

- 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: Hvordan leger ikke ønsker å dø

Vangsnes skriver i sin lederartikkel at det skjer overbehandling av pasienter i livets slutfase (1). Det har hun rett i. Et intensivopphold behøver dog ikke være fylt av lidelse, da har vi vært for dårlige til å lindre. Lindrende behandling bør alltid følge aktiv behandling. Ekstra tid kan gi pasienten mulighet til å ta farvel.

Som spesialist i anestesi har jeg også erfaring med alvorlig syke. Jeg synes det er vanskelig å vite når en pasient er kommet til livets slutfase eller om intensivbehandling vil være i pasientens interesse. Dersom vi skal sikre oss at ingen gamle og døende ender opp på intensivavdelinger, risikerer vi at mange pasienter som kunne vært reddet til et godt liv, dør. For å hindre dette er vi ofte nødt til å handle i en akutt situasjon. De vanskelige avgjørelsene kan vi ta i ro og mak senere, i samråd med pasient og/eller pårørende.

Ordet «nytteløs» mener jeg vi bør unngå å bruke. Det innebærer ofte skjulte verdifulle vurderinger om hva som er et godt liv, og handler ikke nødvendigvis om at behandlingen er nytteløs fysiologisk sett (2, 3). Dersom vi tror at pasientens liv ikke er verd å leve, er det all grunn til å lytte til pasient og pårørendes tanker framfor å påtvinge dem vår oppfatning som eneste sannhet. Det er de som skal leve med konsekvensene av valgene. Uansett kommer vi lengst med en god dialog, med ærlighet og god medisinsk informasjon. Om vi vet hvorfor pasient og pårørende tenker som de gjør, kan det være med på å forebygge utbrenthet hos helsepersonell som føler at de handler i strid med egne verdier. Krevende pårørende er ikke onde, de er i en desperat situasjon. De kjemper for det de mener er pasientens beste.

Gyldigheten av forhåndssamtaler er tvilsom av flere årsaker, blant annet kan pasienter endre mening når en livstruende situasjon opptrer. Legens verdier kan legge føringer for hva pasienten velger, de blir ansvarliggjort som en potensiell byrde på samfunnet dersom de ønsker behandling. I studien Vangsnes refererer til (4) ønsket over 5 % av pasientene ikke å delta. Vi bør ikke påtvinge pasienter et dødsfokus de ikke ønsker.

Vi kan ikke, som Vangsnes hevder, si om døden er bedre, for ingen vet hva døden er. Vi kan bare være ærlige om medisinske begrensninger. Ingen ønsker seg et liv med alvorlig hjerneskade, men dersom et slikt liv er eneste alternativ til døden, kan nok noen tenke annerledes. Pasienter med hjerneskade beskriver sin livskvalitet som god (5–8), og leger har et mer negativt syn på livet med kognitiv svikt (6, 9).

Ikke alle ønsker å akseptere døden (10). Som leger kan vi gjøre mye skade ved å påtvinge pasienter og deres pårørende våre egne verdier i livets siste fase.

Siri Fuglem Berg
siri@fuglemberg.com

Siri Fuglem Berg (f. 1969) er forsker ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Vangsnes LE. Hvordan leger ikke ønsker å dø. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 919.
2. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. N Engl J Med 1992; 326: 1560–4.
3. Wilkinson DJ, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the ICU. Curr Opin Anaesthesiol 2011; 24: 160–5.
4. Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 233–5.
5. Bruno MA, Bernheim JL, Ledoux D et al. A survey on self-assessed well-being in a cohort of chronic locked-in syndrome patients: happy majority, miserable minority. BMJ Open 2011; 1: e000039.

6. Lulé D, Zickler C, Häcker S et al. Life can be worth living in locked-in syndrome. Prog Brain Res 2009; 177: 339–51.
7. Skotko BG, Levine SP, Goldstein R. Self-perceptions from people with Down syndrome. Am J Med Genet A 2011; 155: 2360–9.
8. Saigal S, Stoskopf B, Pinelli J et al. Self-perceived health-related quality of life of former extremely low birth weight infants at young adulthood. Pediatrics 2006; 118: 1140–8.
9. Saigal S, Stoskopf BL, Feeny D et al. Differences in preferences for neonatal outcomes among health care professionals, parents, and adolescents. JAMA 1999; 281: 1991–7.
10. Materstvedt LJ. Å stirre døden i hvitøyet. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 565–6.

