

gnosen uspesifikke ryggsmertter etter MR, men som kan ha en disklesjon som ikke oppdages på konvensjonell MR i liggende. Skivetrykket øker mer bakover i sittende og i bøyd stående stilling enn det gjør i rak stående og i liggende stilling (3, 4).

Jeg har så langt ikke hørt om MR-maskiner som kan brukes til undersøkelser i bøyd stående stillinger. Men det finnes MR-maskiner som kan undersøke pasienter i sittende stilling. I Europa finnes disse så vidt jeg vet kun i London, Hannover og Zürich. Det finnes også slike maskiner i USA. Noen norske pasienter har allerede gjennomført slike undersøkelser i utlandet.

Jeg er fullstendig klar over at det ikke foreligger dokumentasjon på området. Men slike tilstander innebærer mye lidelse for mange pasienter og store kostnader for samfunnet. En del av pasientene får langvarige plager. Når intet vises på vanlig MR, får noen etter hvert ikke bare store problemer med ryggen, men også med NAV og med egen selvfølelse. Samlet sett burde dette tilsa at vi i Norge burde ta oss råd til en slik maskin. Det ville ha vært et stort fremskritt om man forsket seg frem til bedre MR-undersøkelser for denne pasientgruppen. Slik ville vi gjøre vår del av jobben.

Kurt Andreassen

OMI-klinikken
Oslo

Litteratur

1. Kvistad KA, Espeland A. Bildediagnostikk ved nakke- og ryggsmertter. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2256–9.
2. Ombregt L, Bisschop P, Herman J. A system of orthopaedic medicine. 2. utg. New York, NY: Churchill Livingstone, 2003.
3. Cyriax J. Textbook of orthopaedic medicine. 8. utg. Edinburgh: Baillière Tindall, 1982.
4. Nachesom AL. Disc pressure measurements. Spine 1981; 6: 93–7.

Hur ska man definiera dödshjälp?

Det är ovanligt och inte god ton att författare reagerar på recensioner av deras böcker. Vi vill trots det kommentera Reidun Førdes recension av vår bok *Medicinska etikens ABZ* i Tidsskriften nr. 23/2010 (1).

Førde anser att definitionen av vissa termer är präglade av våra egna värderingar, vilket leder till mer förvirring än klarhet. Det vore, om det stämde, en allvarlig invändning mot en bok som är tänkt



att fungera som uppslagsverk i medicinsk etik. Vi menar dock att det inte stämmer.

Det gäller termer relaterade till bland annat eutanasi. Førde menar att vi säger att eutanasi innebär att 'läkare gör sådan behandling att patienten dör en smärtfri död'. Enligt Førde kan det sista «like gjerne beskrive god dødspleie eller lindrande sedering». Førdes recension är i detta avseende problematisk av två skäl:

a) När Førde citerar oss, skär hon bort sista delen av meningen. Det vi faktisk säger är att det handlar om att «läkare ger sådan behandling att patienten dör en snabb och smärtfri död, för att på detta sätt få slut på sitt lidande.» Sista delen av meningen hänvisar till det övergripande målet med eutanasi. Det övergripande målet med eutanasi är ju inte att ha ihjäl patienten – det är att på patientens begäran befria denna från ett outhärdligt lidande. Det som skiljer sederingsterapi och eutanasi är *metoderna* och *delmålet* med behandlingarna. Delmålet med eutanasibehandlingen är att hjälpa patienten att dö snabbt och smärtfritt. Delmålet med sederingsterapi är att sedera patienten. Men det övergripande målet med både åtgärderna är att patienten ska slippa att lida.

b) Enligt Europeiska palliativa föreningens dokument om sederingsterapi så definieras eutanasi som en handling där målet är att döda patienten genom administration av letala doser av ett läkemedel. Detta till skillnad från sederingsterapi där målet anges vara lindring av lidande. Här använder man alltså vid definitionen av eutanasi delmålet med åtgärden och vid sederingsterapi det övergripande målet. Med denna definition av eutanasi lyckas man få till stånd en skenbar skillnad mellan eutanasi och sederingsterapi (2). Men skillnaden är bara skenbar. Om man fokuserar på det övergripande målet med både eutanasi och sederingsterapi, så finns ingen skillnad.

Vi undrar om Førdes bedömning av vår definition av eutanasi kan vara influerad av dessa otydligheter i definitionen så som de förekommer i de palliativa skrifterna?

Niels Lynøe
Niklas Juth

Karolinska institutet
Stockholm

Litteratur

1. Førde R. Sentrale temaer i medisinsk etik. Anmeldelse av: Lynøe N, Juth N. Medicinska etikens ABZ. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2383.
2. Juth N, Lindblad A, Lynøe N et al. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. BMC Palliat Care 2010; 9: 20.

Eldre leger og lisens

Jeg takker president Torunn

Janbu for svar i Tidsskriftet (1) på mitt innlegg i nr. 1/2011 (2).

