

Avslutning av medisinsk nytteløs behandling – mer enn etikk

Uenighet om hvorvidt man skal fortsette behandlingen av en intensivpasient er svært ressurskrevende, både medisinsk og organisasjonsmessig. Tung klinisk fagkunnskap, god kommunikasjon innad i behandlingsteamet, god dialog med de pårørende og eventuell bruk av flytskjema er nødvendig for å lette disse prosessene så mye som mulig.

Etter hvert som vi får stadig større muligheter for rent teknisk å holde alvorlig syke og døende i live, øker sannsynligheten for at behandlere og pårørende ikke kommer til enighet om å avslutte nytteløs behandling. Denne situasjonen er drøftet fra et etisk ståsted av Miljeteig og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (1) og i *Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke*

«De mulighetene vi har for å utføre høyteknologisk eller personellkrevende behandling, overstiger i dag det vi har ressurser til å bruke, selv med vår rikdom»

og døende, som Helsedirektoratet nylig har hatt ute til høring (2). Man synes å legge stor vekt på pårørendes avgjørende rolle og en relativt omfattende saksgang. Begge deler kan problematiseres ut fra hverdagen i en intensivavdeling.

De pårørende til bevisstløse pasienter skal inviteres til innspill og meninger, men de må ikke få inntrykk av at de skal ta de medisinske beslutningene. Det er viktig å formidle at man i utgangspunktet gjør alt som er medisinsk mulig. Om lag 80 % av alle norske intensivpasienter skrives ut fra sykehus i live (3). Hvis man fagmedisinsk blir enige om at behandlingen er nytteløs, vil man gradvis formidle den dårlige prognosen. Deretter vil man forsiktig informere om at man vurderer å avstå fra eventuell gjenoppliving, avstå fra å starte opp utvidet behandling og/eller avslutte pågående tiltak. I slike prosesser vil nesten alltid de pårørende mer eller mindre eksplisitt akseptere de beslutningene som foreslås og effektueres. Det er de få unntakene med urokkelige protester og fastlåst uenighet som løftes opp og når ut i mediene. Dessverre blir mediebildet ofte skjevt, ufullstendig og uegnet som grunnlag for etiske diskusjoner fordi behandlerne ikke blir løst fra sin taushetsplikt og dermed ikke kan imøtegå uriktige opplysninger.

Utgangspunktet er en løpende fagmessig

vurdering av hva slags behandling den aktuelle pasienten kan tilbys videre. Dette vil handle om hvilken behandling som er teknisk mulig å få til, knyttet opp mot sannsynligheten for at den skal være nyttig. Begrepet «nytteløs behandling» er ikke umiddelbart innlysende: Skal det kun vurderes i forhold til pasientens somatiske grunntilstand eller skal også vedkommendes psykososiale situasjon tas med? Skal

samfunnets, behandlingsapparatets og de pårørendes omkostninger inkluderes i en slik vurdering? Er det det akutte sykdomsforløp eller de påførte ulemper, risiko, langtidsprognose og ressursbruk som skal være avgjørende?

Noen ganger kan det være riktig å forlange behandlingen for å gi pårørende tid og få til en god prosess rundt informasjon og beslutninger om behandlingsavslutning. Likevel bør man unngå ukritisk bruk av medisinsk teknologi når dette synes å være nytteløst (4). I en stor europeisk undersøkelse med 4 248 pasienter som døde i intensivavdelinger, hadde man i hele 73 % av tilfellene allerede begrenset oppstart av behandling eller hadde avsluttet deler av pågående behandling før døden inntraff (4, 5). Ofte vil man i ettertid komme til at behandlingen burde vært avsluttet enda tidligere. I den akutte kliniske situasjon vet man imidlertid ofte for lite om pasientens tidligere livsfunksjon og helse til å kunne vurdere nyttepotensialet der og da. Da vil behandleren ofte iverksette maksimal innsats. Problemet kan bli at bordet fanger, fordi man allerede har gitt pasienten medikamenter og iverksatt tiltak som påvirker vitale livsfunksjoner betydelig. Her kan det være gevinster å hente ved administrative helsepolitiske tiltak, f.eks. ved at behandlere i akuttituasjoner umiddelbart får data-

sikret tilgang til fullstendige journalopplysninger fra fastlege og fra tidligere sykehusopphold. Mange burde ha fått dø hjemme eller i sykehjem, men blir i stedet lagt inn i sykehus av pårørende som er usikre eller av helsepersonell som kjenner pasienten for dårlig. Slike prosesser er uverdige og opprivende for både pasient og pårørende, i tillegg til at det brukes unødvendige ressurser.

De mulighetene vi har for å utføre høyteknologisk eller personellkrevende behandling, overstiger i dag det vi har ressurser til å bruke, selv med vår rikdom. Velger vi å øke intensivvinnings overfor nytteløse tilfeller, vil det gi redusert kapasitet til å utføre store operasjoner hos andre pasienter. De som er mindre syke, kan få færre ressurser til overvåking, behandling og pleie.

Økt bevissthet i alle ledd om pasientens potensial for bedring, klok dialog med pårørende og bruk av et enkelt flytskjema ved uenighet vil kunne skape vinn-vinn-situasjoner: Pasienten får en verdig død, pårørende og behandlere spares for opprivende og langvarige prosesser, og det blir en riktigere bruk av samfunnets ressurser.

Johan Ræder

johan.raeder@medisin.uio.no
Anestesiavdelingen
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo
og
Universitetet i Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Miljeteig I, Johansson KA, Norheim OF. Etiske valg ved medisinsk nytteløs behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2185–9.
2. Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00055/Utkast_til_veileder_55309a.pdf [1.9.2008].
3. Norsk Intensivregister. www.intensivregister.no [1.9.2008].
4. Bülow HH, Hartling OJ. Afslutning av udsigtsløs terapi. Ugeskr Læger 2007; 169: 717–9. www.ugeskriftet.dk/LF/UFL/2007/8/pdf/VP49831.pdf [1.9.2008].
5. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P et al. End-of-life practices in European intensive care units – the Ethicus Study. JAMA 2003; 290: 790–7.

Manuskriptet ble mottatt 15.8. 2008 og godkjent 8.9. 2008. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.