
Gir konsensus større faglig sikkerhet?

KRONIKK

JON HENRIK LAAKE

jlaake@ous-hf.no

Jon Henrik Laake er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

REIDAR KVÅLE

Reidar Kvåle er spesialist i anesthesiologi og overlege ved Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland universitetssjukehus og professor ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Når behandlingsresultater uteblir, søker vi ofte sammen i kollektive beslutninger. Er konsensus bare en måte å dele ansvar på når kunnskapen svikter?



Illustrasjonsfoto: Ole Berg-Rusten / NTB

I intensivmedisin får pasienter ofte langvarig og ressurskrevende behandling med usikker effekt. Slike situasjoner utfordrer både klinisk dømmekraft og verdigrunnlag. Behandlingsrefraktær akutt lungenviktsyndrom (ARDS) kan tjene som eksempel. Det er en svært alvorlig tilstand, med en dødelighet på 30–40 % (1). Pasienter som ikke blir bedre i løpet av de første 7–10 dagene, har spesielt dårlig prognose, men fortsatt behandling behøver ikke være håpløst (2). Kliniske retningslinjer bygger hovedsakelig på studier av behandlingstiltak som iverksettes tidlig i sykdomsforløpet – som lungeprotektiv ventilasjon, bukleie og – i alvorlige tilfeller – muskelrelaksasjon (3). Når pasientens tilstand ikke bedres, finnes det langt mindre kunnskap om hvilke tiltak som faktisk har effekt. Dette etterlater et klinisk kunnskapsgap som gjør at videre behandling i stor grad styres av erfaring, skjønn – og konsensus.

Når tvilen melder seg

Når behandlingen ikke fører fram, og pasienten etter flere uker med alvorlig ARDS fortsatt ligger tungt sedert og med stor respiratorinnsats, oppstår gjerne en uro i behandlingsteamet. Vi kjenner på frustrasjon, håpløshet og tvil.

Tvil har flere sider og kan derfor være vanskelig å håndtere. Den *faglige tvilen* handler om at vi er usikre på våre egne vurderinger og/eller at selve kunnskapsgrunnlaget er usikkert. Den *emosjonelle tvilen* handler om ubehaget som følger med slik usikkerhet og det menneskelige behovet for trygghet og fellesskap. I slike situasjoner søker vi støtte i kollektive prosesser. Ofte innkalles det til et konsensumøte for å finne en felles retning når vi står fast.

«Konsensus kan skyve beslutningsansvaret bort fra den som kjenner pasienten best og skape en fornemmelse av sikkerhet selv der evidensen er svak eller ikke-eksisterende»

Konsensusmøtet er en etablert del av intensivmedisinsk praksis (4). Det representerer faglighet, tverrfaglig refleksjon og felles ansvar. Vi samler leger, sykepleiere, fysioterapeuter – og noen ganger en etikkrådgiver – for å vurdere situasjonen og justere behandlingsmål. Erfaringen vår er at slike møter kan være verdifulle. De gir rom for ulike perspektiver og bidrar til at beslutninger forankres i hele teamet. Men det er noen utfordringer. Konsensus kan skyve beslutningsansvaret bort fra den som kjenner pasienten best og skape en fornemmelse av sikkerhet selv der evidensen er svak eller ikke-eksisterende. Når vi oppnår enighet, kan det like gjerne bety at vi har oppnådd sosial harmoni – ikke nødvendigvis høyere faglighet. Konsensusmøter kan med andre ord skape trygghet, men ikke nødvendigvis faglig sikkerhet. Dette reiser spørsmålet om hvordan vi best kan støtte beslutninger når kunnskapsgrunnlaget er svakt.

Strukturert vurdering

Et alternativ eller supplement er å bruke en klinisk-epidemiologisk tilnærming. Den vektlegger tre elementer: kunnskap om pasientpopulasjonen, forståelse av aktuelle intervensjoner og vurdering av pasientrelevante endepunkter.

