

Etiske problemer ved livets slutt

FRA FORENINGEN

AARSETH HP

Pressen har i sommer hatt bred dekning av den såkalte Bærum-saken. En overlege har beskyldt en kollega for å ha utført aktiv dødshjelp kamouflert som terminal sedering. Saken er til fornyet vurdering i Statens helsetilsyn og hospåtalemyndigheten. Det konkrete innhold i saken skal jeg derfor la ligge.

Denne type saker vekker uro både blant våre medlemmer og i befolkningen. Det rettes også kritikk mot Legeforeningen. Vår profesjon står i teorien fast på det ideal at eutanasi er uetisk, mens vi i det stille aksepterer en praksis som vanskelig lar seg skille fra aktiv dødshjelp. Det blir også hevdet at ved kategorisk å avvise eutanasi hindrer vi en helt nødvendig diskusjon om vanskelige etiske problemstillinger omkring livets slutt. Leger som ønsker å diskutere disse problemstillingene, blir lett beskyldt for å ikke være helt "stuerene" i det medisinske miljøet. I debatten om eutanasi reises også et annet spørsmål, nemlig frykten for at legene skal fortsette en uhensiktsmessig behandling mot pasientenes vilje.

Ut ifra de henvendelser blant annet Rådet for legeetikk får fra våre medlemmer, kan det være grunn til å tro at det forekommer situasjoner hvor legen, av frykt for å falle i "eutanasi-fellen", ikke gir adekvat smertebehandling eller lar være å avslutte en behandling det ikke er medisinsk grunnlag for å fortsette. Legeforeningen og Rådet for legeetikk må derfor engasjere seg mer i de etiske problemstillinger omkring livets slutt. Som en begynnelse på dette ble lederne for spesialitetskomiteene i geriatri, psykiatri, onkologi, anestesi og pediatri invitert til et uformelt møte. Hensikten var å drøfte hvordan kolleger ut fra sine ståsteder opplever et mulig gap mellom eutanasi praksis og Legeforeningens etiske regler. Ingen kunne bekrefte påstander om at praksis ved norske sykehus er på glid med hensyn til eutanasi. Det var imidlertid slående i hvilken grad de ulike spesialitetene, som jo har svært ulike pasientgrupper, har felles problemer. Det ble stadfestet at de etiske problemene omkring det å beslutte å ikke iverksette eller avslutte en behandling, oppleves som store. Innen noen fagområder ble det også pekt på at det ikke bare foregår overbehandling men også feilbehandling og underbehandling.

I dette møtet var det enighet om at begrepene aktiv og passiv dødshjelp er uhensiktsmessige og skaper forvirring både blant leger og i befolkningen generelt. Noen hevder at det ikke går an å trekke en grense mellom disse, idet beggesituasjoner forutsetter en medisinsk beslutning som så fører til pasientens død. I det ene tilfellet

besluttet en aktivhandling for å avslutte livet, i det andre tilfellet besluttet å stoppe en behandling med den konsekvens at pasientendør av sin sykdom. For de fleste leger er denne forskjellen prinsipiell. Det er det vanskelig å få forståelse for. Vimå derfor vurdere om begrepet passiv dødshjelp bør utgå. Å finne et alternativ er ikke lett, men kanskje noen av våremedlemmer har gode forslag?

Det å treffe beslutning om å avslutte behandling er alltid vanskelig. Det er en selvfølge at pasienten, om mulig, ogpårørende tar del i beslutningsprosessen. Men det vil alltid være vanskelige grensetilfeller og det er ingenangrefrist. Også det å la være å behandle kan være etisk forkastelig når beslutningen treffes på galt grunnlag. Det erderfor behov for en utstrakt diskusjon i fagmiljøene, slik at legene i størst mulig grad kan ha trygghet for at detreffer avgjørelsene på et riktig grunnlag. Det er også en utfordring for Legeforeningen at behandlingen av døendepasienter ikke alltid er like god. Det gjelder så vel smertebehandling som lindring av banale plager som for denenkelte pasient kan være like viktig. God omsorg stiller også krav til god kommunikasjon med pasient og pårørende.

Det har vært mye oppmerksomhet rettet mot kreftomsorgen. Det er viktig, men det må ikke få oss til å glemme at også mange andre pasienter trenger spesiell omsorg ved livets slutt. Det er derfor behov for systematisk opplæring av alleleger, ikke bare de som arbeider i kreftomsorgen.

Leger som behandler døende pasienter, og det vil i praksis si de fleste leger, må ha et trygt grunnlag nårvanskelige medisinske avgjørelser skal treffes. Bare når legen kan kommunisere trygghet, kan pasienten føletrygghet.

Rådet for legeetikk vil prioritere dette arbeidsområdet. Et seminar til neste år vil belyse problemstillingene og fåfrem ideer som Legeforeningen kan bygge videre på.

Hans Petter Aarseth
president

Publisert: 10. oktober 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. september 2026.