Re: Hvordan leger ikke ønsker å dø

Jeg er meget takknemlig for at Liv-Ellen Vangsnes tar opp det ømtårlige emnet om unødvendig livsforlengende behandling på lederplass i Tidsskriftet (1). Jeg har selv opplevd kolleger som pålegger blant annet sykepleiere å starte gjenopplivning av pasienter som gradvis blir verre og som de vet kommer til å dø. Dette har jeg opplevd er en sterk psykisk belastning på sykepleierne, som da opplever at en pasient dør mellom deres hender.

Man må kunne fortelle pasienter og pårørende at det er stor forskjell på det å forlenge livet og det å forlenge døden!

Erik Hoel
ehoel@odont.uio.no

Erik Hoel (f. 1938) er pensjonist. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Vangsnes LE. Hvordan leger ikke ønsker å dø. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 919.

Re: Hvordan leger ikke ønsker å dø

Som sykehjemslege i deltidsstilling i hele mitt yrkesaktive liv har jeg reflektert mye over hva som er riktig behandlingsnivå hos gamle mennesker. Lederartikkelen til Liv-Ellen Vangsnes var en viktig påminnelse til alle oss som jobber i dette feltet (1).

På mitt sykehjem har ca. 90 % av pasientene en demensdiagnose og kan i liten grad selv gi uttrykk for sin mening. Derfor er det viktig å avklare spørsmål om hvilken behandling og når behandlingen skal avsluttes så tidlig som mulig. Noen lager sitt Livstestamente. Det kan være god hjelp. Jeg spør alltid pårørende om pasienten har uttalt noe før de ble syke om hvilke ønsker de har for livets siste fase. Det er svært få som ønsker intensivbehandling helt til slutt. Vi snakker alltid med pårørende om Hjerne-lunge-redning, og blir stort sett alltid enige om at det ikke er ønskelig.

Mine overveielser for behandling av gamle på sykehjem er:

- Vil behandling kunne forlenge pasientens liv?
- Vil behandling lindre pasientens plager?
- Vil behandling innebære komplikasjonsrisiko?
- Vil behandling gi økte plager for pasienten?
- Hva er pasientens egentlige ønske?
- Skal man assistere pasienter som ønsker å dø?
- Skal man bidra til livsforlengelse når pasienten har store lidelser?
- Vil behandlingsunntakelse kunne medføre økte plager på et seinere tidspunkt?
- I hvilken grad skal pårørende få være med og bestemme over behandlingen i livets slutfase?
- Når er det riktig å avslutte pågående behandling?

>>>

Svarene er ikke enkle, men refleksjoner omkring disse spørsmålene, noen ganger sammen med pasienten selv, ofte sammen med pårørende og i stor grad sammen med pleierne som er nærmest pasienten, vil svært ofte gi god veiledning til hva som er god pleie og behandling.

Når journalen inneholder klare retningslinjer for terminal omsorg og pleie, blir det enklere å unnlate innleggelse på sykehus, samarbeidet med pårørende blir positivt, pleiepersonalet føler seg trygge i sin rolle og jeg håper og tror at pasienten i siste instans blir vinneren. Konflikter mellom pårørende og helsepersonell om hvordan man skal ivareta den gamle pasienten skyldes svært ofte misforståelser og uklarheter om målsetting, utrygghet om hvordan livsavslutningen vil bli og angst for smerter og andre plager knyttet til dødsprosessen. Vi kan aldri helt love smertefrihet, men når pårørende er forberedt og vet at helsepersonell har en planmessig tilnærming og har mål om å hjelpe pasienten over grensen, er min erfaring at den siste veien kan bli meningsfull og trygg.

Knut Lindhom

khomlind@gmail.com

Knut Lindhom (f. 1948) er sykehjemslege og fastlege ved Vidsyn legekonsultor, Moss.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Vangsnes LE. Hvordan leger ikke ønsker å dø. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 919.

Re: Melding av legemiddelbivirkninger fra pasienter 2010–13

Den interessante studien av Fjermeros og medarbeidere (1) er dessverre preget av mangelen på fornuftig definisjon og kategorisering av bivirkninger, siden det er uklart for leseren hvordan dette har vært gjort. Hvordan skal vi da tolke resultatene?

Den siste tiden har definisjonen av bivirkninger blitt debattert i Dagens Medisin (2, 3). Her kommer det fram at Legemiddelverket nå definerer «bivirkninger av legemidler» som altomfattende uheldige og skadelige konsekvenser av legemidler, og at Helsedirektoratet støtter denne lojaliteten til EU-direktiv 2010/84/EU, gjennom EØS-tilpassingen.

