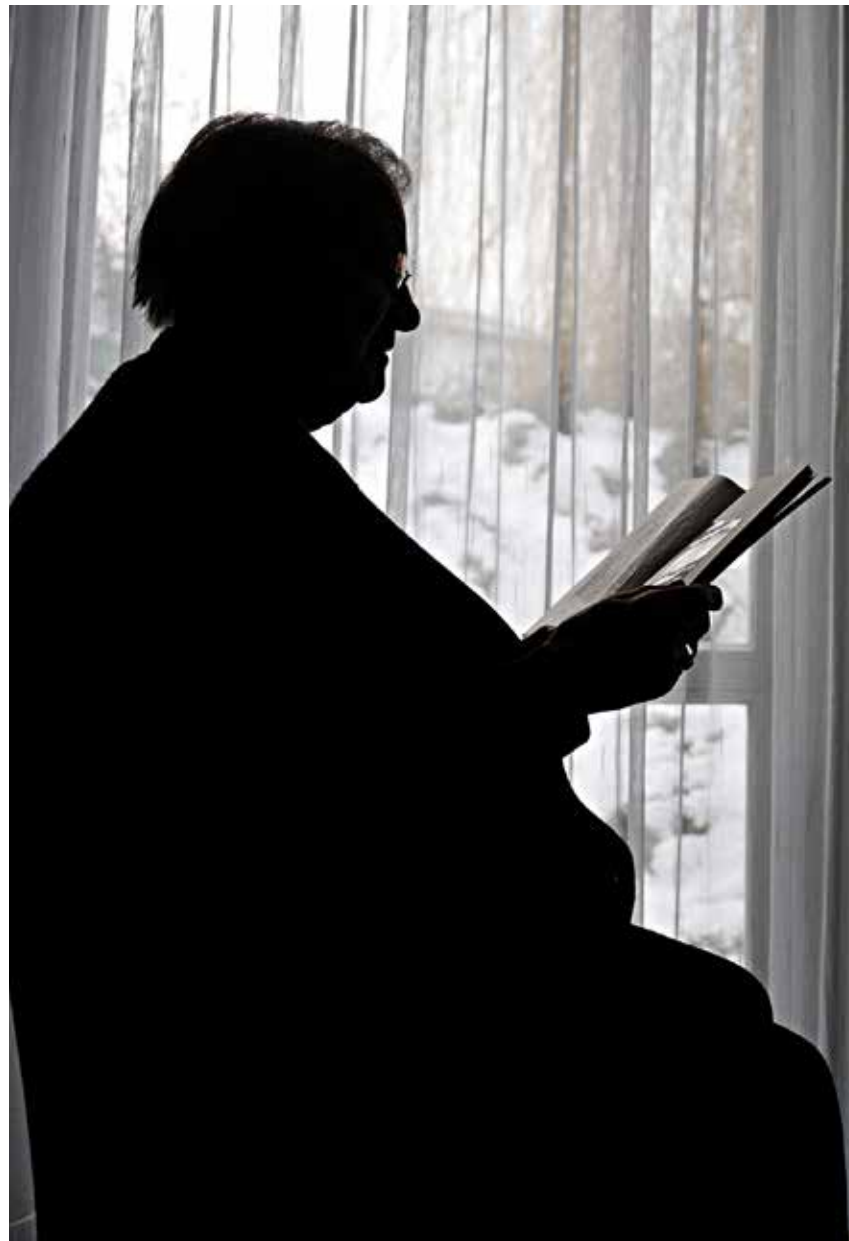


Fare for underbehandling

Ofte blir pasienter med liten sjanse for å overleve overbehandlet. **Oppmerksomheten er mindre** om faren for underbehandling av eldre, og dette problemet vil trolig øke.



