

Litteratur

1. Sæterdal I, Pike E, Ringerike T et al. Effekt og sikkerhet for SSRI og andre nyere antidepressive legemidler ved depresjon hos voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2007.
2. Kristiansen IS. Likeverdige antihistaminer? Dagens Medisin 13.12.2007.
3. Bramness JG, Sandvik S, Schøyen H et al. Svakt om antidepressiver fra Kunnskapscenteret. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3236–7.

Retningslinjer for livsavsluttende behandling

Jon Henrik Laake har i Tidsskriftet nr. 24/2007 en kommentarartikkel om kommende retningslinjer for behandlingsavslutning i intensivavdelinger (1). Han er kritisk til at helsemyndighetene har bedt Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo om å utarbeide slike retningslinjer. Bakgrunnen for initiativet er den såkalte Kristina-saken, der legene ved Haukeland Universitetssjukehus avsluttet behandlingen av en sterkt hjerneskadet pike mot farens ønske. Sykehuset fikk bl.a. en rettslig kjennelse for at de kunne stoppe behandlingen av piken.

Laake mener at Helsetilsynet fant lite å kritisere ved Haukelands behandling av Kristina-saken og viser til Helsetilsynets rapport datert 26.7. 2007 (2). Dette er ikke korrekt. Allerede i november 2006 publiserte Helsetilsynet en knusende rapport om sykehusets behandling av og informasjon overfor Kristinas far og påpekte klare brudd på lovverket (3). Sjelden har vel et norsk sykehus fått så kraftig kritikk fra sentrale myndigheter som i Kristina-saken. Laake synes å glemme at kvaliteten på en pasientbehandling ikke bare avgjøres av den medisinske delen, men i økende grad også blir vurdert ut fra behandlingsprosessens forløp. Dette gjenspeiles også i lovverket, der bl.a. pasientens rett til aktiv deltakelse i behandlingen og mulighet til selv å kunne velge mellom alternativer er slått fast en gang for alle. Den tiden er definitivt forbi da leger alene kunne bestemme hvilken behandling pasienten skulle ha. I Kristina-saken kan dette konkretiseres til et spørsmål om hvem som skal avgjøre hva som er «et liv verre enn døden». Er det pasienten, pårørende eller legen som er nærmest og har mest kompetanse til å vurdere det?

Min erfaring fra behandlingsavslutninger fra nyfødttmedisinen er at helsepersonell og pårørende i de fleste tilfellene stort sett kommer frem til en felles forståelse, ofte gjennom en langvarig og slitsom prosess (4). Leger har et stort ansvar for å formidle nødvendig informasjon på en måte som pårørende forstår og aksepterer. Medienes interesse for slike saker kan påvirke prosessen (5). Men dersom pårørende ikke godtar eller forstår de medisinske fakta, er da tingretten rett instans for sykehuset å henvende seg til, slik det ble gjort i Kristina-saken? Jeg regner med at det bl.a.

er slike mulige utviklinger i behandlingsprosessen som helsemyndighetene ønsker å lage gode retningslinjer for.

Dag Bratlid
St. Olavs Hospital

Litteratur

1. Laake JH. Livsavslutning i intensivavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3235.
2. Helsetilsynet. Forsvarlig helsehjelp i Kristina-saken. Rapport av 29.6.2007. Oslo: Statens helse-tilsyn, 2007.
3. Helsetilsynet. Tilsynssak – Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssjukehus, november 2006. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
4. Syvertsen L, Bratlid D. Avslutning av behandling ved alvorlig sykdom hos nyfødte. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2483–5.
5. Hansen TWR. Mediene forlenger dødsprosessen. Aftenposten 19.10.2007.

Begrensning av livsforlengende behandling

I Tidsskriftet nr. 24/2007 er Jon Henrik Laake kritisk til at myndighetene har bedt Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo om å utarbeide retningslinjer for begrensning av livsforlengende behandling (1). Han er redd for at det vil føre til at indikationsstilling for intensivmedisinsk behandling overføres fra leger med intensivmedisinsk kompetanse til tverrfaglige kollokviegrupper.

