Kva fortel etikkarbeidet om helsetenesta?

Michael 2026; 23: 394–405
doi: 10.5617/michael.13787

Moderne helseteneste er prega av avansert medisin, sterkare pasientrettar, prioritering og stadig meir spesialisering. Dette skaper komplekse etiske dilemma og krev god samhandling mellom pasientar, pårørande og ulike delar av helsetenesta.

Artikkelen byggjer på erfaringsbasert refleksjon og gjennomgang av årsrapportar frå kliniske etikk-komitear (KEK) sende til Senter for medisinsk etikk i perioden 2022–2024. Det er særleg sett på etiske dilemma, medisinsk problematikk, samhandling, konfliktar og ressursbruk.

Sakene viser gjennomgåande stor kompleksitet, med særleg mange dilemma knytte til avgrensing av livsforlengande behandling, tvang, samhandling, behandling i strid med fagleg skjønn og deling av informasjon. Pasientar med både somatisk og psykisk sjukdom, rusproblem og svakt psykososialt nettverk er særleg sårbare.

Kliniske etikk-komitear kan bidra til å synleggjere uvisse, verdikonfliktar og ulike faglege perspektiv og til å styrkje dialogen mellom involverte partar. Samstundes viser sakene strukturelle utfordringar i ei oppstykka helseteneste. KEK-arbeidet kan derfor fungere som eit barometer for kvaliteten på samhandlinga og for korleis helsetenesta handterer etisk komplekse situasjonar.

Sidan slutten av 1990-åra har helsetenesta blitt sterkt lovregulert. Pasient- og brukarrettslova gir meir makt til pasienten, og når pasienten er mindreårig eller ikkje har avgjerdskompetanse, til pårørande (1). Medisinske avgjerder er ofte svært komplekse med mange ulike omsyn som konkurrerer innbyrdes. Lovreguleringa som er gjort for å styre medisinske avgjerder i retning av større pasientsikkerheit og pasientmedverknad, har likevel skapt gråsoner for vurderingar for dei behandlingsansvarlege. I mange av desse vurderingane er verdispørsmål sentrale (2).

Medisinen har i løpet av denne tida gjort svært mange framsteg. Tilstandar som før medførte snarleg død, kan i dag behandlast. Ein pris for dette er oppstykkinga av medisinen i spesialisering og greinspesialisering, som krev ein anna sjukehusstruktur, frå allmenne indremedisinske avdelingar til organspesifikke avdelingar. Dette stiller store krav til samarbeid og samhandling på tvers av sjukehusavdelingar og mellom nivåa, især for kronisk sjuke pasientar med mange diagnosar.

Eit anna fenomen som er blitt sterkare i løpet av desse tiåra, er vekta på prioritering og plikta til å ta ressursomsyn i vurderingane (3). Dette er også nedfelt i Etiske regler for leger, kapittel 1, § 12, som slår fast «en lege må ikke på noen måte søke å skaffe enkeltpasienter eller grupper en uberettiget økonomisk, prioriteringsmessig eller annen fordel» (4).

Mange etiske problem er såleis eit resultat av at andre omsyn enn dei strengt faglege styrer krevjande avgjerder i helsetenesta. Dette kan medføre vanskelege grensedragingar for dei behandlingsansvarlege.

Kliniske etikk-komitear (KEK) kan konsulterast av både klinikarar, pasientar og pårørande som støtte i krevjande etiske dilemma, for å sikre ei grundig drøfting av etiske problem i helsetenesta (5). Sakene som blir viste til, kan sjåast på som ei fortetting av verdikonfliktar generelt i helsetenesta og kan fungere som eit vindauge inn mot meir grunnleggjande og strukturelle utfordringar: Kvifor blir saker så vanskelege, og kva slags føringar og verdikonfliktar ligg innebygde i dei? Dette er spørsmål som vil bli løfta fram i denne artikkelen gjennom erfaringsbasert refleksjon, med støtte i årsmeldingar frå KEK.

Kva er KEK?

I 2021 blei kliniske etikk-komitear lovfesta i spesialisthelsetenestelova (6, 7). Det betyr at alle helseføretak skal ha ein KEK. Dei fleste komiteane har som ideal at pasient eller pårørande skal kunne møte komiteane og delta i drøftinga der dette er tenleg. Slik får KEK direkte innblikk i verdiane og synspunkta til pasienten eller dei pårørande.

KEK-ane drøftar saker knytte til einskildpasientar, men også meir prinsipielle saker. Ikkje sjeldan avdekkjer drøftingane av einskildpasientsaker prinsipielt viktige spørsmål som kan delast med helsetenesta gjennom publikasjonar (8) eller utarbeiding av retningslinjer (9).