Ved å strukturere vurderingen gjennom et PICO-rammeverk (populasjon (P) – intervensjon (I) – kontroll (C) – utfall (O)) kan vi formulere presise spørsmål og gjøre usikkerheten mer håndterlig. For en pasient med alvorlig ARDS uten klinisk framgang etter behandling i ti dager kan to slike spørsmål være:

- Hos voksne med alvorlig ARDS uten klinisk bedring etter ti dager (P) vil utvidet bildediagnostikk med CT toraks eller ultralydundersøkelse (I), sammenlignet med videre behandling uten nye radiologiske undersøkelser (C), gi sikrere informasjon om prognose, komplikasjoner eller behandlingsrespons (O)? (5, 6)
- Hos voksne med alvorlig ARDS uten bedring etter ti dager (P), vil høydose steroider (I), sammenlignet med fortsatt standardbehandling (C), gi bedret lungefunksjon eller overlevelse (O)? (7)

«En PICO-tilnærming hjelper oss til å skille mellom det vi vet, og det vi tror. Den synliggjør svakheter i kunnskapsgrunnlaget og tydeliggjør hvor vi mangler data»

En slik PICO-tilnærming hjelper oss til å skille mellom det vi vet, og det vi tror. Den synliggjør svakheter i kunnskapsgrunnlaget og tydeliggjør hvor vi mangler data. Ofte kan en slik gjennomgang bidra til å avklare hva som ikke har effekt, og dermed rydde bordet for en mer prinsipiell diskusjon om veien videre.

Samtidig minner den oss om at det vitenskapelige spørsmålet bare er en *del* av bildet. Når de kliniske alternativene er vurdert, står vi igjen med spørsmål som ikke lenger handler om fysiologi og evidens, men om verdier. Til slutt må vi derfor vurdere det etiske og pasientsentrerte (8):

Vil videre behandling, eller avslutning av den, være i pasientens beste interesse – gitt det vi vet om pasientens verdisyn og preferanser? Slik kombineres medisinsk evidens med etisk refleksjon.

Kunnskap som grunnlag for fellesskap

Målet med dette er ikke å erstatte konsensusmøter med PICO-analyser, men å styrke konsensusprosessen med en klarere forståelse av kunnskapsgrunnlaget. En strukturert tilnærming kan gi faglig avklaring, mens fellesskapet gir trygghet. Begge deler er nødvendige for gode beslutninger.

«En strukturert tilnærming kan gi faglig avklaring, mens fellesskapet gir trygghet. Begge deler er nødvendige for gode beslutninger»

Vår erfaring er at konsensusmøtet fungerer best når det bygger på en felles forståelse av hva vi faktisk vet, og hva som fortsatt er usikkert. Da kan møtet være et sted for klargjøring – ikke bare for ansvarsdeling. Kritiske beslutninger i intensivmedisin handler alltid om mer enn behandling alene. De berører profesjonell identitet, ansvar og verdier. Men dersom konsensus blir et mål i seg selv, kan vi miste av syne spørsmålet som egentlig burde stå i sentrum: Hva vet vi – og hva vet vi ikke? Uten en slik bevissthet risikerer vi å oppnå trygghet, men ikke faglig sikkerhet.

LITTERATUR

1. Bellani G, Laffey JG, Pham T et al. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. *JAMA* 2016; 315: 788–800. [PubMed][CrossRef]
2. Pham T, Serpa Neto A, Pelosi P et al. Outcomes of Patients Presenting with Mild Acute Respiratory Distress Syndrome: Insights from the LUNG SAFE Study. *Anesthesiology* 2019; 130: 263–83. [PubMed][CrossRef]
3. Grasselli G, Calfee CS, Camporota L et al. ESICM guidelines on acute respiratory distress syndrome: definition, phenotyping and respiratory support strategies. *Intensive Care Med* 2023; 49: 727–59. [PubMed][CrossRef]
4. Kerckhoffs MC, Senekal J, van Dijk D et al. Framework to Support the Process of Decision-Making on Life-Sustaining Treatments in the ICU: Results of a Delphi Study. *Crit Care Med* 2020; 48: 645–53. [PubMed][CrossRef]

5. Björnson M, Svensson AM, He C et al. Residual radiological opacities correlate with disease outcomes in ICU-treated COVID-19. *Front Med (Lausanne)* 2024; 11: 1263511. [PubMed][CrossRef]
 6. Maghsoudi MR, Alirezaei A, Soltanzadi A et al. Prognostication and integration of bedside lung ultrasound and computed tomography imaging findings with clinical features to Predict COVID-19 In-hospital mortality and ICU admission. *Emerg Radiol* 2025; 32: 255–66. [PubMed][CrossRef]
 7. Steinberg KP, Hudson LD, Goodman RB et al. Efficacy and safety of corticosteroids for persistent acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2006; 354: 1671–84. [PubMed][CrossRef]
 8. Neumann I, Santesso N, Akl EA et al. A guide for health professionals to interpret and use recommendations in guidelines developed with the GRADE approach. *J Clin Epidemiol* 2016; 72: 45–55. [PubMed][CrossRef]
-

Publisert: 25. november 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0623

Mottatt 19.10.2025, godkjent 10.11.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.