

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.

>>>

Eldre pasienter og mange pasienter med komorbiditet får EBRT og adjuvant ADT (androgensuppressjon) i seks måneder eller to år. Varighet av ADT er avhengig av hvilken risikogruppe pasienten tilhører. Unntaket er eldre og/eller sykdomsbelastede pasienter med lavrisiko lokalavansert cancer der «watchful waiting» er mest hensiktsmessig. Disse pasientene får ADT ved symptomer/progresjon. Alle pasienter som strålebehandles, har fått 70 Gy, ingen har fått lavere dose, slik Bjerklund Johansen antyder (1).

Jeg synes det er trist at en av våre kollegaer skaper usikkerhet omkring behandling av prostatakreft. Det er svært viktig at man imøtegår denne sammenblendingen av behandlingsprinsipper, der det ikke skiller mellom primær kurativ behandling og eksperimentell behandling i en studiesetting. Våre pasienter skal føle seg trygge på at de får god behandling forankret på oppdaterte internasjonale retningslinjer. Kurativ standardbehandling i Norge er radikal prostatektomi eller ekstern stråling med 70 Gy, helt på linje med andre fagmiljøer i Europa.

Arve Gustavsens

arve.gustavsens@online.no

Arve Gustavsens [f. 1952] er urolog ved Uro Sør AS. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Johansen TE. Ulike retningslinjer for behandling av prostatakreft. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 924–5.

Re: E-sigaretter – til skade eller nytte?

Sanner og Grimsrud oppsummerer sine kunnskaper om forskning rundt damp (e-sigaretter) i denne kronikken i Tidsskriftet (1). Jeg mener utvalget av referanser som er gjort, dessverre er et godt eksempel på hva som skjer når man søker kunnskap ut fra et allerede inntatt standpunkt.

Av ca. 600 produsenter av dampeutstyr, kontrolleres seks eller syv av tobakksindustrien. Det er ingen ting som så langt tyder på at tobakksindustrien velger å satse på tredjegerasjons dampeutstyr, som faktisk er det som får garvede røykere til å legge bort tobakken (2).

Jeg synes også kronikken bærer preg av at ingen av forfatterne noen gang har vært røykere. De forholder seg svært abstrakt til fenomenet røyking, og dermed også damp og likheter/forskjeller mellom disse. Man snakker om antall drag fra en sigarett og fra dampeutstyr, uten å ane at dette avhenger av situasjon, styrke, smak og individuelt behov for nikotinopptak. For å få et forholdsvis objektivt mål på likhet og forskjeller mellom nikotinopptaket i blodet fra en sigarett versus andregenerasjons dampeutstyr, anbefaler jeg Konstantin E. Farsalinos et al sin rapport publisert i 2014 (3).

I teksten vises det også til uhell med nikotinforgiftning og batterier. Jeg hadde ventet meg at en slik opplisting i det minste hadde vært så pass seriøs at det ble sammenlignet med antall forgiftninger fra porsjonssnus eller nikotintyggegummi, eller antall eksplosjoner i andre batteridrevne enheter som f.eks. mobiltelefon, nettbrett etc.

Artikkelforfatterne nevner også et besynderlig utvalg av bivirkninger, som i beste fall kan tilskrives generelle virkninger av røykeslutt og i verste fall er hentet fra forskningsrapporter som allerede er tilbakevist på grunn av metodiske feil og feil anvendelse av utstyr. Det samme gjelder forfatterens referanse nummer 20 vedrørende karbonyler.

Norsk Dampelskaps medlemmers erfaringer er at brukerne i Norge er godt voksne mennesker som har vært røykere i mer enn 20 år. De aller fleste greier å legge bort tobakken når de finner dampen. Å påstå at damp kan være en inngangsport til røyking, er igjen et eksempel på at kronikkforfatterne kun har en teoretisk tilnærming til saken. Vår erfaring understøttes av en artikkel publisert i Environmental research and Public Health (4).

