

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 anestesiv- 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 livreddende 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 side-stilt med aktiv dødshjelp. Slik kan man neppe karakterisere de rundt 1 400 behandlingsavslutningene som finner sted i norske

intensivavdelinger hvert år. Her dreier det seg om godt innarbeidede rutiner. Jeg konstaterer for øvrig at Markestad synes å dele mitt syn på at det var uklokt av myndighetene å gi Seksjon for medisinsk etikk oppdraget med å utferdige en nasjonal veileder, men han underslår at initiativet til å samordne dette arbeidet med representanter for utøverne av faget kom fra Legeforeningen.

Bratlid påpeker at helsepersonell og pårørende i de fleste tilfeller kommer til en felles forståelse om livsavslutning – med eller uten retningslinjer. Dette var et sentralt poeng også i min artikkel. Det er grunn til å påpeke at Haukeland Universitetssjukehus har retningslinjer for livsavsluttende behandling. I møte med en far i dyp krise kom imidlertid disse til kort. Jeg har liten tro på at en nasjonal veileder vil kunne forhindre at liknende saker fra tid til annen vil prege avisoverskriftene. Bratlids fortolkning av Helsetilsynets vurderinger i Kristina-saken er imidlertid så avvikende fra min egen at jeg bare kan vise til Helsetilsynets dokumenter, som er offentlig tilgjengelig.

Jon Henrik Laake
Rikshospitalet

Litteratur

1. Laake JH. Livsavslutning i intensivavdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3235.

Ubalansert og udokumentert i Norsk legemiddelhåndbok

I Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 2007 gis det rettleiding for klinisk bruk av stoffskiftehormoner, der det fastslås: «Ved kombinasjonsbehandling med levotyrosin, som langtidsbehandling, bør det sjelden brukes mer enn 10 µg liotyronin/dag. Høyere dose gir ofte bivirkninger som søvnproblemer, angst og hjertebank» (1). Tross søk i tilgjengelig vitenskapelig litteratur har det ikke vært mulig for meg å finne vitenskapelig dokumentasjon for at en dagsdose høyere enn 10 µg liotyronin (T3) i kombinasjon med levotyrosin (T4) ofte gir bivirkninger, slik det er angitt i Legemiddelhåndboken. Påstandene forekommer i artikler av norske forfattere (2, 3) uten at det er gitt referanser til vitenskapelige arbeider.

Videre påstås det for kombinasjonsbehandling: «Løvt eller supprimert TSH-nivå viser at pasienten er overdosert med thyreoideahormoner» (1). Begrepet «overdose» brukes ofte synonymt med en toksisk dose, det vil si forbundet med høy fare for helseskade. Jeg finner heller ikke denne påstanden dokumentert i vitenskapelig litteratur.

I beskrivelsen om bruk av thyreoideahormoner fastslås det: «Langvarig overdosering (TSH < 0,2) øker risikoen for osteoporose og hjertearytmier, spesielt hos eldre personer». I vitenskapelig litteratur synes ulike studier å gi ulike konklusjoner på dette feltet. Fremstillingen i Norsk legemiddelhåndbok synes ubalansert. I Felleskatalogen 2007 gis det en mer balansert fremstilling (4). Forskjellen kan være avgjørende for hvilken behandling en lege velger å gi sine pasienter. I Felleskatalogen kan det oppfattes som om legen anbefales å overvåke bivirkninger når medikamentene gis i høy dose, mens Legemiddelhåndbokens kategoriske advarsel om bivirkninger kan skremme legen fra å gi pasienten terapeutiske doser og dermed frata pasienten en mulig helsegevinst.

Når leger og annet helsepersonell blir gitt informasjon på en slik kategorisk måte, er det viktig at man kan stole på at de ansvarlige fremstiller fakta ut fra en balansert vurdering av tilgjengelig vitenskapelig dokumentasjon. Dersom det finnes ulike syn basert på resultater av medisinske studier, bør dette reflekteres i fremstillingen. De ansvarlige for Legemiddelhåndboken må kunne dokumentere de nevnte påstandene. Dersom de ikke kan dokumenteres, må anbefalingene endres, slik at de blir i overensstemmelse med krav til en balansert vitenskapelig fremstilling.