Senter for medisinsk etikk (SME) har eit fagleg nasjonalt ansvar for arbeidet, får kvart år tilsendt årsrapportar frå dei fleste av dei 36 lokale komiteane og får slik ei god oversikt over kva typar saker komiteane har arbeidd med (6). Årsmeldingane frå lokale KEK-ar er noko ulikt utforma. Nokre har kortfatta gjennomgangar av saker dei har arbeidd med, andre

meir utfyllande. Eg har vore aktiv i dette arbeidet ved Senter for medisinsk etikk sidan 1996 fram til i dag og har lese årsrapportane over ei årrekkje. Samstundes med at eg har vore medlem av KEK ved Rikshospitalet/Radiumhospitalet/Oslo universitetssjukehus sidan etableringa av komiteane. Det er her eg har vore tettast på dei einskilde sakene som har vore drøfta i komiteane.

Eg har lese gjennom årsrapportar sende til Senter for medisinsk etikk i åra 2022–2024, med særleg blikk på følgjande:

- det etiske dilemmaet i kvar sak
- kva slags medisinsk problematikk dominerer i saka (somatikk/psykisk helse/rus)
- samarbeid i ulike delar av helsetenesta
- samarbeid mellom behandlarteamet og pasient/pårørande, og eventuelle konfliktar
- i kva grad ressursbruk er eit tema i rapporten frå drøftinga

Kva viser årsrapportane?

Gjennomgangen viser stor aktivitet i dei fleste etikk-komiteane. Til dømes har KEK-ane ved Oslo universitetssjukehus drøfta meir enn 50 saker knytte til einskildpasientar og ti meir prinsipielle spørsmål i løpet av desse tre åra.

Dei vanlegaste etiske problema går igjen i dei fleste av landets komitear. Kompleksiteten i sakene er stor, og i mange av sakene er det fleire etiske dilemma og krevjande og kompleks medisinsk problematikk. Nokre av sakene er drøfta fleire gonger i same komité.

Mange av sakene KEK-ane har drøfta, har sitt utspring i konfliktar, oftast mellom behandlingsansvarlege og pasientar eller pårørande. I nokre saker er det også usemje innan behandlingsteamet, og dette er ikkje alltid sett ord på. Ei god KEK-drøfting får ofte dette fram. Usemje blant kollegaer kan ha stor etisk relevans dersom fakta og prognose blir framstilte sikrare enn det er grunnlag for, eller dersom verdispørsmål blir kamuflerte som faglege spørsmål.

Like ofte er sakene «pest eller kolera»-saker, der ingen veit kva som er det rette å gjere, ofte fordi det er stor uvisse rundt fakta i saka. Det drøftinga kan bidra med, er å setje ord på uvissa rundt faktagrunnlaget, verdikonfliktane og kven som er berørt av dei ulike haldningsalternativa. Dette er ikkje alltid klargjort på førehand. Til dømes blir ikkje alltid helsepersonell som berørte partar rekna med når dei betalar ein tung pris ved å måtte utføre massiv tvang eller uforsvarleg bruk av storsamfunnet sine ressursar. Alt dette er viktige punkt i den såkalla SME-modellen, som dei fleste brukar i drøftingane (5).

I det følgjande blir sakene delte opp i nokre kategoriar. Fleire av sakene høyrer heime i meir enn éin kategori.

Avgrensing av livsforlengande behandling

Dette har vore det hyppigaste etiske dilemmaet heilt frå starten av arbeidet (5). Ofte er ei av årsakene til at sakene er tekne opp i KEK, at det er ueinigheit mellom behandlarteamet og pårørande om det er rett å avslutte livsforlengande behandling. I dei aller fleste sakene er det pårørande som ønskjer behandling, medan klinikarane meiner at det er fagleg forsvarleg å stoppe behandling. I særleg krevjande tilfelle ønskjer foreldre at livsforlengande behandling skal stoppe, medan behandlarane meiner at behandlinga har potensiell nytte for barnet.

Hos svært for tidleg fødde barn, eller barn fødde med alvorleg sjukdom, er det svært ofte uvisse rundt prognose og behandling. Eit døme kan vere ein livstruande sjukdom hos eit barn der ny behandling har usikker effekt og potensielt inngripande biverknader, men der det manglar alternativ behandling.

I nokre tilfelle er avslutning av behandling særleg vanskeleg fordi pårørande kan ha ein religiøs overtyding om at det er mot Gud eller Allah sin vilje at menneske skal «leike Gud» ved å bestemme behandlingsavgrensing. I nokre slike tilfelle har KEK-ane også hatt med imam som støtte i drøftinga. Med eit meir heterogent samfunn med mange nasjonalitetar og religionar aukar risikoen for slike verdikonfliktar.

