere leger imellom og også mellom ulike situasjoner. Han påpekte at den tiden legen bruker på dokumentering går ut over den tiden hun har til pasientene, og at man derfor befinner seg i et dilemma der journalføring ikke alltid blir prioritert. Han mener allikevel at tendensen generelt innen palliativ medisin er at leger er blitt flinkere til å dokumentere enn de var tidligere. Når det gjelder lindrende sedering til døende, mener han det er forståelse for at

det her er spesielt viktig med grundig journalføring. Særlig gjelder dette formålet med behandlingen, som er avgjørende å kunne etterprøve. Hans inntrykk er at det er normalt å notere i journalen at behandlingen er gitt for å lindre uutholdelig refraktær lidelse. Hva gjelder dosering, mener han at det også her er en utbredt holdning at det skal journalføres at man gir minste effektive dose.

3.3.2 Intervju med prof.dr.med. Jan Henrik Rosland

Rosland har vært klinikkjef på Klinikk for lindrende behandling ved Haraldsplass Diakonale Sykehus i over fem år og har gjennom sitt arbeid her mye erfaring med lindrende behandling av døende pasienter, herunder lindrende sedering til døende.

På spørsmål om hvor lang estimert levetid pasientene kan ha for å få tilbud om lindrende sedering til døende, svarte han at retningslinjene blir fulgt slik at alle pasientene som får denne behandlingen har en forventet levetid på under én uke. Når det gjelder væsketilførsel, forklarte han at man også her følger retningslinjene, men at det nær sagt aldri er aktuelt å gi væske intravenøst fordi et av tegnene på at en pasient er døende, er at vedkommende slutter å ta til seg væske. For at retningslinjenes krav til forventet levetid skal oppfylles, vil pasientene i de aller fleste tilfeller ha sluttet å drikke.

Når det gjelder journalføring forklarte Rosland at de ved hans avdeling har spesielt strenge rutiner på dette når man benytter lindrende sedering til døende. Han forklarte at når beslutning om å iverksette behandlingen er tatt, journalføres grunnlaget for denne beslutningen, herunder hva formålet med behandlingen er. Når pasienten så er under behandling, gjøres det daglig notater i journalen. Det noteres da blant annet hvordan effekt man oppnår og eventuelle endringer i doseringen.

Generelt sett gav Rosland uttrykk for at Legeforeningens retningslinjer ble fulgt svært strengt ved hans avdeling.

3.3.3 Intervju med prof.dr.med. Ulf Kongsgaard

Ulf Kongsgaard er professor i anestesi og avdelingsleder ved anestesiavdelingen på Radiumhospitalet. Han har arbeidet der i 16 år, og har derfor bred erfaring med

kreftpasienter. Han publiserte den første artikkelen i Norge om lindrende sedering til døende i Tidsskriftet for den norske legeforening i 1995⁹⁶.

Når det gjelder pasientenes forventede levetid forklarte han at man tar utgangspunkt i retningslinjene og at pasientene skal være i en klart døende fase når lindrende sedering blir gitt. Han påpeker imidlertid at det kan være svært vanskelig å avgjøre hvor lenge en pasient har igjen å leve fordi sykdommens utvikling kan være svært uforutsigbar. På spørsmål om hvorvidt det gis væske og næring, svarte han at det er svært sjelden det gis næring. Dette til tross for at enkelte pasienter har tatt til seg noe næring de siste døgnene. Han påpekte at pasientene kan overleve i mange dager på bare væske, og at det derfor sjelden er indikasjon for å påbegynne sonde ernæring. Hans erfaring er at det er mye mer utbredt at pasientene får tilført væske enn næring. I en del tilfeller vil væsketilførsel være en del av smertelindringen fordi en del av pasientens plager kan komme av behov for væske. Når det gjelder oppvekking av pasienter, forklarte Kongsgaard at man alltid vurderer det, men at det er endel tilfeller der man anser det som utelukket på grunn av forhold ved pasienten. Han nevnte som eksempel en pasient med en voksende kreftsvulst som presser på pusterøret og som derfor blir gitt lindrende sedering for å slippe opplevelsen av å bli kvalt. Det er ingen mulighet for at denne svulsten skal kunne gå tilbake på dette tidspunktet, og å vekke pasienten er derfor helt utelukket.

