**Etiske utfordringer i palliativ medisin**

Pasientautonomi

Behandlingsbegrensning

*Medisinsk utvikling gjør at det stadig kommer nye muligheter for medisinsk behandling som gir alvorlig syke pasienter håp om både kurasjon og livsforlengelse. Men medias framstilling av helserelatert stoff kan også gi pasienter og pårørende falske forhåpninger. Vi som palliativ medisinere, opplever det utfordrende når det foreligger urealistiske forhåpninger hos pasient og pårørende om nytte av videre livsforlengende behandling. Videre er divergerende ønsker og oppfatninger hos pasient, pårørende og behandlere etisk utfordrende, spesielt dersom behandlingsgrensene våre strekkes lenger enn det vi oppfatter som god medisin.*

HLR diskusjon

*Vårt inntrykk er at dette praktiseres ulikt, og at det er ulikt syn på om man kan gi en pasient status «HLR minus» uten å ha informert pasient og pårørende. Sykepleiere kan oppleve det etisk problematisk (avstå fra eller sette i gang) med hjerte-lungeredning ved hjertestans hos alvorlig syke i de tilfeller hvor lege ikke tydelig har kommunisert «HLR minus». Dog mener NFPM at ”Veileder i belutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling”(HDir 2013) er et svært brukbart dokument til hjelp i slike prosesser.*

*Etisk problematisk der man har ”pseudo-diskusjoner” med pårørende om HLR-status hvor utfallet er forhåndsbestemt medisinsk sett.*

Beslutningsvalg

*Vi har et felles ansvar for å hindre overbehandling og unødvendig lidelse og plager mot slutten av livet, men dette kan være utfordrende i møte med den enkelte pasient, jfr. tekst under «Behandlingsbegrensning».*

Samvalg

*Manglende gode systemer for å gi pasienter god informasjon om tilgjengelig behandling, slik at han/hun kan treffe beslutning på et informert grunnlag.*

Forberedende samtaler

*Intensjon, retningslinjer og juridiske føringer om informasjon og beslutningsdeltagelse kan komme i konflikt med pasientønske (og pårørende) og også ikke skade prinsippet.*

 Kulturelle faktorer

 *Ønske om våkenhet i livets siste fase vs adekvat symptomlindring*

*Etiske dilemma rundt hva som er pasientens behov vs kulturelle og/eller familie hensyn. Etisk dilemma mellom autonomi vs velgjørenhet (god palliativ behandling)*

*Plikt til å gi informasjon vs familens ønske om å skjerme pasient for informasjon (også når pasient er barn).*

Velgjørenhet

Behandlingsintensitet (sykdomsrettet vs symptomrettet behandling)

*Kan komme i konflikt både med pasientautonomi og prinsipp om ikke å skade*

Ikke skade

Behandlingstradisjon

*Utfordringer ved forskjellig faglig behandlingsperspektiv (Unødige prosedyrer og undersøkelser eksempelvis invasiv prøvetakning uten behandlingsmessig konsekvens for den enkelte), livsforlenging vs livskvalitet)*

*Nyttesløs og potensiell skadelig behandling i livets siste fase*

*(Eksempelvis ernæring el iv væskebehandling, antibiotika, palliativ kirurgi)*

Rettferdighet

Organdonasjon og tydelighet i dødsdefinisjon i Norge

Obduksjon

 *Kunnskap til nytte for flere vs ønske/hensyn til den enkelte*

Bruk av antibiotika

*Mulig nytte på individnivå vs samfunnsskade. Behandling av lab svar som CRP uten tilstrekkelig sikring reell infeksjon (Utvikling av resistens)*

Ressursbruk/fordeling blant pasienter. *For eksempel bruk av plass på intensivavdelingen til alvorlig syke med kort forventet levetid når det er knapphet på intensivsengeplasser*

Annet

Samtykkekompetanse, og bruk av Pasient og brukerrettighetsloven § 4a for å kunne gi god lindrende behandling

Retningslinjer og juridiske hensyn vs klinisk virkelighet

*Eks: Hovedregel om å forsøke oppvekking ved lindrende sedering, ofte etisk betenkelig i klinisk erfaring*

Etiske utfordringer ved uenighet og konflikter i familier

Grenseland mellom sedering som symptomlindring og lindrende sedering

Grenseland mellom lindrende sedering og ønske om eutanasi

Grenseland mellom informasjonsplikt og informasjonsbehov