Der pårørande ønskjer livsforlengande behandling, ber sakene preg av at behandlingsansvarlege strekkjer seg langt og held fram med behandlinga i dagar og veker, for «å få pårørande med på laget». Det medfører at klinikarane i nokre tilfelle behandlar pasientane mot sitt eige faglege og etiske skjønn.

Tvang mot pasient

Å ta vare på pasientautonomien er sentralt for alt KEK-arbeid.

Også spørsmålet om tvang er til pasienten sitt beste, er eit av dei vanlegaste dilemmaene, også i somatiske problemstillingar. Mange av pasientane har alvorleg somatisk sjukdom, og i tillegg psykisk sjukdom eller avhengigheitsproblematikk. Om pasienten skal ha rett til same behandling for alvorleg somatisk sjukdom som alle andre, kan denne ofte berre gjennomførast ved hjelp av langvarig, ofte massiv tvang.

Eit døme på dette er kirurgisk behandling av kreft med etterfølgjande langvarig stråle- og cellegiftbehandling, også dette med bruk av tvang. Dette er eit døme på eit «pest eller kolera»-dilemma. I slike saker kan det vere

avgjerande å ha med pårørande eller folk som kjenner pasienten godt i drøftinga, for å få fram kva som er i tråd med pasienten sine verdiar og preferansar, og ikkje minst korleis pasienten vil reagere på langvarig tvang.

Ei undergruppe av denne problematikken er pasientar med eteproblem og/eller sjølvskading. Det har blitt fleire slike saker i mange KEK-ar. Dette er krevjande saker som oftast gjeld unge pasientar, og sjukdommen har alvorlege konsekvensar for den næraste familien. Her kan tvang og næringsbehandling under tvang bli vurdert som livreddande, samstundes som nokre av desse pasientane har ei sjukehistorie med overgrep, der tvang kan gjere den psykiske helsa verre.

Desse pasientane er svært ressurskrevjande, både i form av personalkostnader og som ei psykisk påkjenning for dei som må gjennomføre tvangen mot sårbare unge individ. Nokre av desse pasientane er gjengangarar i sjukehusavdelingar. Dei krev store ressursar, og somatikarane som igjen og igjen får desse pasientane inn til livreddande behandling, kan stille spørsmål ved nytten av den psykiatriske behandlinga. Drøftinga i KEK blir oftast gjort med nærvær av helsepersonell med både psykiatrisk og somatisk kompetanse, og kan skape forståing for kvarandre sine verdiar og faglege vurderingar av pasienten.

Komplekse saker krev samhandling

I svært mange av dei kompliserte sakene nemnde over, blir pasientane behandla både i primærhelsetenesta og i fleire avdelingar innanfor same institusjon. Gjennomgangen av sakene viser at samhandlinga ofte sviktar og fører til ansvarspulverisering og problem knytte til kommunikasjon, både med pasient og pårørande og mellom ulike behandlarar.

Særleg sårbare er pasientar utan psykososialt nettverk, som ofte lever på sida av samfunnet, ofte utan avgjerdskompetanse og utan evne til samarbeid. Her kan spørsmålet vere: Finst det nokon rett til å gå til grunne når pasienten alltid har sagt nei til medisinsk behandling? Å ikkje behandle når behandling kan ha stor effekt, strir mot helsepersonell sin profesjonsetikk, men ulike spesialitetar kan vurdere nytte og effekt av behandling noko ulikt.

Det kan også dreie seg om krevjande pasientar som er avgjerdskompetente, men ikkje samarbeider, som set ulike behandlarar opp mot kvarandre, og som til dels er utagerande. Mange av pasientane er spesielt sårbare med dårleg psykososialt nettverk. Dårleg samhandling og dårleg koordinering blir særleg alvorleg for desse, og ofte fell desse pasientane mellom mange stolar i helse- og omsorgstenestene.

I nokre tilfelle har pasienten vore innlagd til behandling av alvorleg somatisk sjukdom, men behandlinga krev nærvær også av personale frå

psykisk helsevern. Kommunikasjonen mellom somatikk og psykiatri blir særleg komplisert dersom avdelingane er langt frå kvarandre geografisk, men kommunikasjonen kan vere krevjande også der avdelingane ligg innanfor same bygning.

I denne kategorien kjem behandling av personar med utviklingshemming. Som barn får dei vanlegvis same behandling som andre barn, også organtransplantasjon. Men kva når pasienten blir vaksen og skal behandlast i ei anna avdeling som, blant anna på grunn av organmangel, krev evne til samarbeid for at pasienten skal få full nytte av eit organ? Har barneavdelinga då lova noko som ikkje kan oppfyllast når pasienten blir vaksen?

