

Sykepleien

ETIKK

Livsforlengende behandling gir etiske utfordringer

Når er det riktig å starte, fortsette eller avslutte livsforlengende behandling?
Helsedirektoratets anbefalinger i en nasjonal veileder kan være til hjelp.

[Anne Kari Tolo Heggestad](#)

Professor

Fakultet for helsefag, VID vitenskapelige høyskole

[Død](#)

[Etikk](#)

[Palliasjon](#)

[Omsorg](#)

[Etikkspalten](#)

Sykepleien 2023;111(91137):e-91137

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.91137](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.91137)

Hovedbudskap

Det er en etisk utfordring for helsepersonell å ta beslutninger om å starte, fortsette eller avslutte livsforlengende behandling i møte med alvorlig syke pasienter. Selv om det er behandlingsansvarlig lege som tar den endelige beslutningen, har sykepleiere ansvaret for at omsorgen for pasienten blir best mulig når livet går mot slutten. Da bør vi også kjenne til den nasjonale veilederen som skal hjelpe oss når vi står i disse vanskelige situasjonene.

Noen av de vanligste og vanskeligste etiske utfordringene i helsetjenesten er knyttet til livsforlengende behandling av alvorlig syke pasienter med dårlig prognose. Slike utfordringer er også en av problemstillingene som oftest blir drøftet i kliniske etikkomiteer (1).

Helsedirektoratet har utarbeidet en egen veileder for beslutninger om å begrense livsforlengende behandling (2). Denne veilederen presenterer og drøfter på en god måte tiltak i forbindelse med beslutninger som begrenser livsforlengende behandling.

En slik problemstilling er svært vanlig. Likevel er min erfaring når jeg underviser sykepleiere og annet helsepersonell, at få er klar over at det finnes en nasjonal veileder. Og enda færre bruker veilederen i praksis.

Sykepleiere har en viktig rolle i beslutningsprosessen

Selv om det ikke er sykepleiere som tar den endelige beslutningen om livsforlengende behandling, har vi en viktig rolle i beslutningsprosessen. Den ansvarlige legen, som tar den endelige beslutningen, er helt avhengig av sykepleierens observasjoner og vurderinger for å kunne ta en god beslutning. Vi som sykepleiere bør involvere oss mer i disse beslutningene og dermed også kjenne til den nasjonale veilederen og vite hva den anbefaler.

«Sykepleiere bør kjenne til den nasjonale veilederen og vite hva den anbefaler.»

I denne utgaven av etikkspalten ønsker jeg derfor å gi en komprimert innføring i hva som står i den nasjonale veilederen. Jeg vil også knytte det veilederen anbefaler til de fire medisinske prinsippene autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet (3).

Forhåpentligvis vil dette være nyttig for sykepleiere i alle delene av helsetjenesten der man behandler alvorlig syke pasienter med dårlig prognose, enten det er i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten.

Når bør man begrense livsforlengende behandling?

I dette avsnittet tar jeg utgangspunkt i det etiske spørsmålet «Når bør man vurdere å begrense livsforlengende behandling?».

For å kunne svare på spørsmålet, må vi først se nærmere på hva som menes med livsforlengende behandling, og på hva som ligger i det å begrense livsforlengende behandling.

Med *livsforlengende behandling* menes all behandling og alle tiltak som kan utsette en pasients død (2). Eksempler på slik behandling kan være kunstig væske og ernæring, dialyse, behandling med respirator eller annen pustehjelp, kjemoterapi og hjerte- og lungeredning.

Å *begrense en livsforlengende behandling* kan bety at man enten avslutter pågående behandling, eller ikke starter livsforlengende behandling. Ofte synes helsepersonell at det er mer utfordrende å avslutte behandling enn ikke å starte behandling, selv om det i prinsippet innebærer det samme.

Årsaken kan være at man opplever at man gjør noe mer aktivt når en behandling avsluttes, og at man derfor opplever at man i større grad er med på å påvirke prosessen.

Autonomiprinsippet

I denne sammenhengen handler *autonomiprinsippet* om situasjoner der pasienten selv uttrykker at hun eller han ikke ønsker livsforlengende behandling.

Dette punktet handler om at man bør ta utgangspunkt i pasientens samtykke, altså autonomiprinsippet (3). Dette prinsippet er både etisk og juridisk. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven har vi en plikt til å ivareta brukermedvirkning (4).

Det vil si at pasienten har rett til å motsette seg helsehjelp. Dersom pasienten er samtykkekompetent og har gitt eller gir uttrykk for at vedkommende ikke ønsker å starte eller forlenge en behandling, bør det derfor veie tungt.

«Pasienten har rett til å motsette seg helsehjelp.»

Utfordringen oppstår når pasienten ikke har mulighet til å uttrykke sine egne ønsker, eller når man er usikker på hvorvidt pasienten er kompetent til å samtykke til behandling. Her må samtykkekompetansen til pasienten vurderes opp mot den konkrete behandlingen som skal gis. I tilfeller der pasienten selv ikke kan samtykke, blir det viktig å høre hva pårørende mener og om de har noen tanker om hva pasienten ville ha ønsket.

