
Livsforlengelse på tvers av pasientens ønske

DEBATT

DAMOUN NASSEHI

damoun.nassehi@gmail.com

Damoun Nassehi er ph.d., spesialist i allmennmedisin og fastlege. Han er postdoktor ved Universitetet i Stavanger og medlem av Teknologirådet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

I hjertet av medisinsk praksis ligger et løfte om å gjøre det som er best for pasienten. Men hva skjer når «det beste» ikke er i tråd med pasientens egne ønsker?

I geriatrik omsorg står livsforlengelse versus livskvalitet ofte sentralt. Et kritisk øyeblikk for slik diskusjon kan være når en eldre pasient som tidligere har uttrykt ønske om ikke å forlenge livet kommer i en akutt medisinsk krise, for eksempel ved akutt hjerneslag. Med slike erfaringer fra egen fastlegepraksis i minne ønsker jeg her å utfordre til refleksjon rundt de etiske spørsmålene som oppstår når akuttmedisinske intervensjoner ignorerer pasientens tidligere uttrykte ønsker.

Min pasient hadde ved tidligere anledninger diskutert med meg rundt ønsket om ikke å forlenge livet, og samtalene hadde resultert i klare journalførte direktiver om ikke å iverksette livsforlengende tiltak, noe som også var dokumentert hos hjemmesykepleien. Disse ønskene og den medisinske historikken reflekterte en bevisst avgjørelse om å prioritere livskvalitet fremfor kvantitet i livets siste fase.

Da et hjerneslag inntraff, ble det akutte medisinske apparatet satt i gang uten tid til å vurdere indikasjonen for behandlingen opp mot pasientens tidligere uttrykte ønsker. I hastverket og med søkelys på umiddelbar livreddende intervensjon ble det tatt en beslutning om trombektomi. Avgjørelsen kan i ettertid teknisk sett betraktes som en medisinsk suksess, men stod i direkte

konflikt med pasientens ønsker og medførte et langvarig rehabiliteringsopphold som verken respekterte pasientautonomi eller sikret pasientens livskvalitet.

«Avgjørelsen sto i direkte konflikt med pasientens ønsker og medførte et langvarig rehabiliteringsopphold som verken respekterte pasientautonomi eller sikret pasientens livskvalitet»

Eksempelen avdekker et gap mellom pasientens dokumenterte ønsker og det akutte medisinske apparatets handlingsmønster, der det ofte ikke er rom eller tid til å innhente og vurdere pasientens stemme og tidligere ønsker. Det er behov for systemiske endringer som kan sikre at pasientens autonomi og tidligere uttrykte behandlingspreferanser blir en integrert del av vurderingen, selv i akutte situasjoner.

Et enkelt tiltak kan være å innføre eget felt i kjernejournalen for forhåndsbeslutning av behandlingsbegrensning, ofte omtalt som «HLR minus», slik Harring og medarbeidere (1) har foreslått. De avdekket at mange pasienter med HLR-minus-status likevel ble forsøkt gjenopplivet og konkluderte med at «kritisk informasjon i pasientens kjernejournal fremstår som et godt egnet sted for å sikre enhetlig dokumentasjon og tilgang». Fastleger blir allerede refundert for å registrere kritisk informasjon (*cave-opplysninger*) i kjernejournalen og har rutiner for å melde dette til hjemmesykepleie og sykehjem. Noe tilsvarende bør kunne opprettes for ønsket behandlingsbegrensning, som fastlegen kan fylle inn på vegne av pasienten.

I Helsedirektoratets anbefaling om trombektomi innen seks timer er det anført følgende (2): «I de studier som danner det forskningsmessige kunnskapsgrunnlaget for trombektomi hadde pasientene god funksjon (mRS 0 - 2) før det aktuelle slaget. Denne seleksjonen av pasienter bør inntil annen dokumentasjon eventuelt foreligger være retningsgivende for trombektomi i klinisk praksis». For å sikre at slike anbefalinger blir fulgt også innen geriatrisk omsorg, mener jeg at det er avgjørende med regelmessig opplæring i vurdering av indikasjoner for livsforlengende behandlinger som hjerte-lunge-gjenopplivning og akutt trombektomi. I opplæringen kan helsepersonell i tillegg til å se på medisinske indikasjoner gjennomgå reelle kasuistikker og lære å identifisere når slike inngrep er i tråd med eller går på tvers av pasientens tidligere uttrykte ønsker og forventede livskvalitet.

«Opplæringen må gi rom for at helsepersonell kan diskutere og reflektere over beslutninger i komplekse og presserende situasjoner»

Opplæringen må gi rom for at helsepersonell kan diskutere og reflektere over beslutninger i komplekse og presserende situasjoner. Dette vil i tillegg til å kunne forbedre kvaliteten på medisinsk praksis også øke sannsynligheten for at man i behandlingsbeslutninger respekterer og reflekterer pasientens verdier og ønsker.

Pasientautonomi er en grunnstein i etisk medisinsk praksis. Blir denne autonomien oversett ved akuttmedisinske beslutninger, oppstår det grunnleggende etiske dilemmaer som utfordrer omsorgen for våre eldre pasienter. Får pasientens tidligere uttrykte ønsker sentral plass i alle medisinske vurderinger, kan vi derimot sikre en etisk, pasientsentrert omsorgsmodell.

Pasientens nærmeste pårørende har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

REFERENCES

1. Harring AKV, Tjelmeland IB, Andenæs R et al. Blir beslutninger om behandlingsbegrensninger respektert utenfor sykehus når man har ringt 113? Tidsskr omsorgsforskning 2022; 8: 1–13. [CrossRef]
 2. Helsedirektoratet. Trombektomi innen 6 timer etter symptomdebut. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/akuttfasen-undersokelse-og-behandling-ved-hjerneslag/reperfusjonsbehandling-og-antitrombotisk-behandling-ved-akutt-hjerneinfarkt/trombektomi-innen-6-timer-etter-symptomdebut#21c996a0-b3eb-4115-83c1-4d1743e1d4d2-praktisk-informasjon> Lest 21.4.2024.
-

Publisert: 13. mai 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0206

Mottatt 12.4.2024, første revisjon innsendt 21.4.2024, godkjent 29.4.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2025 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. desember 2025.