Overgangane mellom barne- og vaksenavdelingar er ofte krevjande for unge pasientar med alvorlege kroniske sjukdommar.

Ei undergruppe av pasientar som stiller store krav til god samhandling, er flyktningar og pasientar med framandkulturell bakgrunn. Nokre av desse er traumatiserte med alvorleg psykisk liding. Mange har dårleg nettverk og i tillegg alvorleg somatisk sjukdom. Problem knytte til språk og kommunikasjon og skepsis til personar med makt gjer dei til nokre av dei mest sårbare og krevjande pasientgruppene.

Drøftinga i KEK av desse svært komplekse sakene, der alle behandlarane er med, ofte saman med pårørande eller ein representant for pasienten, kan samle ulike perspektiv, opplevingar og vurderingar rundt behandlinga, og slik betre samarbeidet.

Behandling mot fagleg skjønn

I nokre tilfelle kjem saker til KEK fordi pårørande har eit anna syn på rett behandling enn klinikarane. Kor langt er det rimeleg at sjukehuset kjem pårørande i møte?

I nokre saker har pasienten hatt symptom som ikkje blir stadfesta gjennom undersøkingar og diagnostikk. Ein slik tilstand er langvarig utmatting/ME, der pasienten er så alvorleg sjuk at innlegging er nødvendig, og der behandlarane «må» gjennomføre behandling dei ikkje meiner er indisert. Døme på det er langvarig og på sikt potensielt skadeleg intravenøs ernæringsbehandling utan at ein finn gastrointestinal patologi, krav om mørke i sjukerommet eller behandling berre av bestemt helsepersonell.

Fødselsomsorga er også eit døme på eit felt der pasientane sine rettar er styrkte. Her kan nokre av kvinnene komme med ønskje om tiltak som bryt med medisinske rutinar, til dømes sein avnavling av barnet eller spesiell behandling av placenta. Fødselsomsorga opplever at faglege rutinar blir sette under press når kvinna set seg imot nødvendige kirurgiske inngrep, under-

søkingar og overvaking, når slike ønskje blir vurderte til å kunne setje barnet sitt liv og helse i fare (figur 1).

Pasientar med alvorleg sjukdom knytt til rus treng nokre gonger aktiv og langvarig livsforlengande behandling, til dømes langvarig infeksjonsbehandling eller dialyse. Nokre av desse har problem med å følgje opp slik ressurskrevjande behandling. Når pasienten ikkje kan eller vil følgje opp behandlinga, blir også nytten mindre. Indirekte vil då slik ressurskrevjande behandling gå ut over andre pasientar og også motivasjonen til behandlarane.

Ikkje sjeldan kan åtferda til nokre av desse pasientane vere skremmande også for medpasientar. KEK-arbeidet viser alltid at det sit langt inne for behandlarar å stille krav, og at dei strekkjer seg svært langt for pasientane, også når det går ut over både arbeidsmiljø og medpasientar.

Eit sentralt spørsmål er om desse pasientane har avgjerdskompetanse eller om dei er påverka av sjukdom slik at dei ikkje lenger har ein fri vilje, og derfor treng ekstra vern. I tillegg kjem spørsmålet om nytten av slik langvarig og ressurskrevjande behandling står i forhold til ressursbruken. Å bruke ressursargument for å avgrense behandling som kan føre til at pasienten døyr, sit langt inne og er aldri eit sjølvstendig argument i KEK-drøftingane.



■ Klinisk etikk-komite i Helse Bergen gir råd i etisk vanskelige saker

NÅR MOR NEKTER KEISERSNITT

Hva skal leger gjøre når en gravid kvinne ikke ønsker behandlingen som kan redde henne selv eller barnet hun bærer?

KATHERINE FERGUSON

HAUKELAND: I fjor kom helsepersonell ved Kvinneklinikken opp i en vanskelig situasjon.

En kvinne var gravid i uke 28 og hadde alvorlig svangerskapsforgiftning som truet helsen hennes. I ugunst avsluttet 3 forbase barnet ved keisersnitt.

Redd for barnet

Men kvinnen, som er av utenlandsk opprinnelse og snakker dårlig norsk, sa nei.

I landet kvinnen kommer fra, er helsevesenet nye dårligere enn her, og hun mener ikke at barnet skulle bli født så premateurt som i stor 28. Men å ikke forbase barnet, vil le utgjøre en risiko for både mor og barn, forteller leder ved etikkvalgene ved HK Susanne Albrechtsen.