Norsk Dampelskap ber kronikkforfatterne tenke seg om en gang

til. Et høyt avgiftsnivå og regulering av damp og nikotinholdig e-væske som enten tobakksvare eller legemiddel mener jeg vil bidra til å sementere dagens røykevaner. Jeg trenger neppe å påpeke ytterligere hvilket tap det vil være for folkehelsen.

Sigrid Lerud

info@norsk-dampelskap.no

Sigrid Lerud [f. 1960] er sekretær i Norsk Dampelskap. Oppgitte interessekonflikter: Jobber i Norsk Dampelskap, en organisasjon som jobber for å informere om damp og for en fornuftig regulering av damp. Foreningen har 18-årsgrense. Vi har ingen tilknytning til eller økonomiske interesser i salg og produksjon av dampeutstyr og e-juice.

Litteratur

1. Sanner T, Grimsrud TK. E-sigaretter – til skade eller nytte? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 959–61.
2. Tokle R. Elektroniske sigaretter – bruksmønster, brukergrupper og brukerkultur. SIRUS rapport 5/2014. <http://www.sirus.no/publikasjon/rapporter/2014-2/elektroniske-sigaretter-bruksmonster-brukergrupper-og-brukerkultur/> (5.6.2015).
3. Farsalinos KE, Spyrou A, Tsimopoulou K et al. Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new-generation devices. Scientific Reports 4, Article number: 4133 <http://www.nature.com/srep/2014/140226/srep04133/full/srep04133.html> (22.6.2015).
4. Phillips CV. Gateway Effects: Why the Cited Evidence Does Not Support Their Existence for Low-Risk Tobacco Products (and What Evidence Would). Int J Environ Res Public Health 2015; 12: 5439–64.

Re: E-sigaretter – til skade eller nytte?

I Sanner og Grimsruds artikkel om e-sigaretter i Tidsskriftet (1) hevdes følgende: «I en ny svensk undersøkelse (2) fant man at ungdom som hadde prøvd snus da de var i 12–13-årsalderen, hadde 3,4 ganger høyere risiko enn andre for å være røykere da de var 17–18 år gamle. Det er nærliggende å tenke seg at nikotinvhengighet har spilt en rolle her. I lys av dette må vi anta at ungdom som begynner med e-sigaretter, også har økt risiko for senere å begynne å røyke.»

Jeg stiller store spørsmålstegn ved hvordan man kan dra denne slutningen. For det første er nikotinvhengighet omdiskutert, og de fleste mener nå til dags at man ikke kan bli avhengig av nikotin alene, men bare i kombinasjon med andre stoffer i tobakk. Dette mener jeg kan forklare utfallet av snusundersøkelsen det vises til, men det betyr også at det ikke er noe grunnlag for å trekke konklusjonen at e-sigaretter vil føre til det samme. Jeg har fremdeles til gode å høre om et eneste tilfelle hvor en person har startet med e-sigaretter og så gått over til tobakksrøyking på de årene e-sigaretten nå har vært i bruk. Jeg vil utfordre Sanner og Grimsrud til å dokumentere et slikt tilfelle. Jeg vil også utfordre dem til å dokumentere andelen av e-sigaretterbrukere som aldri har røyket sigaretter før de prøvde e-sigaretter.

Morten Moe

morten.metall@gmail.com

Morten Moe [f. 1979] er IT-konsulent i Get AS. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Sanner T, Grimsrud TK. E-sigaretter – til skade eller nytte? Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 959–61.
2. Joffer J, Burell G, Bergström E et al. Predictors of smoking among Swedish adolescents. BMC Public Health 2014; 14: 1296.

Re: E-sigaretter – til skade eller nytte?

Jeg leste med interesse artikkelen av Sanner og Grimsrud om E-sigaretter (1). Dette temaet har interessert meg lenge. Med bakgrunn i studier vedrørende regulering av syresekresjonen, ble det klart for meg at det er en nær sammenheng mellom funksjons- og vekstregulering, og at kronisk stimulering av proliferasjon med-

>>>