

- Gi respons på artikler gjennom artiklenes kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Innleggene publiseres fortløpende på Tidsskriftets nettside og et utvalg av innleggene publiseres også i papirutgaven i spalten «Brev til redaktøren». Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

Re: Når pasienten nekter blodoverføring

I Tidsskriftet sto det nylig en kronikk om nekting av blodoverføring (1). Jeg forstår kronikken slik at den slår til lyd for en svekking av pasientrettighetene, og derfor vil jeg komme med noen kommentarer.

I kronikken står det: «Det er reist spørsmål ved om regelen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9 heller må forstås slik at den som nekter å motta blod samtidig gir avkall på behandling der blodoverføring vil være det eneste riktige under gitte omstendigheter.» Det henvises her til jusprofessor Marit Halvorsen, som sier: «Grovt sagt, hvis man ønsker å bli operert, må man finne seg i å bli det på den måten som er medisinsk forsvarlig – altså eventuelt med blodoverføring» (2).

Mitt spesialfelt er lingvistikk og semantikk, og jeg kan ikke med min beste vilje se at det en gang er en antydning i lovteksten som gir grunnlag for denne tolkingen. Heller ikke i forarbeidene til loven er det noe som støtter den. Tvert imot strider tolkingen mot den retten alle har til å velge medisinsk behandling. Loven gir jo i klartekst pasienten rett til å avvise en behandling som legen foreslår, og en slik avvising kan umulig innebære at man gir avkall på retten til å få en annen behandling.

I kronikken brukes uttrykkene «forsvarlig behandlingsmetode» og «faglig forsvarlig helsehjelp». Problemet er at disse oppfattes forskjellig av forskjellige leger, gitt ulik erfaring og kompetanse. En spørreundersøkelse viste at «norske anestesileger aksepterte et signifikant lavere hemoglobinnivå hos operasjonspasienter i 2002 sammenliknet med 1996 (...). Assistentlegene aksepterte en lavere hemoglobingrense enn overlegene, som igjen godtok en lavere grense enn avdelingsoverlegene» (3). Å henvise til lege artis som et kriterium for å overprøve pasientens nekting av blod er svært problematisk, siden begrepet har mange tolkninger. Selve kjernen i pasientrettighetsloven er retten til informert samtykke. Derfor, selv om uttrykket «forsvarlig behandlingsmetode» hadde hatt en entydig mening, noe det ikke har, ville ikke loven gitt en lege rett til å overprøve pasientens valg ved å si at dette valget var «uforsvarlig».

Da Jehovas vitners sykehuskontaktutvalg ble opprettet i 1990, og vi søkte etter samarbeidsvillige leger, hendte det flere ganger at en lege vegret seg for å utføre en operasjon fordi loven var uklar og han eller hun fryktet for eventuelle konsekvenser. Pasientrettighetsloven klargjorde situasjonen og løste dette problemet. Etter å ha holdt foredrag om blodløs behandling for mange hundre leger på sykehusavdelinger og svart på deres spørsmål og hørt deres kommentarer, er mitt klare inntrykk at det i dag er svært få problemer knyttet til behandling uten bruk av blod.

Forslaget om at den som nekter blod kan miste sin rett til medisinsk behandling når en lege sier at blod er nødvendig, vil både i nasjonal og global sammenheng virke meget urimelig. I utlandet finnes det sykehus som utelukkende utfører blodløs kirurgi og som ikke i noe tilfelle bruker blod (5, 6). Her er altså blodløs behandling lege artis. Det vil være inkonsekvent om norske pasienter skal tape retten til behandling når de velger en behandling som på mange sykehus i utlandet er standard prosedyre.

Pasientrettighetsloven tar på en utmerket måte både pasientenes og legenes rettigheter i betraktning. Den nye tolkingen av § 4-9 savner ethvert språklig grunnlag og bør derfor avvises.

Rolf J. Furuli
rolf.furuli@sf-nett.no

Rolf J. Furuli (f. 1942) er dr.art., pensjonert universitetslektor i semittisk lingvistikk og har vært et medlem av Jehovas vitners sykehuskontaktutvalg i Oslo i 24 år.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Bahus M, Førde R. Når pasienten nekter blodoverføring. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 850–1.
2. Halvorsen M. Pasienter som nekter behandling. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 323–4.
3. Reine PA, Kongsgaard UE, Smith-Erichsen N. Hemoglobingrenser og transfusjonspraksis blant norske anestesiloger. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2610–2.
4. Center for Bloodless Medicine & Surgery at Pennsylvania Hospital. www.pennmedicine.org/bloodless (15.8.2014).
5. Englewood Hospital and Medical Center. www.engagewoodhospital.com/ms_bloodless_home.asp (15.8.2014).



