

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 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