Hva gjelder dokumentasjon mener Kongsgaard det er stort fokus på det i forbindelse med lindrende sedering til døende. Etter hans mening er det en utbredt forståelse for behovet for dokumentasjon, og at "Bærum-saken" har gjort mange mer bevisste på nøyaktig journalføring. Han forklarte at det noteres i journalen at formålet med behandlingen er å lindre refraktære lidelser, at den forventede levetiden er kort og hvorvidt man velger å gi væske intravenøst. Når det gjelder notater om doseringen mener han det er forbedringspotensiale blant leger, men at man etter "Bærum-saken" ser en tendens til at man blir flinkere til å notere at det er den minste virkningsfulle dosen som blir brukt. Han påpekte også at notater i journalen fra tidligere i sykdomsforløpet, kan vise at pasienten har

⁹⁶ Kongsgaard (1995)

fått stor toleranse for de medikamentene som benyttes, og at de på den måten dokumenterer behovet for store doser.

3.3.4 *Vurdering av intervjuene*

De legene jeg intervjuet har lang erfaring innen, og gode kunnskaper om, palliativ medisin, og de avdelingene de arbeider ved, er oftere enn andre avdelinger involvert i situasjoner med døende kreftpasienter. En svakhet ved disse intervjuene er derfor at jeg ikke fanger opp de problemene man møter ved bruk av lindrende sedering til døende når kjennskapen til behandlingsmetoden er for dårlig. Det er grunn til å tro at kunnskapen om retningslinjene er spesielt god ved disse avdelingene, og blant disse tre legene. Problemet med å fange opp informasjon fra de med liten kunnskap om bruken av lindrende sedering, er nettopp det jeg har pekt på som noe som svekker spørreundersøkelsene. Fordi disse legene i for liten grad kjenner til definisjonen ”lindrende sedering til døende”, kan man ikke med sikkerhet vite at det de gir av informasjon om bruken av behandlingen stemmer overens med virkeligheten. Slik blir dette ”problemet” også mine intervjuers styrke ved at feilkilder blir luket ut.

Samtlige av de tre intervjuobjektene gav uttrykk for at retningslinjene i stor grad blir fulgt, at de anses som gode og at det er god kjennskap til dem ved de avdelingene der de arbeider. Det ble påpekt av ett av intervjuobjektene at retningslinjene er passe ”vage” til at man får plass til det medisinske skjønnet, noe som er helt nødvendig i disse situasjonene når det kan være flere usikkerhetsmomenter.

På spørsmål om forventet levetid, svarte de alle at behandlingsmetoden kun blir benyttet på pasienter som er i en klart døende fase. I et slikt tilfelle som ”Taylor-saken” er et eksempel på, ville man i Norge altså ikke gi lindrende sedering til døende, men forsøke å finne andre løsninger. Hva gjelder tilførsel av væske og næring, fremstår det for meg som at retningslinjene også her blir fulgt. Retningslinjene legger opp til en vurdering fra helsepersonellet side, og en slik vurdering ser ut til å bli gjort i hvert enkelt tilfelle. Når det gjelder dokumentering, er mitt inntrykk at det er en utbredt forståelse for at det er viktig å gjøre dette nøyaktig i tilfeller der det blir gitt lindrende sedering til døende. Samtlige av de

intervjuede gav uttrykk for at det var fokus på dette innen det palliative miljøet og at det er en tendens til at leger blir flinkere til å dokumentere enn de har vært tidligere. Når det gjelder dokumentering av at det er minste effektive dose som blir benyttet, er mitt inntrykk at legene her kan bli enda mer påpasselige. Som nevnt er doseringen helt sentral i vurderingen av om behandlingen er forsvarlig eller ikke, og det vil i noen tilfeller være helt avgjørende å kunne bevise at den dosen som ble benyttet, var nødvendig for å få den ønskede effekten.

4 Samlende synspunkter

Jeg har nå vist at lindrende sedering til døende generelt sett må anses som en faglig forsvarlig behandlingsform, og at den dermed faller utenfor strl. § 233, men at den i konkrete tilfeller kan bli ansett som uforsvarlig på grunn av måten behandlingen er gjennomført på. Fordi selve gjennomføringen har så stor betydning for lovligheten av behandlingsmetoden, har det vært interessant å undersøke hvordan behandlingen benyttes, og i hvor stor grad det er bevissthet rundt de regler og retningslinjer jeg har presentert i min oppgave.