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

Re: Jakten på det utenomjordiske

Etter at Ulvestad ikke klarte å bevise at helsemyndighetene ønsket å skremme folk til å vaksinere seg mot svineinfluensa, vil han nå heller diskutere om det var riktig å anbefale hele befolkningen vaksiner. Da må vi først rydde unna Ulvestads feilaktige forestillinger om anbefalingens grunnlag:

Kom anbefalingen fordi norske helsemyndigheter overdrev den forventede effekten av pandemien? Nei, risikovurderingen var meget god og nesten lik med Ulvestads post hoc-vurdering, slik jeg har vist i tidligere innlegg i denne debatten.

Kom anbefalingen fordi pandemiplanen (1) tilsa det? Nei, pandemiplanen beskriver mange mulige tiltak. Helsemyndighetene valgte bort flere av disse slik at responsen ble tilpasset pandemiens alvorlighet.

Var Norge nesten alene om en slik anbefaling? Nei, flertallet av EU/EØS-landene, USA og Canada ga samme anbefaling.

Kom anbefalingen som følge av «dårlig ledelse, lav grad av tillit og et anstrengt samarbeidsklima» hos helsemyndighetene? Nei, dette er fri fantasi.

Var anbefalingen unaturlig siden svineinfluensa ikke ble definert som en «allmennfarlig smittsom sykdom»? Nei, de fleste sykdommene som omfattes av vaksinasjonsprogrammet er heller ikke definert slik.

Visste helsemyndighetene «så godt som ingenting» om Pandemrix' effekt og bivirkninger? Nei, selvfølgelig ikke. Til grunn for markedsføringstillatelsen fra EUs legemiddelmyndighet lå omfattende dokumentasjonen (2). Anslag over vaksinenes beskyttende effekt bygde på surrogatmålet antistoffnivå, slik det er vanlig ved influensavaksiner (3). Kunnskap om bivirkninger kom fra kliniske utprøvinger av Pandemrix med H5N1-viruset og med H1N1pdm09-viruset blant mange tusen personer. Den 23. oktober 2009 visste man også at inntil 70 000 mennesker i Sverige var vaksinert uten uventede bivirkninger (4).

Blant europeiske og amerikanske fagfolk med eller uten beslutningsansvar fantes det flere syn på allmenn vaksinasjon mot svineinfluensa, til tross for at kunnskapsgrunnlaget om epidemien og vaksinene var det samme. Dette er selvsagt legitimt, og det kan skyldes at fagfolkene har vektet kunnskap og usikkerheter ulikt. Norske beslutningstakere la særlig vekt på at noen smittede faktisk ville få svært alvorlig sykdom (4).

>>>

Ulvestad burde ønsket velkommen Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskaps godt dokumenterte evaluering av helsemyndighetenes pandemirespons (5), særlig siden rapporten er kritisk til prosessen før vaksinasjonsanbefalingen. Til evalueringen bidro helsemyndighetene med dokumentasjon og svar på konkrete spørsmål, mens de som evaluerte sto for alt annet, inkludert intervjuer, skriving, vurderinger og konklusjoner. Dermed er dette slett ingen selvevaluering, slik Ulvestad forestiller seg.

Preben Aavitsland
preben@epidemi.no

Preben Aavitsland (f. 1963) er lege ved Epidemi, Kristiansand. Interessekonflikter: Aavitsland har hatt sentrale roller i Folkehelseinstituttets håndtering av svineinfluensapandemien og i instituttets egen-evaluering av håndteringen.

Litteratur

1. Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006. www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2006/0001/ddd/pdfv/273635-beredskapsplan_pandemi.pdf. [1.9.2014]
2. European Medicines Agency. Pandemrix. www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/000832/human_med_000965.jsp&mid=WC0b01ac058001d124. [1.9.2014]
3. Fiore AE, Bridges CB, Katz JM et al. Inactivated influenza vaccines. I: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA. Vaccines. 6 utg. London: Elsevier, 2013.
4. Folkehelseinstituttet. Rapport nummer 2 om vaksinasjonsrekkefølge, 23. oktober 2009. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2009. www.fhi.no/dokumenter/f332d0ae39.pdf. [1.9.2014]
5. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge. Tønsberg: DSB, 2010. www.dsb.no/Global/Publikasjoner/2010/Rapporter/PandemiRapport.pdf. [1.9.2014]

Re: Jakten på det utenomjordiske

Aavitsland og jeg er enige om at svineinfluensaen innebar lav risiko, og at massevaksinasjonen var «den største vaksineskandalen i moderne tid». Men vi legger ulikt innhold i ordet skandale. Aavitsland tilskriver skandalen en ulykksalig konsekvens av hva han anser som en korrekt beslutning om massevaksinasjon, mens jeg knytter skandalen direkte opp mot massevaksinasjonsbeslutningen. Denne ulikheten i fortolkning har etiske implikasjoner: Der-som Aavitsland har rett i at vaksineskadene skyldes uflaks, kan verken han eller andre tillegges ansvar for skandalens omfang. Men om jeg har rett, må ansvaret for de invalidiserende vaksineskadene tilskrives beslutningstakerne.