Helsepersonellet sto dermed overfor en situasjon der de måtte vurdere om de hadde rett eller plikt til å utføre keisersnitt mot morens vilje for å redde kvinnen og hennes kroppslige funksjoner fra dødelig eller alvorlig skade.

– Vi valgte å rykke ikke fra Klinisk etikk-komite, sier Albrechtsen.

Råd fra utenlandsk lege

Klinisk etikk-komite (KEK) i Helse Bergen ble opprettet i 2004. Komiteen består av 15 medlemmer fra ulike fagfelt og avdelinger i helseforetaket.

Komiteen gir råd til helsepersonell, pasienter og pårørende i saker som er etisk vanskelige.

I saken om kvinnen ved KK som nektet keisersnitt, hastet det så mye å ta en beslutning at det ikke var tid til å kalle sammen hele komiteen.

Man jo snarere seg om massiv overtalelse involverer en grad av tvang.

DAG MOLDE, leder for etisk råd i Helse Bergen

Hen konsulterte derfor, sekretæren og en jurist stilte opp for å drøfte saken.

– Vi diskuterte i hvilken grad det var mulig å bruke tvang, men også hvordan vi kunne informere og involvere pasienten i behandlingsvalgene, forteller leder for KEK, overlege ved Barnekirurgisk avdeling Dag Moster, til Bt.

Kommunedirektørene sakte også råd hos en fødselslege fra landet, der kvinnen kom fra.

– Vi ba videre til å forklare for pasienten at barn født i uke 28 i Norge har svært gode sjanser for å overleve, i åpnet av kvinnen, etter flere samtaler med pasienten, aksepterte hun til slutt keisersnitt, forteller Moster.

Flere lignende saker

KEK-direktør Albrechtsen forteller at de opplever at kvinner nekter keisersnitt med jevne mellomrom.

Vi har vel rundt to til tre tilfeller årlig. Det er komplekst hva som ligger bak når en kvinne sier nei til keisersnitt til tross for at det er medisinsk anbefalt.

I de fleste tilfeller handler om å redde barnets egenliv mens de, når evnene utenlandsk opprinnelse.

– Vi ser at det ofte handler om at kvinnene kommer fra land med en annen kultur og annen kvalitet i fødselshjelpen enn her. De kommer gjerne fra land der det ikke er like god hygiene og tilgang på kompetanse, og der risikoen ved operasjoner er høyere. Samtidig har de kanskje også mindre kjennskap til hvordan kroppen fungerer etter vi vant til her hjemme, påpeker kan Albrechtsen, og tilføyer:

– I tillegg er språk vanskelig, selv når vi bruker tolk kan det være utfordrende å formidle alle aspekter.

Vanskelig avveining

Dag Moster sier at tilfeller der mor nekter keisersnitt, er klare nok etiske dilemma der KEK blir bedt om å gi råd.

I etterkant av det omtalte tilfellet i 2019 har vi foreligt seks andre lignende saker fra KK og barnet som i dette tilfellet.

I utgangspunktet er det utmalte situasjoner. Når vi foreligt seks andre lignende saker fra KK og barnet som i dette tilfellet.

Lingen. Det er både juridiske, praktiske og etiske utfordringer i saker der det er motstridende interesser mellom mors rett til å bestemme selv og fosterets krav på helsehjelp.

Det finnes eksempler i Norge på at kvinner har nektet seg keisersnitt og at barnet har dødd, mulig som følge av en keisersnitt ikke ble utført, går det frem av en artikkel i Tidsskrift for den norske Legeforeningen om vanskelige keisersnitt.

Ved KK har ikke tilfellene de senere årene endt med at kvinnen ble overruli til å tilføre keisersnitt, forteller albrechtsen.

– Det kan ta tatt tid, og vi har hatt behov for råd fra alt fra kvinnenes familie til religiøse ledere og utenlandsk medisinsk ekspertise, men vi har klart å komme frem til et informert samtykke og unngått tvang, sier klinikksjefslegen.

– Men så kan man jo spørre seg om massiv overtalelse kommer en grad av tvang, bemerker Moster.

Ingen saker der mor har nektet keisersnitt har hittil blitt behandlet i en domstol i Norge, ifølge artikkelen i Tidsskrift for den norske Legeforeningen.

Liv og død

Det kan bli aktuelt om å gi råd om mange ulike typer problemstillinger i løpet av et år, sier Moster.

– Vi har ikke noen statistikk på hvilke temaer som oftest går igjen, men avhengsmessig er saker som handler om å bruke tvang for å ivareta pasientens beste.