Helge Christian Oftebro
Farsund

Litteratur

1. Norsk legemiddelhåndbok. Oslo: Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok, 2007. www.legemiddelhandboka.no/ (12.11.2007).
2. Haug E. Behandling av hypothyreose. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 935–7.
3. Norheim I, Thorsby A. Hypothyreose – mangfoldig klinisk bilde. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 932–4.
4. Felleskatalogen 2007. Oslo: AS Felleskatalogen, 2007. www.felleskatalogen.no/ (12.11.2007).

I. Norheim & A. Vilberg svarer:

Behandling av pasienter med hypothyreose har gjennom alle år vært bygd på vitenskapelig dokumentasjon og klinisk erfaring. I American Thyroid Associations anbefaling er en TSH-verdi på 0,5–2 mIE/l optimalt hos en person som behandles med tyrosin (1).

Mange pasienter med hypothyreose blir ofte ikke helt veltilpass og bra til tross for behandling med tyrosin (T4). Bunevicius og medarbeidere publiserte i 1999 en studie med få pasienter behandlet med enten en kombinasjon av T4 og trijodtyronin (T3) eller med T4 alene, der pasientene på kombinasjonsbehandling opplevde positiv effekt på livskvalitet og psyke (2). I ettertid er det utført en rekke studier der man ikke har kunnet bekrefte det samme positive resultatet. Escobar-Morreale og medarbeidere sammenstilte i 2005 ni studier om slik

kombinasjonsbehandling, der bare én studie viste positiv effekt (3). En metaanalyse av Grozinsky-Glasberg og medarbeidere omfattet 1 216 pasienter fra 11 publiserte studier (4). Man fant ingen forskjell mellom gruppene som ble behandlet med T4 eller T4+T3, og konkluderte med at tyrosinbehandling skulle forbli standardbehandling for pasienter med klinisk hypothyreose. Joffe og medarbeidere publiserte i oktober 2007 en metaanalyse av ni kontrollerte studier av T4 versus T4+T3 (5). Heller ikke her fant man signifikant forskjell i behandlingseffekt med tanke på psykiatriske symptomer mellom pasientgruppene.

Behandling med T3 gir lett suprafysiologiske toppeffekter etter tablettinntak, da absorpsjon av medikamentet er hurtig og halveringstiden kortere enn for T4. T3-behandling vil derfor lettere supprimere hypofysen enn T4-behandling. Ved måling av fritt T3 noen timer etter inntak av liotyronin (T3) vil toppen i fritt T3 kunne verifiseres med blodprøver, selv på en liten dose liotyronin (10 µg per døgn).

Den dokumentasjonen som i dag foreligger, gir ikke støtte for kombinasjonsbehandling, og internasjonalt anbefales behandling bare med tyrosin, selv om diskusjonen rundt kombinasjonsbehandling ikke helt er avsluttet. Dette ligger til grunn for fremstillingen som er valgt i siste reviderede utgave av Legemiddelhåndboken. Tilrådingene kan imidlertid ikke sies å være strenge anbefalinger om dosering av liotyronin (T3) og levotyrosin (T4). Teksten er veiledende, og man benytter ordet *bør* og ikke skal. Dette gir rom for å kunne prøve kombinasjonsbehandling i overensstemmelse med klinisk skjønn.

Ingrid Norheim
Aker universitetssykehus

Astri Vilberg
Legemiddelhåndboken

Litteratur

1. Consensus guidelines for thyroid testing in the new millennium. Thyroid 2003; 13: 39.
2. Bunevicius R, Kazanavicius G, Zalinkevicius R et al. Effects of thyroxine as compared with thyroxine and triiodothyronine in patients with hypothyroidism. N Engl J Med 1999; 340: 424–9.
3. Escobar-Morreale HF, Botella-Carretero JI, Escobar del Rey F et al. Treatment of hypothyroidism with combinations of levothyroxine plus liothyronine. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90: 4946–54.
4. Grozinsky-Glasberg S, Fraser A, Nahshoni E et al. Thyroxine-triiodothyronine combination therapy versus thyroxine monotherapy for clinical hypothyroidism: meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Endocrinol Metab 2006; 91: 2592.
5. Joffe RT, Brimacombe M, Levitt AJ et al. Treatment of clinical hypothyroidism with thyroxine and triiodothyronine. A literature review and meta-analysis. Psychosomatics 2007; 48: 379–84.