Jeg har gitt en rekke eksempler som indikerer at helsemyndighetene utviste dårlig dømmekraft på beslutningstidspunktet, og at skandalen derfor ikke kan tilskrives uflaks. De sentrale argumenter er at helsemyndighetene på illegitimt vis vedlikeholdt frykten i befolkningen for å fremme massevaksinasjon med en uprøvd vaksine som de på illegitimt vis garanterte var både trygg og effektiv. Dermed skapte de en forvirrende blanding av trygghet og trygghet som igjen økte forvirringen. Resultatet ble lange vaksinasjonskøer av folk som ville «beskytte» seg.

Rett nok hevder Aavitsland at vaksinen kunne anses som effektiv fordi helsemyndighetene var i besittelse av surrogatmål for effektivitet. Men hva han unnlater å nevne, er at slike surrogatmål er beheftet med stor usikkerhet, og dessuten at surrogatmålene er mindre egnet som beskyttelsesindikator for dem som trenger vaksinen mest (1). Dette visste selvsagt helsemyndighetene. Og de visste også at man ikke kan måle en vaksines trygghet opp mot kunnskap om at andre vaksiner har vist seg trygge. Aavitslands hentydning til at norske helsemyndigheter la fravær av bivirkninger i Sverige til grunn for sin trygghetsvurdering, finner jeg illevars-lende. For med en så kort observasjonstid kunne det umulig sies noe om hvorvidt vaksinen var beheftet med langtidsbivirkninger eller ikke.

For å støtte opp om sitt syn hevder Aavitsland at risikovurde-

ringen i forkant av massevaksinasjonsanbefalingen var «meget god». Denne påstanden kommer i et underlig lys sett opp mot Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskaps (DSB) rapport (2), hvor det framgår at det ikke ble gjennomført kost-nytte analyser av scenarier hvor målrettet vaksinasjon av risikogrupper ble satt opp mot massevaksinasjon. Urovekkende nok inneholdt heller ikke anbefalingen som kom 23. oktober en eksplisitt kost-nytte vurdering av massevaksinering.

Til tross for overveldende dokumentasjon, hevdet DSB at de ikke hadde grunnlag for å vurdere om gjennomføringen av massevaksinering var en riktig beslutning. Denne konklusjonen er uforståelig, for bare det faktum at sykdommen var mild og vaksinen uprøvd, mener jeg talte mot massevaksinasjon. Når det dessuten viser seg at norske helsemyndigheter neglisjerte betydningen av eksplisitte kost-nytte vurderinger, blir det umulig å frikjenne helsemyndighetene fra ansvaret for «den største vaksineskandalen i moderne tid». Etter mitt syn har DSB gjort skandalen enda større ved bevisst å unnlate å svare på om massevaksinasjonsbeslutningen var rett eller gal.

Elling Ulvestad
elling.ulvestad@helse-bergen.no

Elling Ulvestad (f. 1958) er professor og avdelingssjef ved Mikrobiologisk avdeling, Haukeland universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Reber A, Katz J. Immunological assessment of influenza vaccines and immune correlates of protection. *Expert Rev Vaccines* 2013; 12: 519–36.
2. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Ny influensa A (H1N1) 2009. Gjennomgang av erfaringene i Norge. Tønsberg: DSB, 2010. <http://dsb.no/Global/Publikasjoner/2010/Rapporter/PandemiRapport.pdf>. [8.9.2014].

Re: Veiledning av leger gir mindre bruk av antibiotika

I Tidsskriftet nr 14/2014 kommenterer Tore Midtvedt effekter av ceftriaxone i nervesystemet (1). Det har spesielt i USA vært en del diskusjon om effekten av langvarig ceftriaxonebehandling ved nevroborreliose. Midtvedt omtaler dette antibiotikums virkning på synaptisk glutamat, en virkning man har kjent til i noen år. Det dreier seg om en såkalt non-antibiotisk effekt av et antibiotikum. Det kan noen ganger gi inntrykk av en antimikrobiell effekt som ikke er reell. Midtvedt skriver at man her har en forklaringsmodell til klinisk effekt ved nevroborreliose. Forhåpentlig har han ikke ment det helt slik. Ceftriaxone er et uomtvistelig godt behandlingsvalg ved sikker nevroborreliose. Ved behandling av tilstander mistenkt å være nevroborreliose, kan man få en symptomeffekt som feiltolkes å være en bekreftelse på diagnosen. Det er her poenget ligger. Siden Midtvedts formulering kan misforstås av lesere uten spesiell kunnskap om behandling av Lyme borreliose, finner jeg en slik presisering nødvendig.

Per Bjark
per.bjark@gmail.com

Per Bjark er spesialist i infeksjonssykdommer. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Midtvedt T. Re: Veiledning av leger gir mindre bruk av antibiotika. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1343.