Når det gjelder forventet levetid, konkluderte jeg under punkt 2.4 med at på grunn av retningslinjenes standpunkt til dette, er det i Norge kun pasienter med en forventet levetid på få dager som skal kunne motta lindrende sedering til døende. Både spørreundersøkelsene og mine intervjuer viste at det blant leger er bred enighet om at lindrende sedering til døende kun skal gis til pasienter som er i ferd med å dø. Det at legene i noen tilfeller har oppgitt at behandlingen er gitt til pasienter som hadde en forventet levetid på noe mer enn det retningslinjene forutsetter, skyldes, etter min mening, vanskelighetene med å avgjøre nøyaktig forventet levetid, i tillegg til at begrensningen på ”noen få dager” er skjønnsmessig. Ved at norske leger her føler seg bundet av Legeforeningens retningslinjer, vil man med stor sannsynlighet ikke komme i den situasjonen at en domstol må vurdere om en lege kan dømmes for aktiv dødshjelp etter å ha gitt lindrende sedering til en pasient som ikke var å anse som døende. Skulle man allikevel gjøre nettopp det, vil det faktum at de fleste norske leger respekterer retningslinjene på dette punkt, være et moment som trekker i retning av at en slik behandling ikke er faglig forsvarlig.

Jeg har gjennom min drøftelse vist at det som i størst grad er avgjørende for grensedragningen mellom lindrende sedering til døende og aktiv dødshjelp, er hva formålet med behandlingen er. Gjennom mine intervjuer har jeg sett at tendensen i det palliative miljøet er at legene er oppmerksomme på dette. Slik jeg har forstått mine intervjuobjekter,

er det en utbredt praksis på deres tre avdelinger at formålet med behandlingen skal dokumenteres i journalen. Ved at man har en rutine på at et slikt notat gjøres, øker legenes bevissthet rundt nettopp formålet med behandlingen. Det sikrer også en viss bevissthet rundt dette spørsmålet. I tillegg til dette forklarte alle de intervjuede at beslutningen om å gi lindrende sedering til døende, aldri blir tatt av en lege alene, men at man diskuterte dette tverrfaglig i avdelingen. Også Rådet for legeetikk rapporterte i sin spørreundersøkelse fra 2006 om at beslutningen om å gi lindrende sedering til døende aldri var tatt av en lege alene.⁹⁷ Det at beslutningen tas av flere, sikrer at den tas på rett grunnlag, og det begrenser muligheten for misbruk. Jeg anser dette som en slags sikkerhetsventil med tanke på spørsmålet om formålet med behandlingen. Dersom man skulle foreta en juridisk vurdering av et tilfelle der en lege har gitt lindrende sedering til døende uten å diskutere dette med noen av sine kolleger, ville det at en slik beslutning normalt sett tas etter en tverrfaglig diskusjon, innebære at vedkommende lege må forklare hvorfor så ikke ble gjort i dette tilfellet. Ved å ikke følge gjeldende praksis mistenkeliggjør legen seg selv, og vil i større grad en ellers være avhengig av å kunne dokumentere at behandlingen ellers er forsvarlig gjennomført.

Videre har jeg pekt på at legens formål vil manifestere seg i doseringen. Dersom formålet er å ta livet av pasienten, vil man måtte benytte seg av en større dose enn det som er nødvendig for kun å sedere pasienten. Videre fant jeg at man hadde stor forståelse for viktigheten av at man dokumenterte at det var minste effektive dose som blir benyttet. Jeg konkluderte under pkt 2.4 med at dersom tendensen i det palliative miljøet var at man der verken hadde fokus på dokumentasjon eller forståelse for nødvendigheten av at journalføringen er nøyaktig, ville dette kunne være et problem. Under del 3 har jeg vist at tendensen er det motsatte, nemlig at man har større fokus på dokumentasjon her enn blant leger generelt. I tillegg til dette mente mine intervjuobjekter at man nå er flinkere til å foreta nøyaktig journalføring enn man var tidligere. Videre er mitt inntrykk at det er stor forståelse for nødvendigheten av dette, noe som gjør at det er all grunn til å tro at retningslinjene blir fulgt på dette punkt.