Hvis Seksjon for medisinsk etikk skulle lage retningslinjene på egenhånd, ville jeg delt hans bekymring. Legeforeningen er opptatt av den samme problemstillingen. Bl.a. etter initiativ fra det intensivmedisinske fagmiljøet ba sentralstyret for 1 1/2 år siden en gruppe å utrede om det var behov for en nasjonal veileder. Gruppens konklusjon var entydig. For ett år siden oppnevnte Sentralstyret en arbeidsgruppe på ni medlemmer som fikk i oppdrag å utarbeide et forslag. Medlemmene ble oppnevnt etter forslag fra relevante fagmedisinske foreninger. På det tidspunktet var ikke Legeforeningen kjent med at Seksjon for medisinsk etikk hadde fått en tilsvarende oppgave fra sentrale myndigheter. Men det ble tidlig etablert kontakt mellom gruppene, og med velsignelse fra sentralstyret ble vi enige om å gå sammen om å utarbeide et forslag. Vi inviterte også en representant fra Norsk sykepleierforbund og Norsk pasientforening samt en helsejurist til å delta. Av arbeidsgruppens 14 medlemmer er 11 leger.

Den samlede gruppen har nettopp levert sitt forslag til sentralstyret og Sosial- og helsedirektoratet. Sentralstyret har vedtatt at Legeforeningen venter på behandlingen i Sosial- og helsedirektoratet før et endelig utkast sendes til høring i Legeforeningens organisasjonsledd samordnet med en offentlig høring.

Forslaget til veileder handler om livsbegrensende behandling i vid forstand, ikke

bare på intensivavdelinger. Hensikten er ikke å frata legene ansvaret for de medisinskfaglige beslutningene men – tvert om – å bidra til å skape felles forståelse av sentrale begreper og sikre beslutningsprosesser som kan skape trygghet og forebygge og begrense konflikter. For å få allmenn aksept er det viktig at veilederen har en slik form at den også kan forstås av andre enn helsepersonell. Laake tviler på at en nasjonal veileder vil bidra til å bedre beslutningsprosessen og viser til dårlige erfaringer med rundskrivnet om hjerte-lunge-redning (HLR minus) (1). Prosessen bak HLR minus var imidlertid en helt annen og hadde ikke samme forankring i fagmiljøene som det er lagt opp til for veilederen om begrensning av livsforlengende behandling. Bakgrunnen og prosessen denne gangen er nokså lik den Legeforeningen benyttet ved utarbeidingen av retningslinjer for lindrende sedering til døende (2). Den veilederen har Laake karakterisert som en «gevinst for samfunnet» (3). Vi får håpe at det samme kan skje nå.

Trond Markestad

Legeforeningens arbeidsgruppe
og
Rådet for legeetikk

Litteratur

1. Laake JH. Livsavslutning i intensivavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3235.
2. Den norske lægeforening, Rådet for legeetikk. Retningslinjer for lindrende sedering til døende. Oslo: Den norske lægeforening, 2001. www.legeforeningen.no/index.gan?id=3942&subid=0 [8.1.2008].
3. Laake JH, Kvåle R. Bærum-saken – igjen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1224–5.

Etiske avgjørelser i intensivavdelinger og sykehjem

Jeg har med interesse lest Jon Henrik Laakes kommentarartikkel om livsavslutning i intensivavdelinger i Tidsskriftet nr. 24/2007 (1). Jeg er selv spesialist i anestesi med mange års erfaring fra intensivmedisin. Anestesileger på intensivavdelinger må ta mange medisinske og etiske avgjørelser i hverdagen. Når livsforlengende behandling skal avsluttes, er det viktig å finne ut hva pasienten ønsker selv eller hadde ønsket dersom han kunne blitt spurt. Dessverre er dette som regel ikke så enkelt, og ofte er en eller flere personer i tvil om hva som er riktig å gjøre i en gitt situasjon. Hva om pasienten er dement, pasientens ønske er ukjent, de pårørende er uenig seg imellom eller legene og sykepleierne har forskjellige oppfatninger om hva som burde gjøres? Laake skriver at kunnskapsgrunnlaget og premissene for beslutninger i intensivavdelinger ofte ikke er entydige (1). Når en avgjørelse er usikker, situasjonen gir en følelse av ubehag eller av at

verdier er truet (2) eller når man må velge det minste av to onder (3), oppstår det ofte et etisk dilemma.

