

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 Universitetssykehus, november 2006. Oslo: Statens helse-tilsyn, 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 livsbe-grensende 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