⁹⁷ Førde (2006) s.472

Et gjennomgående funn i de tre spørreundersøkelsene er at man i større eller mindre grad finner svar som tyder på manglende kjennskap til hva lindrende sedering er. Det er, som tidligere nevnt, svært vanskelig å kartlegge både omfang og gjennomføring av behandlingen gjort av leger med manglende kunnskaper om definisjonen og retningslinjene. Det er grunn til å tro at denne manglende kunnskapen kommer av at man i liten grad benytter seg av behandlingsformen, fordi kunnskapen var så god ved de avdelingene der man oftere kommer opp i en situasjon der behandlingen kan være nødvendig. En annen grunn er at problemet i spørreundersøkelsene var at noen leger så ut til å benytte seg av en for vid definisjon, slik at de uttalte seg om behandling som ikke er lindrende sedering til døende. Den manglende kjennskapen kan resultere i at disse legene aldri benytter seg av behandlingsformen, eller de kan benytte den uten å følge retningslinjene. Begge disse alternativene er uheldige. Det første vil kunne gå ut over pasienter som er innlagt ved disse legenes avdelinger og har behov for behandlingen. Det andre vil kunne medføre at den behandlingen som blir gitt, ikke er faglig forsvarlig.

Kritikken av lindrende sedering til døende har i all hovedsak knyttet seg til gjennomføringen av behandlingen. Kritikerne har ofte forutsatt en uforsvarlig bruk av behandlingsformen. Som jeg har vist gjennom min fremstilling av de undersøkelsene som er gjort og de intervjuene jeg har foretatt, følges Legeforeningens retningslinjer i svært stor grad. Disse retningslinjene er, som tidligere nevnt, utarbeidet av en gruppe med omfattende og bred kompetanse innen både medisin, etikk og juss, er i overensstemmelse med forvaltningspraksis og er anerkjent i det medisinske miljøet. Gjennom dette må de kunne sies å angi hva som er ”faglig forsvarlig” når det gjelder bruken av lindrende sedering til døende. Slik mener jeg det er grunn til å hevde at lindrende sedering til døende i Norge blir benyttet på en sånn måte at det må anses som faglig forsvarlig.

5 Etterord

Flere studier viser at det ikke er selve døden vi frykter, men vår tilstand den tiden vi er døende.⁹⁸ Vi frykter at vi vil bli fratatt vår verdighet, at vi vil miste kontrollen og at vi vil lide under voldsomme smerter og andre plager. I debatten om aktiv dødshjelp, er et av hovedargumentene for en legalisering at når det kun er lidelse som gjenstår i en persons liv, bør vedkommende få slippe å oppleve det. Et alternativ til denne tankegangen er at man i stedet for å åpne for aktiv dødshjelp, kan utvikle den lindrende behandlingen slik at man i enda større grad blir i stand til å fjerne den lidelse som pasienten har, uten å ta livet av vedkommende. Dette er da også dette som har vært målsetningen i Norge i flere år allerede.⁹⁹ I dette perspektivet utgjør lindrende sedering til døende et viktig bidrag som en siste utvei når annen palliativ behandling ikke strekker til.

⁹⁸ Dillmann (1994)

⁹⁹ NOU 1999:2 pkt.4.1

6 Litteraturliste

6.1 Bøker og artikler

- Andenæs (1996) **Andenæs, Johs og Anders Bratholm.**
Spesiell strafferett, 3. utgave, Universitetsforlaget Oslo 1996
- Andenæs (2004) **Andenæs, Johs., Magnus Matningsdal, Georg Fredrik Rieber-Mohn.**
Alminnelig strafferett, 5.utg, Universitetsforlaget Oslo 2004
- Andorsen (1999) **Andorsen, Kjell V.**
”Noen grunnspørsmål om såkalt aktiv dødshjelp”.
TFST-1999-03-1 (sisert fra Lovdata)
- Billings (1996) **Billings, JA and SD Block.**
”Slow Euthanasia”.
Journal of Palliative Care 1996; 12: 21-30
- Chater (1998) **Chater, S, R Viola, J Paterson, V Jarvis.**
“Sedation for intractable distress in the dying—a survey of experts”
Palliative Medicine 1998; 12; 255-269
<http://pmj.sagepub.com/cgi/reprint/12/4/255>
[sisert 26.3.2008]