I fjor drøftet KEK blant annet disse sakene:

■ Forbud som kan medføre at pasienter som har fått assistert befruktning ved Haukeland, ■ Ønsker til ulik praksis for hvorvidt pårørende kan få være til stede ved gjennopprøring av pasienten.

■ Bør Helse Bergen innføre en ny praksis for organdonasjon etter sirkulatorisk død, KEK mener Helse Bergen kan

UTFORDRENDE: Klinikksjefslege Susanne Albrechtsen ved Klinisk etikk-komite i Helse Bergen sier at det kan være utfordrende å formidle alle aspekter.

Haukeland får hvile et dei prinsippet ikke kan gjøre inngrep mot mors vilje, men jo lenger ut i svangerskapet, dess mer alvorlig blir det å overleve.

KLINISK ETIKK-KOMITE

■ Klinisk etikk-komite i Helse Bergen ble opprettet i 2004.
■ Komiteen er felles for alle helseforetak i Helse i helseforetaket.
■ Komiteen består nå av 15 medlemmer, blant annet leger, sykepleiere, sykehuspreist, jurist, ekspert på medisinsk etikk og helsekompetanse.
■ Pasient, pårørende og behandlingsteam kan henvise en sak som en enkelt drøftet i komiteen.
■ KEK leger en skriftlig tilsvar-melding med anbefaling råd fra komiteen. Rådene er ikke juridisk bindende.

Figur 1. Faksimile frå Bergensavisen 12. mars 2018. https://www.nb.no/items/d63e3d2e1434c85ea9c22cf3154ec846?page=13

Deling av informasjon

Stadig betre diagnostikk kan gi bifunn av usikker medisinsk betydning. I slike tilfelle oppstår spørsmål om all slik informasjon må delast med pasienten. Kva er godt for pasienten, kva er nødvendig å dele og kva slags informasjon kan skade?

Fleire slike etiske problem kjem i kjølvatnet av genteknologi. Når ein her finn avvik ein ikkje har leita etter, men som kan vere teikn på framtidig alvorleg sjukdom som det ikkje finst behandling for, kven skal ha denne informasjonen – rekvirenten, fastlegen, pasienten eller slektningane? Kva når eit tilfeldig funn er at barnet sin sosiale far ikkje er den biologiske, og dette ikkje er kjent? Funnet kan ha dramatiske konsekvensar for pasient og familie.

Eit anna døme på informasjonsdilemma er at ein gjer funn av smitte på eit kirurgisk instrument av ein svært sjeldan alvorleg sjukdom utan behandlingstilbod. Etterpå er instrumentet brukt på mange pasientar. Akkurat for denne sjukdommen er vanlege steriliseringsrutinar for dårlege. Risikoen for å ha overført smitte er mikroskopisk, men ikkje null. Skal sjukehuset oppsøkje alle potensielt smitta og informere? Kor mykje ressursar skal brukast på dette, og kor stor vil den totale gevinsten vere? I kva grad vil informasjon om dette skape angst? Men dersom sjukehuset ikkje har informert og ein pasient får lidinga, vil då pasienten kunne saksøkje sjukehuset? Dette er eit døme på at slike avgjerder må takast under stor grad av uvisse.

Eit etisk problem knytt til informasjon som vi har sett fleire døme på, er om pasienten kan nekte behandlarar å hente inn epikriser og andre opplysningar som er nødvendige for diagnostikk og behandling (8).

Dette kan gjelde pasientar med uklare lidingar. Eit døme på dette er ein pasient med nyleg diagnostisert Münchausens syndrom som har fått ei rekkje inngripande behandlingar i dei fleste av kroppen sine organ på fleire ulike sjukehus. I tillegg har pasienten omfattande kommunal støtte. Kunnskap om diagnosen vil påverke helsehjelpa som blir gitt seinare. Skal diagnosen kommuniserast til andre delar av helsetenesta mot pasienten sin vilje? Det etiske dilemmaet er risiko for skade på grunn av overbehandling og stor bruk av ressursar, mot negative konsekvensar for pasienten og risiko for stigmatisering i helsetenesta.

Kva tyder det vi ser?

I dei første åra av KEK-arbeidet var det somatikksakene som dominerte i drøftingane. Psykiske helsetenester kom relativt seint med i KEK-arbeidet. Etter kvart kom det fleire komitear til som dekte psykisk helsevern, og som arbeidde sjølvstendig innanfor sitt felt.