I noen tilfeller ønsker ikke pasienten eller de pårørende å medvirke i beslutninger om livets avslutning, og da bør dette også respekteres av helsepersonellet.

Selv om pasienten har rett til å medvirke, betyr ikke det at pasienten kan kreve å velge hvilken behandling vedkommende skal få. Pasienten kan for eksempel ikke kreve å få en behandling som legen mener er nytteløs eller faglig uforsvarlig (4).

Ikke-skade- og velgjørhetsprinsippet

Ikke-skade- og velgjørhetsprinsippet handler om situasjoner der behandlingen forlenger en plagsom dødsprosess, og der behandlingen forlenger et liv med store plager.

Dette avsnittet dreier seg blant annet om å ivareta det etiske prinsippet om ikke å skade eller påføre pasienten unødig lidelse samt prinsippet om å gjøre vel (3).

I henhold til disse prinsippene bør nytten oppveie ulempene ved behandlingen. Dersom behandlingen er til hinder for en god avslutning på livet, bør vi vurdere å avslutte behandlingen. Her bør nytten av behandlingen vurderes opp mot ulemper, skader og kostnader (2).

I mange tilfeller kan det være vanskelig å vurdere nytten av en behandling. Derfor kan det være riktig å starte en behandling, selv om det er usikkert om den vil være nyttig. Da er det spesielt viktig at vi som sykepleiere gjør gode observasjoner og rapporterer dem videre til behandlingsansvarlig lege. Her må vi legge til grunn sykepleiefaglig og medisinsk kunnskap om hva som er forsvarlig og omsorgsfullt, i tråd med helsepersonelloven (5).

Ut fra prinsippene om ikke å skade og å gjøre vel mot pasienten har vi også en plikt til å lindre lidelse. Når vi velger å ikke starte eller å avslutte livsforlengende behandling, er det derfor viktig å gi lindrende behandling og informere pasienten og de pårørende om den lindrende behandlingen som blir gitt.

Rettferdighetsprinsippet

Etter *rettferdighetsprinsippet* er det heller ikke riktig å gi en behandling der vi er usikre på nytten, spesielt ikke dersom nytten ikke står i forhold til kostnadene. Dersom det brukes mye

ressurser på en behandling som er nytteløs, kan det gå ut over behandlingen av andre pasienter.

Samtidig er veilederen helt klar og tydelig på at en kostnadsvurdering alene ikke skal avgjøre hvorvidt man skal starte, fortsette eller avslutte behandlingen.

Forhåndssamtaler er et mulig tiltak

Veilederen nevner ikke forhåndssamtaler som et mulig tiltak, men sier samtidig at beslutningene kan være vanskeligere dersom det er uavklart hva pasienten selv ville ha ønsket. Derfor vil jeg legge til at vi som helsepersonell bør være mer oppmerksom på å ha forhåndssamtaler med pasienten før vedkommende er blitt så dårlig at hun eller han ikke klarer å uttrykke sine egne valg.

Vi har ingen nasjonale føringer for forhåndssamtaler i Norge, men forskning viser at både pasienter og sykepleiere opplever slike samtaler som nyttige. Samtidig viser forskningen at det er flere barrierer som gjør det utfordrende å få til forhåndssamtaler i praksis (6).

En av barrierene mot å få til forhåndssamtaler er at både sykepleiere og pasienter vegrer seg for å snakke om døden. Det kan derfor synes som om vi fortsatt har en vei å gå for å skape større åpenhet rundt døden og behandling i slutfasen av livet.