Dessverre svarer hun ikke på mitt konkrete spørsmål om å få en juridisk vurdering av lisens/

autorisasjonssaken. Uten at hun har skrevet det i klartekst, oppfatter jeg svaret som at hun ikke ønsker å ta tak i dette på en ny måte. Det hun skriver er gammelt nytt som vel ikke har brakt saken til noen forbedring.

Hun ser på tilbakekallelsen av en leges lisens omtrent likt med at en arbeidstaker ikke har krav på å få fortsette i sin jobb etter 70 år. Slik oppsigelse anses ikke for å være aldersrelatert diskriminering og er, slik hun ser det, sidestilt med tilbakekallelse av legelisensen. Skulle denne sammenlikningen ha noe for seg, måtte det være at leger etter en bestemt alder ikke skal kunne kreve honorar, i alle fall ikke som sugerør til seg selv fra offentlige kasser.

En ordning slik den praktiseres i Danmark (3), bibehold av lisens, men ikke honorering, vil kunne være et mål også her i landet. Men når presidenten ikke har mot til å svare ja eller nei til en juridisk vurdering, står nok hele saken i stampe. Det passer sikkert departementet perfekt.

Jeg og Eldre legers forening får vente i håpet om at i alle fall presidenten ikke er aldersdiskriminerende. Tiden vil vise det.

Steinar Hagen

Asker

Litteratur

1. Janbu T. Eldre leger og lisens. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 111.
2. Hagen S. Hvor er Legeforeningen? Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 13–4.
3. Aasland OG, Bringedal B, Ronge K. Aldersgrense for legers autorisasjon og lisens. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1917–20.

Behandling av svelgevansker etter strålebehandling

I Tidsskriftet nr. 21/2010 har Mosberg & Rivelsrud en kronikk om svelgevansker etter strålebehandling (1). De observerer blant annet at helsepersonell som møter pasienter med slike plager har «varierende grad av kjennskap til mulige tiltak». Vi er helt enig i dette og synes derfor det er underlig at de helt har utelatt hyperbar oksygenbehandling som ett av flere mulige tiltak.

Hyperbar oksygenbehandling er definert som en prosedyre der man puster inn 100 %



oksygen ved et omgivelsestrykk høyere enn 1 atmosfære absolutt (1 ATA). Haukeland universitetssykehus har landsfunksjon for elektiv hyperbar oksygenbehandling. Behandlingen gis ved 2,4 ATA i 90 minutter hver dag i 4–6 uker. De fleste av pasientene får hyperbar oksygenbehandling grunnet stråleskade, mange grunnet tidligere bestråling i hode-hals-området. Pasientene blir henvist til oss pga. svelgevansker, både grunnet skade av spyttkjertler med nedsatt spyttsekresjon som følge, men også pga. fibrose i svelget. Vårt inntrykk er at de aller fleste av disse returnerer for ytterligere en eller to behandlingsserier fordi de merker en gradvis bedring.

Stråleskader i hode-hals-området, som senere kan gi svelgevansker, kan oppstå fra måneder til år etter avsluttet strålebehandling. Det affiserte vevet blir gradvis nedbrutt, karakterisert av redusert vaskularisering sammen med økende grad av fibrose. Etter hvert kan man nå et punkt hvor det

blir sårdanninger eller nekrose (radio- nekrose eller osteoradionekrose). Kirurgi eller infeksjoner i stråleskadet vev vil fremskynde denne prosessen. Det er vist at hyperbar oksygenbehandling er eneste metode som øker vaskulariseringen i stråleskadet vev (2). Dermed har man antatt at behandlingen vil fremskynde tilheling og hindre ytterligere skade i bestrålt vev (3).

Mangel på gode kliniske studier gjør at hyperbar oksygenbehandling mangler god vitenskapelig dokumentasjon, selv for allerede internasjonalt aksepterte indikasjoner (4). For stråleinduserte skader har man i en Cochrane-oversikt fra 2009 (3) konkludert med at hyperbar oksygenbehandling gir symptombedring hos pasienter med skader i hode-hals-området. Dette til tross for at studiene var små og at referansegruppen etterlyser mer forskning med henblikk på optimal pasientseleksjon og fastsettelse av behandlingstidspunkt (3).

Vi håper at det nyetablerte nasjonale nettverket innen dysfagifeltet tar denne informasjonen med seg videre i sitt viktige arbeid for denne pasientgruppen.

Torbjørn Nedrebø

Guro Vaagbø

Seksjon for hyperbarmedisin
Haukeland universitetssykehus

Litteratur

1. Mosberg A, Rivalsrud MC. Svelgevansker etter strålebehandling. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 2146–7.
2. Marx RE, Ehler WJ, Tayapongsak P et al. Relationship of oxygen dose to angiogenesis induction in irradiated tissue. Am J Surg 1990; 160: 519–24.
3. Bennett MH, Feldmeier J, Hampson N et al. Hyperbaric oxygen therapy for late radiation tissue injury. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20: CD005005.
4. Undersea and Hyperbaric Medical Society. Hyperbaric oxygen therapy indications. 12. utg. Durham,