- Den norske Legeforening (1961)
Den norske Legeforening.
”Ethiske retningslinjer for leger”
1961, oppdatert sist i 2002,
<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=485> [sitert 8.2.08]
- Dillmann (1994) **Dillmann, R.J.M. and J. Legemaate.**
“Euthanasia in the Netherlands: the state of the legal debate”
Eur J Health Law 1994; 1, 81-87
- Dworkin (1997) **Dworkin, Ronald, Thomas Nagel, Robert Nozick, John Rawls, T.M. Scanlon, Judith Jarvis Thomson.**
“Assisted Suicide: The Philosophers’ Brief”
The New York Review of Books, vol 44, Number 5, March 27, 1997. <http://nybooks.com/articles/1237> [sitert 12.2.08]
- Førde (2001) **Førde, Aasland, Falkun, Breivik og Kaasa.**
”Lindrende sedering til døende i Norge”
Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1085-8 (sitert fra www.tidsskriftet.no)
- Førde (2006) **Førde, Kongsgaard og Aasland.**
”Lindrende sedering til døende”
Tidsskr Nor Lægeforen nr. 4, 2006; 126: 471-4 (sitert fra www.tidsskriftet.no)
- Hennum (1992) **Hennum, Ragnhild.**
”Straffbar fremskyndelse av døden på alvorlig syke eller døende”
JV-1992-106 (sitert fra Lovdata)

- Howard-Snyder (2002) **Howard-Snyder, Frances.**
"Doing vs. Allowing Harm"
Stanford Encyclopedia of Philosophy 2002
(<http://plato.stanford.edu/entries/doing-allowing/>) [sitert 15.2.2008]
- Husabø (1999) **Husabø, Erling Johannes.**
"Livshjelp eller dødshjelp?"
Foredrag på debattmøte i Universitetets aula, Oslo 9.11.1999
<http://www.jur.uib.no/ansatte/joreh/Publikasjoner/Verdikommisjonen.htm> [sitert 12.2.08]
- Kaasa (1995) **Kaasa, Stein.**
"God smertebehandling eller dødshjelp."
Tidsskr Nor Lægeforen 1995;115: 2232-3
- Kongsgaard (1995) **Kongsgaard, U.E., S. Bjorgo, Pettersen og H. Aune.**
"Barbituratinfusjon som ledd i behandling av refraktære smerter hos kreftpasienter i terminalfasen."
Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2247-9
- Kongsgaard (2008) **Kongsgaard, U.E.** Intervju. 1.4.2008
- Lyons (2005) **Lyons, E C.**
"In Incognito – The Principle of Double Effect in American Constitutional Law".
Florida Law Review vol 57 July 2005 Number 3, page 470-563
(sitert fra www.heinonline.com)

- Materstvedt (2000) **Materstvedt**, Lars Johan og Stein Kaasa.
 ”Er terminal sedering aktiv dødshjelp?”
 Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1763-8 (sitert fra
www.tidsskriftet.no)
- Materstvedt (2003) **Materstvedt**, Lars Johan, David Clark, John Ellershaw,
 Reidun Førde, Anne-Marie Boeck Gravgaard, H Christof Müller-
 Busch, Josep Porta i Sales and Charles-Henri Rapin.
 ”Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC
 Ethics Task Force”.
 Palliative Medicine 2003; 17: 97-101.
[http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317\(2\)Materstvedt.pdf](http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317(2)Materstvedt.pdf)
 [sitert 19.2.2008]
- Materstvedt (2006) **Materstvedt**, Lars Johan.
 ”Lindrende sedering – problem eller plikt?”
 Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:430.
 (sitert fra www.tidsskriftet.no)
- Materstvedt (2008) **Materstvedt** Lars Johan og Aslak Syse.
 ”Ikke dødshjelp”.
 Debattinnlegg. 18.2.2007 Dagbladet
 (<http://www.dagbladet.no/kultur/2007/02/18/492374.html>) [sitert 28.2.2008]
- McIntyre (2004) **McIntyre**, A.
 “Doctrine of Double Effect”.
 Stanford Encyclopedia of Philosophy. 2004.
<http://plato.stanford.edu/entries/double-effect/>
 [sitert 29.01.2008]