Jeg synes denne praksisen er meget uheldig. Som klinikere skal vi så tidlig som mulig oppdage om et (kanskje nytt) legemiddel kan være årsak til alvorlige helseskader, for eksempel fosterskader hos gravide. Som i annet klinisk arbeid er vitenskapelig stringens i diagnose og behandling essensielt.

Carl Ditlef Jacobsen

cd-j@online.no

Carl Ditlef Jacobsen (f. 1930) er pensjonert indremedisiner.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Fjermeros K, Werner MCF, Harg P et al. Melding av legemiddelbivirkninger fra pasienter 2010–13. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 536–40.
2. Jacobsen CD. Det er viktig å registrere legemiddelbivirkninger. Dagens Medisin 2014, nr. 18.
3. Harg P, Samdal H, Simensen A, Madsen S. Viktig for å trygge pasientene. Dagens Medisin 2014, nr. 19.

O. Spigset og medarbeidere svarer:

Det finnes ulike synspunkter på hva som bør innbefattes i begrepet «legemiddelbivirkning». Dette har imidlertid ingen betydning for hvordan vår studie (1) ble designet og fortolket. Utgangspunktet var alle bivirkningsmeldinger fra pasienter i angjeldende tidsrom. Det sier seg selv at vi retrospektivt ikke har hatt mulighet til å undersøke hvilken bivirkningsdefinisjon hver enkelt av de 755 pasien-

tene som meldte, har forholdt seg til. I den grad pasientene holdt seg til den definisjonen som er brukt i veiledningen for pasientmeldinger (2), som var inkludert som referanse 9 i vår artikkel (1), kan de ha meldt fra om «alle uønskede virkninger legemidler kan ha». Dette mener vi å ha opplyst om i tilstrekkelig detalj i artikkelen.

Olav Spigset

olav.spigset@legemidler.no

Hilde Samdal

Pernille Harg

Maren C. Frogner Werner

Kamilla Fjermeros

Olav Spigset (f. 1963) er overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og professor i klinisk farmakologi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Oppgitte interessekonflikter: Han var leder av Bivirkningsnemnda i perioden 2006–12 og mottar honorar fra Legemiddelverket for å være fagredaktør for interaksjonsmodulen i FEST.

Hilde Samdal (f. 1975) er master i farmasi og seniorrådgiver ved Statens legemiddelverk.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Pernille Harg (f. 1975) er cand. pharm. og seniorrådgiver ved Statens legemiddelverk.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Maren C. Frogner Werner (f. 1990) er legestudent ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Kamilla Fjermeros (f. 1990) er legestudent ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Fjermeros K, Werner MCF, Harg P et al. Melding av legemiddelbivirkninger fra pasienter 2010–13. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 536–40.
2. Statens legemiddelverk. Bivirkningsmelding for pasienter. http://legemiddelverket.no/Bivirkninger/Meld_bivirkninger/pasientmelding/Sider/default.aspx [6.6.2015].

Re: Ulike retningslinjer for behandling av prostatakreft

Jeg ble meget overrasket over TEB Johansens dom over norsk behandling av prostatakreft (1). Mine kunnskaper, som er basert på lang erfaring med behandling av prostatakreft og tett faglig forankring opp mot europeisk og norsk onkologisk urologi, er ikke i samsvar med Johansens oppfatning. Slik jeg ser det ligger dagens nasjonale retningslinjer godt forankret i evidensbaserte, internasjonale anbefalinger. Jeg kan heller ikke se at norske retningslinjer avviker fra EAU.

HIFU og høydose brakyterapi er slik jeg har oppfattet det, eksperimentell salvagebehandling som her i landet benyttes ved kun to av våre sentra i studiesammenheng. Dette er heller ikke standard primærbehandling ved lokalisert cancer. Jeg diagnostiserer 200–250 pasienter med prostatakreft hvert år. De siste 10 årene har kun to pasienter fått salvage HIFU, ingen har fått høydose brakyterapi. Jeg er ikke kjent med noen form for salvagebehandling som gir bedre overlevelsesgevinst enn andre, kun forskjeller i behandlingsrelaterte bivirkninger. Det foreligger også studier som ikke viser forskjell i overlevelse etter 5 år mellom salvagebehandling og androgensuppresjon.

Primær kurativ behandling ved lokalisert cancer er og blir radikal prostatektomi og ekstern strålebehandling (external beam radiation therapy – EBRT). Alle mine pasienter med lokalisert og lokalavansert kreft uten fjermetastaser blir i dag henvist til slik behandling.

>>>