Etisk refleksjon kan hjelpe til å belyse alle sakens sider og kan foregå i en smågruppe med f.eks. lege, sykepleier, pasient og/eller pårørende. I vanskelige situasjoner kan det derimot være veldig nyttig å bruke systematiske etiske refleksjonsmetoder og verktøy, som å konsultere en etikkrådgiver, et etisk team eller en etikkomité. Disse er mer enn bare «tverrfaglige kollokviegrupper» (1); de kan bidra til å belyse en sak med forskjellige fagbriller, fra forskjellige ståsteder og med forskjellig kunnskap. Målet er å finne et eller flere etisk forsvarlige handlingsalternativer. At behandlende lege rådfører seg med andre personer og instanser, betyr ikke at han slipper å ta avgjørelsen selv. Han har fremdeles ansvaret for avgjørelsen, men det kan være en lettelse å ha hørt argumentene til alle berørte parter.

En nasjonal veileder for avståelse og avslutning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke vil trolig kunne være et hjelpemiddel til mange intensiv- og sykehjemsleger og muligens føre til mindre unødvendig diagnostikk og overbehandling. Temaet burde tas opp i forberedende samtaler med pasienter spesielt i sykehjem. Jeg er enig med Laake at vi leger må ta ansvar for medisinske og etiske beslutninger ved livets slutt, men jeg synes at vi burde ta i bruk tilgjengelige hjelpemidler som en skriftlig nasjonal veileder, etikkomiteer eller andre former for systematisk etisk refleksjon for at beslutningen skal bli så god som mulig.

Georg Bollig
Palliativavdeling
Bergen Røde Kors Sykehjem

Litteratur

1. Laake JH. Livsavslutning i intensivavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3235.
2. Slettebø A. Solving ethically difficult care situations in nursing homes. Nurs Ethics 2004; 11: 543–52.
3. Rognsaa R. Helsesøsterens dilemma. Sykepleien 2006; nr. 11. www.sykepleien.no/article.php?articleID=2686 [21.1.2008].

Behandlingsunlatelse

Jon Henrik Laake kommenterer i Tidsskriftet nr. 24/2007 utviklingen av en nasjonal veileder for begrensnings av livsforlengende behandling (1). Laake mener at myndighetene har utnyttet Kristina-saken til å be et «utenforstående akademisk miljø» om å utarbeide retningslinjer. Han frykter dette vil flytte medisinske beslutninger fra den kompetente legespesialist til «tverrfaglige kollokviegrupper» (1).

En viktig grunn til å utvikle veilederen er at mange leger, inkludert Laakes fagfeller, har etterspurt dette, også før Kristina-saken

(2, 3). Laake synes å mene at «oppgaven» hovedsakelig handler om anestesio- og intensivmedisin og at veilederen burde vært utarbeidet av hans eget fagmiljø. Helsemyndighetene og Legeforeningen har imidlertid ønsket en veileder for *hele* helsetjenesten og at den skal omfatte alle former for livsforlengende behandling, inklusiv hjerte-lunge-redning. Det er selvsagt at de som har viktig kompetanse og er berørt bør delta i utarbeidningen av veilederen. Derfor har Seksjon for medisinsk etikk sammen med en arbeidsgruppe oppnevnt av Legeforeningen, en representant for Sykepleierforbundet, en pasientrepresentant og en helsejurist, utarbeidet et utkast til veileder. Denne skal sendes på offentlig høring våren 2008. Utkastet har også vært drøftet på seminarer og konferanser der sentrale kliniske miljøer var representert.