- Mellin-Olsen (2000) **Mellin-Olsen, J.** og P.C. Borchegrevink
”Riktig smertebehandling dreper ikke pasienter.”
Aftenposten (morgenutgave) 30.4.2000
- Orentlicher (1998) **Orentlicher, D.**
”The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide — Rejecting
Assisted Suicide but Embracing Euthanasia”
New English Journal of Medicine 338, 1230-1231 1998
(http://content.nejm.org/cgi/content/full/337/17/1236?ijkey=57bb838b04d4dd77946e1a4a96b9dec54a48ab1b&keytype2=tf_ipsecsha) [sitert 25.2.2008]
- Ottesen (2002) **Ottesen, Stig.**
Må jeg dø i smerte?
Aschehoug Oslo 2002
- Pascal (1997) **Pascal, Blaise.**
The Provincial Letters (VII). Thomas M’Crie trans.
Wipf & Stock Publishers 1997
(<http://grtbooks.com/exitfram.asp?idx=3&yr=1&aa=PA&at=AI&ref=pascal&URL=http://www.orst.edu/instruct/phl302/texts/pascal/letters-contents.html>) [sitert 25.2.2008]
- Pedersen (2007) **Pedersen, Reidar.**
”Har leger en plikt til å forkorte liv?”
Debattinnlegg. Dagbladet 25.2.2007

- Quill (1997) **Quill, T.E., R Dresser and D.W. Brock.**
“The Rule of Double Effect – a Critique of its role in end-of-life decision making”
New English Journal of Medicine 1997 337, 1768-1771
(<http://content.nejm.org/cgi/content/full/337/24/1768>) [sitert 25.2.2008]
- Ruyter (2007) **Ruyter, Knut W., Reidun Førde og Jan Helge Solbakk.**
Medisinsk og helsefaglig etikk
2. utgave, Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo 2007
- Rådet for legeetikk (2001) **Rådet for legeetikk.**
”Retningslinjer for lindrende sedering til døende”.
Den norske legeforening Oslo 2001.
(<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=3942&subid=0>) [sitert 8.2.2008]
- Sandsdalen (2000) **Sandsdalen, C.**
“Hjelp når livet ebber ut”.
Kronikk i Dagbladet 16.5.2000
(<http://www.dagbladet.no/kultur/2000/05/16/204488.html>)
[sitert 25.2.2008]
- Statens helsetilsyn (2000) **Statens helsetilsyn.**
”Sedasjon i terminal fase ved kreftsykdom”.
Brev 6.7.2000.
http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_7231.aspx
[sitert 13.2.2008]

Statens helsetilsyn (2002)

Statens helsetilsyn.

”Advarsel i medhold av helsepersonelloven §56”.

Brev. 5.4.2002.

http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/brevandreuttalelser/baerumsaken_avslutningsbrev.pdf [sitert 12.2.2008]

Statens helsetilsyn (2005)

Statens helsetilsyn.

”Kartlegging av bruk av lindrende sedering til døende”.

Brev. 18.1.2005.

http://www.helsetilsynet.no/templates/LetterWithLinks_7230.aspx
[sitert 12.1.2008]

Stone (1997)

Stone, P., C. Phillips, O. Spruyt, C. Waight.

“A comparison of the use of sedatives in a hospital support team and in a hospice”.

Palliative Medicine 1997, Vol. 11, No. 2, 140-144

(<http://pmj.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/2/140>)

[sitert 26.2.2008]

Tännsjö (2000)

Tännsjö, T.

“Terminal sedation - a possible compromise in the euthanasia debate?”

Bull Med Eth 2000; 163: 13-22

Williams (1958)

Williams, Glanville.

The Sanctity of Life and the Criminal Law.

Faber and Faber Ltd. London 1958

6.2 Lover

1902 Almindelig borgerlig straffelov (Straffeloven) av 22. mai 1902 nr 10

1999 Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) av 7. februar 1999 nr 63

6.3 Forarbeider

NOU 1999:2 *Livshjelp*

NOU 2002:4 *Ny straffelov*

6.4 Dommer

Rt 2000 646 (Sandsdalen)