I dag ser vi at psykisk sjukdom og rus er ein del av svært mange saker der pasientane også har alvorleg somatisk sjukdom. Dette har ført til eit meir aktivt samarbeid mellom komiteane. Ved Oslo universitetssjukehus, der det finst ein eigen komité for psykisk helse og rus og to for somatikk, vil medlemmer frå denne komiteen i kompliserte saker bli inviterte inn i drøftinga av saker frå den somatiske helsetenesta. På same måte vil dei sistnemnde kunne bli bedne om å delta i kompliserte saker som høyrer til psykisk helsevern. På denne måten blir skiljet mellom somatikk og psykisk helse mindre.

Komiteane arbeider etter den omtalte SME-modellen/sekstrinnsmodellen (2, 5). Sentralt i denne ligg ei avklaring av dei medisinske fakta i saka og tolkinga av desse. For å kunne kaste lys over fakta i slike kompliserte saker, slik SME-modellen krev, er det nødvendig å trekkje inn kompetanse frå begge områda.

Det at så mange av sakene gjeld pasientar med både kroniske somatiske og psykiatriske lidingar, stadfester at desse er blant dei mest utsette og sårbare pasientane, særleg dersom dei har eit dårleg psykososialt nettverk. Då står behandlingsansvarlege i ein spagat mellom det å sikre at pasienten sitt verdisyn og integritet blir respekterte, samstundes som pasienten blir sikra best mogleg helsehjelp.

Pasientar med pårørande har som regel nokon som kan målbere pasienten sine interesser. Men ikkje alltid: KEK-arbeidet viser at i nokre tilfelle kan pårørande vere ute av stand til å sjå utover eiga fortviling og eigne behov. Då blir det behandlingsansvarlege si oppgåve å ta vare på pasienten sitt beste.

Biverknader av utvida pasientrettar?

Gjennomgangen viser at i mange av dei sakene som KEK blir trekt inn i, er det tvil eller ueinigheit om kva som er rett å gjere (2). Ein kan slå fast at mykje var enklare før, den gongen medisinen var mindre potent, og overlegen tok avgjerdene utan at kollegaer, anna helsepersonell eller pasient og pårørande opponerte.

I dag er det mange aktørar rundt kvar pasient, noko som lettare gir ueinigheit rundt kva som er til pasienten sitt beste. I nokre saker synest det å vere krevjande for ansvarleg klinikar å halde fast ved si eiga vurdering av kva som er det beste for pasienten. Omsynet til pårørande i krise er ei viktig forklaring på dette.

Ikkje sjeldan har pårørande ei urealistisk tru på kva ein kan oppnå med intensiv medisinsk behandling. Nokre gonger har pasientane eller pårørande sterke vurderingar av kva som er rett å gjere, ofte djupt rotfesta i religiøs

tru. Sjølv når det er semje blant dei ansvarlege om kva som er fagleg rett, er det likevel vanskeleg å skjere gjennom med sterk motstand frå pårørande.

Alle saker har ei medisinsk og ei verdimessig side, og behandlingsansvarleg lege sitt verdisyn er ikkje overordna pasienten eller pårørande sine verdiar og preferansar. Pasienten skal vere ein aktiv deltakar i avgjerder rundt si eiga behandling. Men det betyr ikkje at dette kan trumfe eit godt fagleg skjønn.

KEK-arbeidet kan vere nyttig fordi ein kan løfte fram grunngivingane for dei ulike vurderingane, og ikkje minst prøve å skilje fag og verdiar. Då er det ikkje nødvendigvis konklusjonane i KEK-drøftingane som er til hjelp, men sjølve prosessen. Ein kan vise til at det er opna opp for vurderingar frå utanforståande der etiske og juridiske omsyn er tydeleggjorde, og ikkje minst at pasienten si stemme er eksplisitt løfta fram.

Eit spesialtilfelle av balansering av medisinske vurderingar av den beste løysinga, der fag, jus og etikk er innbakte, er møte med pasientar frå andre kulturar med andre referanserammer. Kor langt skal ein strekkje toleransen for andre kulturar, religionar og overtydingar når desse kanskje støyter mot norsk lov og etikk?

Eit ikkje uvanleg døme på det er informasjonen til pasienten om livstruande sjukdom, som i nokre kulturar blir sett på som noko som kan framskunde døden, og derfor noko som nokre pårørande vil skåne pasienten for, men som helsepersonell etter lova er pliktige til å gi.

At behandling blir gitt mot fagleg skjønn, har fleire konsekvensar. Ein er at det kan utløyse moralsk stress hos dei som må gi behandling dei meiner er unyttig og i verste fall skadeleg, og som også kan gå direkte ut over medpasientar (10). Den andre konsekvensen er bruken av ressursar. Høgteknologisk behandling er svært kostbar, i nokre tilfelle er døgnprisen fleire titals tusen kroner.

