

Livsavslutning i intensivavdelinger

Intensivmedisin er en kompleks behandlingsform som brukes ved livstruende svikt i ett eller flere organsystemer. En avgrensning av intensivmedisinsk behandling er i realiteten en avgrensning av indikasjonene for slik behandling.

I 2006 ble det registrert 1 359 dødsfall i norske intensivavdelinger, de fleste etter en aktiv beslutning om å avslutte behandlingen (1). I forkant har det vært samtaler mellom behandlende leger og de pårørende om beslutningen. Slike prosesser vil ha vært av varierende kvalitet – fra de svært gode, der de pårørende har følt seg ivaretatt, hørt og forstått, til prosesser preget av konflikt, mistro og misforståelser mellom pårørende og behandlende leger. Den såkalte Kristina-

«Om nasjonale retningslinjer vil bidra til en forbedring av denne type prosesser, er høyst usikkert»

saken ved Haukeland Universitetssjukehus var et slikt tilfelle. Legene ønsket å avslutte behandlingen av en hardt hjerneskadet jente, noe faren satte seg imot. Han hadde da allerede mistet sin hustru i den ulykken datteren ble skadet i. Saken vokste med store medieoppslag – før behandlingen ble avsluttet etter fem måneder i intensivavdelingen.

Intensivavdelingen ved Haukeland Universitetssjukehus er den avdelingen i landet som har gått lengst i å utarbeide protokoller og retningslinjer for sin virksomhet, også når det gjelder livsavslutning (2). I ettertid har da også myndighetene funnet lite å kritisere. Konflikten i Kristina-saken var både uforutsigbar og uunngåelig, men saken ble utnyttet både lokalpolitisk, rikspolitisk og fagpolitisk. Myndighetene har bedt Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo om å utarbeide retningslinjer for behandlingsavslutning i intensivavdelinger. At dette oppdraget går til et utenforstående akademisk miljø og ikke til det fagmiljøet som utøver denne virksomheten, kan oppfattes som mistillit og/eller uvitenhet fra myndighetenes side. I realiteten dreier oppgaven seg om indikasjonsstillingen for livreddende intensivmedisinsk behandling.

Hva er intensivmedisin?

Intensivmedisin er en kompleks, men like fullt avgrenset behandlingsform der indikasjonen er akutt, livstruende funksjonssvikt i ett eller flere organsystemer. Behand-

lingen er kontraindisert der den akutte prognosen under enhver omstendighet er svært dårlig eller der pasienten mangler rehabiliteringspotensial, f.eks. ved håpløs kronisk sykdom eller irreversibel organsvikt. Behandlingen er uetisk når den ikke lenger er hensiktsmessig eller er i strid med pasientens eget ønske. Prinsipielt skiller intensivmedisin seg dermed lite fra annen medisinsk intervensjon. Som ellers i praktisk medisin konfronteres også leger i inten-

sivavdelinger med et kunnskapsgrunnlag som gjør at premissene for beslutninger ofte ikke er entydige. Å ta avgjørelser under slike betingelser er en viktig del av det å være lege. Fordi det i intensivmedisin handler om liv og død, oppleves usikkerheten sterkere enn i mange andre fag, der konsekvensene av feilvurderinger ikke er umiddelbart fatale. Jeg har til gode å møte intensivmedisinere som ikke er seg dette bevisst. Liv-og-død-perspektivet forklarer også allmennhetens sterke interesse for enkeltsaker.

I sin kommentar til Kristina-saken skriver Helsetilsynet: «Beslutning om å avslutte livsoppholdende behandling hos en pasient der det ikke er dokumentert opphør av sirkulasjon til hjernen, hører med til de vanskeligste beslutninger helsepersonell står overfor», og «Skriftlige retningslinjer for hvordan man skal handle i slike situasjoner, foreligger ikke i Norge. Det er imidlertid enighet om at det er etisk forsvarlig å avslutte livsoppholdende behandling, dersom pasienten er dypt bevisstløs og prognosen tilsier at tilstanden er irreversibel og uten utsikt til bedring» (3). I Kristina-saken opplevde vi at mange utenforstående – både presse, politikere og kolleger – påsto seg å inneha kunnskap om rehabilitering av hjerneskadede barn av relevans for den aktuelle saken. Dette bidro til å undergrave allmennhetens tillit til leger ved norske intensivavdelinger. Konsekvensen er at det ropes etter nasjonale retningslinjer, bl.a. for

å gi føringer for hvordan etiske utfordringer bør håndteres når vitenskapelige fakta eller helselovgivning ikke gir klare svar på hva som bør gjøres (4). Men i Kristina-saken var det faglige grunnlaget for beslutningen om å avslutte den livsforlengende intensivbehandlingen meget solid.

Disse aller mest konfliktfylte sakene utgjør under én promille av de mange behandlingsavslutningene som finner sted i norske intensivavdelinger hvert år. Dette tyder på at norske intensivavdelinger håndterer avslutning av livsforlengende behandling på en profesjonell måte. Om nasjonale retningslinjer vil bidra til en forbedring av denne type prosesser, er høyst usikkert, noe debatten etter innføring av retningslinjer for å avstå fra hjerte-lunge-redning illustrerer godt (5). Jeg frykter at det vil bli lagt føringer som innebærer omfattende diagnostiske utredninger med liten prognostisk verdi i livets sluttfase, og at beslutninger om indikasjonsstillingen for intensivmedisinsk behandling overføres fra leger med intensivmedisinsk kompetanse til tverrfaglige kollokviegrupper.

Jon Henrik Laake

jon.henrik.laake@rikshospitalet.no
Anestesi- og intensivklinikken
Rikshospitalet
0027 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Norsk intensivregister. Årsrapport 2006. www.intensivregister.no [5.11.2007].
2. Flaatten H. Metodebok 2007. www.helse-bergen.no/avd/intensivmed/handboker/Metode.htm [5.11.2007].
3. Helsetilsynet. Forsvarlig helsehjelp i Kristina-saken. www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks___8974.aspx [5.11.2007].
4. Førde IS, Berner M, Pedersen R et al. Mangelfull oversikt over etiske retningslinjer. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1394–6.
5. Markestad T. HLR minus og behandlingsunnlatelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3179.

Manuskriptet ble mottatt 30.10. 2007 og godkjent 6.11. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.