Sykepleiere bør gjøre seg kjent med veilederen

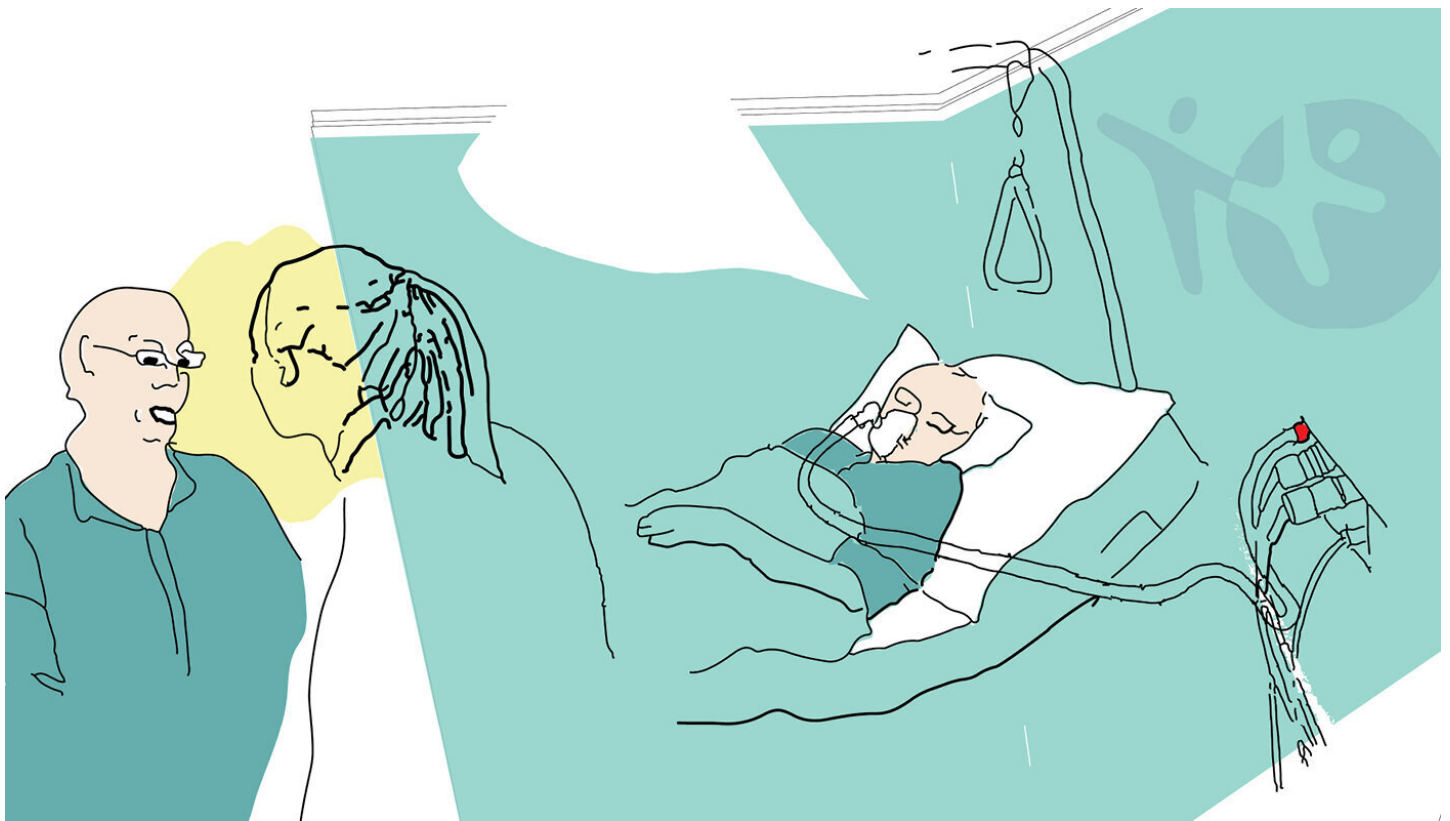
Det å ta beslutninger om å starte, fortsette eller avslutte livsforlengende behandling i møte med alvorlig syke pasienter er en etisk utfordring for helsepersonell. Selv om det er behandlingsansvarlig lege som tar den endelige beslutningen, har vi som sykepleiere et ansvar for at omsorgen blir best mulig ved livets slutt.

«Vi som sykepleiere har et ansvar for at omsorgen blir best mulig ved livets slutt.»

Vi har ansvaret for å legge til rette for pasientens medbestemmelse, men må også unngå at pasienter får en behandling som er nytteløs, eller som bidrar til unødig lidelse. Slike vurderinger er ikke enkle, men anbefalingene fra Helsedirektoratet i den nasjonale veilederen kan være til hjelp.

Jeg håper derfor at denne etikkartikkelen kan inspirere sykepleiere til å gjøre seg bedre kjent med veilederen og i enda større grad bidra i beslutningsprosessene.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



FORTSETTE ELLER AVSLUTTE? Sykepleiere bør involvere seg mer i beslutningene om livsforlengende behandling. De bør ha en forhåndssamtale med pasienten før vedkommende er blitt for dårlig til å uttrykke sine egne valg. *Illustrasjon: Monica Hilsen*

1. Førde R, Pedersen R. Clinical ethics committees in Norway: what do they do, and does it make a difference? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2011;20(3):389–95. DOI: [10.1017/S0963180111000077](https://doi.org/10.1017/S0963180111000077)
2. Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. Veileder IS2091. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/donasjon-av-organer-celler-og-vev-fra-dod-donor/beslutningsprosess-ved-avslutning-av-livsforlengende-behandling> (nedlastet 13.01.2023).
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 8. utg. New York: Oxford University Press; 2019.
4. Syse A. *Pasient- og brukerrettighetsloven: med kommentarer*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015
5. Befring AK, Ohnstad B. *Helsepersonelloven: med kommentarer*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
6. Brøderud L, Rosted E. Eldre pasienter og sykepleieres erfaring med forhåndssamtaler i sykehus: en systematisk litteraturgjennomgang. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2022;12(3):1–16. DOI: [10.18261/nsf.12.3.1](https://doi.org/10.18261/nsf.12.3.1)