Når unyttig eller skadeleg behandling blir gitt over lang tid, har det store ressursmessige kostnader. Det er tankevekkjande at prioritering av legemiddel har komme langt i Noreg. Vi må godta at eit kostbart legemiddel der nytten ikkje er godt nok dokumentert, ikkje blir gitt, sjølv om det kanskje kunne hjelpt ein alvorleg sjuk pasient. Men når det gjeld kostbar høgteknologisk behandling med usikker effekt, er det kontroversielt å trekkje inn sentrale prioriteringsprinsipp som «eit rimeleg forhold mellom nytte og kostnader» (11). KEK-arbeidet viser at her har vi eit godt stykke å gå.

Manglande samhandling – eit strukturelt problem?

Ein oppstykka medisin med mange subspesialitetar og høge krav til effektivitet og kort liggetid gir lite rom for heilskapstenking rundt pasienten (12). I ein resolusjon vedteken på landsstyremøtet i Den norske legeforen-

ing i 2026 blei det framheva at spesialisthelsetenestene i sterkare grad må vere bygd på fagleg medverknad og betre samhandling (13).

Å fremje betre samhandling basert på heilskapstenking rundt pasienten er ikkje gjort i ei handvending. KEK-arbeidet, med open og respektfull dialog med alle berørte partar til stades, kan vere ei hjelp.

Men dårleg samhandling og mangelfull kommunikasjon mellom dei ulike delane av helsetenesta, som særleg går ut over dei svakaste, handlar etter mitt syn ikkje berre om oppstykking av helsetenestene, men også om haldningar hos ansvarleg helsepersonell (14). Det å løfte blikket frå eige fagfelt og sjå pasienten i eit meir heilskapleg perspektiv handlar også om haldningar og fagkultur. Det handlar om respekt for andre fagfelt enn sitt eige.

Konklusjon

KEK-arbeidet er eit forum der ulike aktørar kan ha ein open og respektfull dialog, der ueinigheit blir gjort eksplisitt, der døden og livets siste fase blir tematiserte, der tvil og uvisse blir løfta fram og der pasienten sine verdiar og preferansar blir tydeleggjorde.

Dette er ingen garanti for at løysingane blir rette – om noko slikt finst – men det er ein «fot i bakken» og eit forum som kan kompensere for ein oppstykka medisin og arbeid under tids- og produksjonspress.

Litteratur

1. *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 (21.8.2026)
2. Magelssen M, Førde R, Lillemoen L et al, red. *Etikk i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal, 2025. https://www.nb.no/items/3ac1021a96cfe611db7b5a25c6b3d763?page=0 (21.8.2026)
3. *Prioriteringsforskriften*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208 (21.8.2026)
4. *Etiske regler for leger*. Den norske legeforening. https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger (21.8.2026)
5. Førde R, Pedersen R. Kliniske etikk-komitear i norske sjukehus – dei første åra. *Michael* 2026; 23: 381-393.
6. Kliniske etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Publisert 2.6.2017, sist endret 10.11.2025. https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/kek/spesialisthelsetjenesten/index.html (21.8.2026)
7. Kapittel 2. Ansvarsfordeling og generelle oppgaver. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2 (21.8.2026)

8. Førde R, Eeg-Henriksen H, Larsen BH et al. Pasienters medbestemmelse – hvor går grensen? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142. https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0782
9. *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. IS-1691. Nasjonal veileder. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. https://www.nb.no/items/a28772c1ed812da4f21a74446d84890e?page=0 (21.8.2026)
10. Miljeteig I, Førde R, Rø KI et al. Moral distress among physicians in Norway: a longitudinal study. *BMJ Open* 2024; 14: e080380. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080380
11. Meld. St. 38 (2020–2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet: prioritering i helse- og omsorgstjenesten.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.- st.-38-20202021/id2862026 (22.5.2026)
12. Førde R, Miljeteig I. En sammenhengende helsetjeneste – et etisk imperativ. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146. https://doi.org/10.4045/tidsskr.26.0037
13. Nilsen TM. Sykehusmodell med faget i sentrum. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2026; 146: 758–759. https://tidsskriftet.no/2026/06/aktuelt-i-foreningen/sykehusmodell-med-faget-i-sentrum (21.8.2026)
14. Jølle A. Syndemi – en ny og nyttig term i allmennpraksis? *Michael* 2026; 23: 27–35. https://doi.org/10.5617/michael.13074

Reidun Førde
reidun.forde@medisin.uio.no
Hyllveien 19
0274 Oslo

Reidun Førde er professor emerita ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Ho har hatt nasjonalt ansvar for arbeidet med kliniske etikkomitear i ei årrekke.

Artikkelen er fagfellevurdert