**KRONIKK
HELSE-
BEHANDLING
TORGEIR BRUUN
WYLLER**



Professor i geriatri ved UiO og overlege ved geriatrik avdeling, Oslo universitetssykehus

I et intervju i Vårt Land 23. juni advarer anestesilege Liv-Ellen Vangsnes mot overforbruk av høyteknologisk intensivbehandling til pasienter med svært liten sjanse for å overleve. Vangsnes' advarsler er på samme tid både helt riktige og helt gale. De er riktige fordi man ikke skal utsette mennesker for hensiktsløs og plagsom behandling når det uansett er klart at de er kommet til livets ugjenkallelige avslutning. Da bør de heller få hjelp til å dø en verdig død.

Dessverre skjer slik overbehandling for ofte, og det har sikkert sammenheng med at vi i helsetjenesten er for dårlige til å kommunisere med pasientene og heller setter i gang enda mer avansert behandling, slik Vangnes påpeker.

Feil budskap. Men budskapet blir feil fordi det ignorerer at saken også har en annen side, nemlig underbehandling. Spør-

målet om behandlingsnivå er en balansegang der det stadig tråkkes feil – i *begge* retninger. Det har vært sterkt – og rettmessig – advart mot overbehandling i mange år. Oppmerksomheten om dette problemet har derfor økt.

Samtidig vil disse advarslene, selv om de ikke er ment slik, naturligvis bli sterkt fremhevet av dem som ikke har pasientenes beste for øye, men som mener samfunnet skal bruke enda mer penger på offentlig og privat brød og sirkus, og mindre på nyttige tiltak for samfunnets svakeste. Risikoen for underbehandling er blitt mindre fremhevet, og er mindre politisk korrekt å omtale. Derfor er det fare for at dette problemet vil tilta.

To årsaker. Det er to viktige årsaker til underbehandling. Den ene er at pasientens prognose feilvurderes. Hos akutt syke gamle, er *tap av normale ferdigheter* et svært vanlig symptom ved all slags akutt sykdom. De ferdighetene som oftest tapes, er evnen til å holde seg oppreist og evnen til å tenke klart: Pasienten faller, blir forvirret og blir funnet hjelpeløs på gulvet ute av stand til å fortelle hva som har skjedd. Med korrekt behandling vil de som regel gjenvinne sine funksjoner. Men ikke sjelden feil-

vurderes de som demente i den akutte fasen, og får ikke behandling de kunne hatt nytte av.

Dessverre er det mangelfulle kunnskaper både i helsetjenesten, i forvaltningen og i det politiske miljøet om at eldre kan ha god prognose selv om de fremstår som både hjelpeløse og ynkelige i forløpet av en akutt sykdom. Den vanligste konsekvensen er at pasienter ikke blir innlagt på sykehus selv om de ville hatt åpenbar nytte av det. Ofte ser vi også at pasienter blir nektet behandling på intensivavdeling der dette ville vært til nytte. Det skyldes som regel en kombinasjon av kunnskapsløshet og mangel på intensivkapasitet.

Dyrker ungdom. Den andre årsaken er ukvalifisert synsing om pasientens forventede «livskvalitet» dersom han eller hun overlever. Vårt samfunn dyrker ungdom, autonomi og produktivitet. Mennesker som mister sin autonomi og ikke lenger produserer materielle goder, blir sett ned på. Ofte i den grad at vi friske og sterke synes det måtte være bedre for dem å være døde. De er ikke alltid enige i det selv.

Det fremheves ofte at leger i mindre grad enn andre ønsker høyteknologisk intensivbehandling når de selv blir syke. Det kan



Kanskje leder leger an i tendensen til å tillegge de svake, de hjelpetrevende og de uproduktive en lavere «livskvalitet»?

Torgeir Bruun Wyller

tolkes på to måter. Kanskje har leger et mer realistisk forhold til medisinske muligheter og begrensninger enn folk flest, og derfor gjør mer rasjonelle valg. I så fall er det grunn til å lytte til deres personlige preferanser.

