
Blir beslutninger om behandlingsbegrensning fulgt?

FRA ANDRE TIDSSKRIFTER

PETTER MORTEN PETTERSEN

Tidsskriftet

Pasienter med kort forventet levetid der det på forhånd var bestemt at behandlingsinnsatsen skulle begrenses, mottok sjeldnere intensivbehandling. Dette viser en ny studie fra USA.



Illustrasjon: Ikon images / NTB Scanpix

I USA benyttes ofte et standardisert skjema for å beslutte eventuelle behandlingsebegrensninger hos kronisk syke med kort forventet gjenstående levetid. For å undersøke om slike begrensninger faktisk ble fulgt, ble rundt 1 800 dødsfall ettergått i en retrospektiv kohortstudie ⁽¹⁾. Pasientene ble inndelt i tre grupper: pasienter med behandlingsebegrensninger som kun skulle få lindrende behandling, pasienter med behandlingsebegrensninger som skulle få medikamentell behandling, intravenøs væskebehandling og hjerterovervåkning, men ikke intubasjon eller respiratorbehandling, og pasienter uten noen behandlingsebegrensninger.

Andelen av pasientene som var innlagt på intensivavdeling i løpet av de siste seks levemånedene, var henholdsvis 31 % (95 % KI 26–35 %), 46 % (42–49 %) og 62 % (58–66 %) i de tre gruppene. Andelen som hadde mottatt ett eller flere livreddende behandlingstiltak, var henholdsvis 14 % (95 % KI 11–17) og 20 % (95 % KI 17–23) i de to gruppene med behandlingsebegrensning.

- Jeg mener det i mange tilfeller er riktig å fatte beslutninger om behandlingsebegrensninger på forhånd, sier Torgeir Bruun Wyller, som er professor og overlege ved Geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus.
- Dette er viktig av minst tre grunner: for ikke å plage døende pasienter med inngripende behandlingstiltak som ikke er til hjelp for dem, for å sikre relevant behandling når det kan forventes å gi gevinst, og for å tilstrebe at disse

avgjørelsene skjer i en rolig fase.

I Norge finnes det ikke noe formelt standardisert skjema for slike beslutninger, men det fattes ofte beslutninger om behandlingsbegrensning, for eksempel at pasientene ikke skal motta hjerte- og lungeredning, ikke skal behandles i respirator eller ikke skal overføres til en intensivavdeling.

– Av og til skjer dette etter pasientens eksplisitte ønske, av og til på grunnlag av personalets vurdering, sier Wyller.

– Det er en viss bekymring for hvorvidt slike beslutninger fattes på et godt nok grunnlag, og det kan gjøres feil begge veier. Slike beslutninger må ikke være basert på alder alene, for kronologisk alder sier lite om fysiologisk reservekapasitet og gjenværende potensial, understreker Wyller, som mener vi må bli flinkere til å kartlegge pasientenes egne preferanser.

– Det kan finnes gode grunner til at beslutninger om behandlingsbegrensning ikke alltid etterleveres, så dette er verken overraskende eller kritikkverdig, sier Wyller.

LITTERATUR

1. Lee RY, Brumback LC, Sathitratanaheewin S et al. Association of physician orders for life-sustaining treatment with ICU admission among patients hospitalized near the end of life. JAMA 2020; 323: 950. [PubMed] [CrossRef]

Publisert: 4. mai 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0166

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. februar 2026.