Laake skriver at «oppgaven i realiteten dreier seg om indikasjonsstilling for livredende intensivmedisinsk behandling» (1). Det kan lett bli liten plass til pasienten, pårørende, tverrfaglighet og etisk refleksjon innenfor et slikt perspektiv. Vi er imidlertid enige i at behandlingsansvarlig lege bør beholde beslutningsansvaret. Dette er også et sentralt punkt i veilederen. Ingen har foreslått at «tverrfaglige kollokviegrupper» skal overta dette ansvaret. Det som noen, bl.a. enkelte politikere, har tatt til orde for er at beslutningen skal tas av en uavhengig, nasjonal nemnd. Økt bruk av rettsapparatet er en annen mulig «ekstern» løsning. Veilederen forsøker imidlertid å bevare og styrke de kliniske beslutningsprosessene gjennom å synliggjøre hvilke verdier som står på spill og gi generelle føringer for kommunikasjon, involvering av pasient/pårørende og håndtering av uenighet og usikkerhet. Veilederen vil være offentlig tilgjengelig og forhåpentligvis bli diskutert og kritisert. Det vil fortsatt være behov for å utarbeide fagspesifikke eller lokale retningslinjer.

Laake påpeker at det er usikkert om veilederen vil bidra til en forbedring av vanskelige beslutningsprosesser. Dette er en påminnelse om hvor viktig det er med implementering og evaluering.

Reidar Pedersen
Reidun Førde
Seksjon for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Laake JH. Livsavslutning i intensivavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3235.
2. Husebø BS, Husebø S. Etiske avgjørelser ved livets slutt. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2926–7.
3. Pletten C, Hevrøy O, Norheim OF. Den vanskelige beslutningen. Bergens Tidende 3.4.2005.

J.H. Laake svarer:

Pedersen & Førde – og til dels også Bollig – synes å tro at jeg er fremmed for at jus og etikk hører hjemme i medisinske vurderinger. Dette er en misforståelse. Som det tydelig fremgår av min artikkel (1), mener jeg tvert om at slike forhold er viktige elementer når indikasjonsstillingen ved intensivmedisinsk behandling vurderes. At det skulle bli liten plass til pasienter og pårørende i det perspektivet jeg anlegger, tolker jeg som ubegrunnet mistro fra mine motdebattanters side. Men det *er* i ferd med å bli trangt om plassen i norske intensivavdelinger, ikke pga. pasientene og deres pårørende, men pga. de mange som mener seg berettiget til å ha synspunkter på hvordan vi som utøver intensivmedisin skal skjøtte våre oppgaver overfor kritisk syke pasienter.

Veilederen som Førde & Pedersen står bak, er ikke mer generell enn at den gir føringer for hvordan respiratorbehandling skal avsluttes, hvilke medikamenter som bør og ikke bør benyttes i livets siste fase – forfatterne gir endog til beste sine synspunkter på avslutning av ECMO-behandling (ekstrakorporal membranoksygenering). Hva veilederen overhodet ikke berører, er det som er vår største utfordring: Hvor stor sannsynlighet for fatalt resultat eller alvorlig uførhet skal til før behandlingsavslutning blir det foretrukne valg – og innen hvilke usikkerhetsmarginer? Dette er et langt større dilemma, også etisk, enn de selvfølgeligheter som veilederen trekker opp. Å gjøre prognostiske vurderinger i intensivmedisin fordrer kunnskap og erfaring med intensivpasienter, noe man i hovedsak har i miljøer som befatter seg med intensivmedisin, og i minimal grad utenfor. Det blir derfor litt smålig når Pedersen & Førde prøver å fremstille dette som et spørsmål om spesialitetshegemoni ved å antyde at jeg fremmer anesthesiologiske interesser.

Her er vi også ved kjernepunktet: Veilederen etablerer et beslutningshierarki der «kliniske etikkomiteer» rangeres høyest, simpelthen fordi det vil være nærmest utenkelig å fravike de råd komiteen gir. Beslutninger som betinger hardt tilkjempet faglighet, overlates altså til et lavere kompetansenivå enn spesialistens, slik at denne nærmest fremstår som komiteens faglige veileder; derfor begrepet «kollokviegruppe».

Markestad trekker paralleller mellom arbeidet frem mot en nasjonal veileder for livsavslutning og arbeidet som resulterte i retningslinjer for lindrende sedering. Forskjellen er at lindrende (eller terminal) sedering var en lite kjent og lite anvendt praksis som ble aktualisert da den ble sidestilte med aktiv dødshjelp. Slik kan man neppe karakterisere de rundt 1 400 behandlingsavslutningene som finner sted i norske