Men kanskje er det også slik at leger, som en velutdannet, velstående og ytende del av befolkningen, leder an i den allmenne tendensen til å tillegge de svake, de hjelpetrevende og de uproduktive en lavere «livskvalitet»? I så fall er legestanden på rask vei vekk fra sine klassiske idealer.

Vanskelig samtale. Forberedende samtaler med pasienter om livets slutfase er blitt sterkt anbefalt i den senere tid. I utgangspunktet er det en sympatisk idé: Pasienter har ulike preferanser når det gjelder livsforlengende behandlingstiltak, og det er et uttrykk for respekt å kartlegge dette. Det må i så fall gjøres mens pasienten ennå er i stand til å gi uttrykk for sine synspunkter.

Men det er grunn til å advare på det sterkeste mot å gjøre forberedende samtaler til en «obligatorisk prosedyre». Grensene kan være hårfine mellom to varianter av slike samtaler. På den ene siden en respektfull og var samtale, styrt av helse-

REGLER KRONIKK OG DEBATT ► Kronikk: Maks 6.000 tegn. Hovedinnlegg: Maks 3.500 tegn. Vi foretrekker ditt innlegg på e-post. ► Innlegg må signeres med fullt navn og presentasjon. Konvolutter må merkes med «debatt» ► Redaksjonen forbeholder seg rett til å forkorte. ► Informasjon om Vårt Lands eget arkiv eller andre databaser Vårt Land har avtale med. Stoffet kan også bli brukt i andre medier.



LITE BELYST: Risikoen for underbehandling er blitt mindre fremhevet enn overbehandling, og er mindre politisk korrekt å omtale. Derfor er det fare for at dette problemet vil tilta, skriver professor Torgeir Bruun Wyller.

Foto: Frank May/NTB scanpix

personnellets omsorgsfulle ønske om å få tilgang til pasientens tanker om et uhyre følsomt tema. På den andre siden et regelrett psykisk overgrep, der pasienten uforberedt og taktløst får spørsmål om han eller hun i en gitt situasjon ønsker å dø eller leve videre. Andelen i siste kategori vil øke dersom slike samtaler gjøres til enda en prosedyre man må hake av for at man har utført.

” Eldre kan ha god prognose selv om de fremstår som både hjelpeløse og ynkelige i forløpet av en akutt sykdom.

Torgeir Bruun Wyller

Mange undervurderer hvor lett man legger ordene i munnen på pasienten. Pasienter i en sårbar og underdanig situasjon har en forbløffende tendens til å svare det de tror er forventet av dem – selv i spørsmål om liv og død. Når man har vært vitne til noen tilfeller der legen har bestemt seg på forhånd, og benytter «den forberedende samtalen» til å få sin forutinntatte oppfatning bekreftet, blir man ytterligere skeptisk til ukritisk å gjøre dette til rutine.

Dårlig omsorg? Endelig må det tas i betraktning at pasienters livsønske styres av deres forventninger om hva slags behandling, lindring og omsorg de vil få dersom de skulle overleve. Forespeil dem et trøsteløst liv på et underbemannet sykehjem eller innesperret i eget hjem med 30 ulike hjelpere innom per uke, og det er ikke vanskelig å få mange til å ønske å avstå fra livreddende behandling! Spørsmål om behandlingsintensitet kan derfor ikke ses uavhengig verken av de pårørendes moralske ansvar eller av den generelle standarden på samfunnets helse- og omsorgstjenester.

Liv-Ellen Vangsnes fortjener honnør fordi hun våger å reise en viktig og vanskelig diskusjon. Men virkeligheten fortøner seg ulik, alt etter hvilket ståsted man har. I intensivavdelingene ser man de pasientene som ikke skulle vært der. I sykehusenes kliniske etikkomiteer får man de vanskelige diskusjonene der pårørende kanskje har urealistiske forventninger til hva behandlingen kan yte. Men ikke fra noen av disse posisjonene ser man de pasientene der alle undervurderer potensialet for nyttig behandling. De blir bare ikke behandlet.