

BMJ omtaler nevnte type iatrogene overdødelighet som «I beste fall en unnlattelse av å handle på bevis; i verste fall en form for dødelig diskriminering.» («At best a failure to act on evidence; at worst a form of lethal discrimination.») (10).

**Svein Reseland**  
sreselan@online.no

Svein Reseland (f. 1952) er ingeniør.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

- Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 246–8.
- Nyt om bivirkninger juni 2015. <https://sundhedsstyrelsen.dk> (6.5.2015).
- Greater Mortality Risk With Antipsychotics in Parkinson's. [www.medicalnewstoday.com](http://www.medicalnewstoday.com) (19.6.2015).
- Andrews PW, Thomson JA Jr, Amstadter A et al. Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good. *Front Psychol* 2012; 3: 117.
- Gøtzsche PC, Young AH, Crace J. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 2015; 350: h2435.
- Muench J, Hamer AM. Adverse effects of antipsychotic medications. *Am Fam Physician* 2010; 81: 617–22.
- Reseland S. RE: Studier som stikkes under stol. <http://tidsskriftet.no/article/3316706> (2.9.2015).
- Halmøy A. Tankevekkende om pårørendes følelse av maktesløshet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 957.
- Sigvart A. Som avtalt med legen. Oslo: Nova Forlag, 2013.
- Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ* 2013; 346: f2969.

#### L. Lien og medarbeidere svarer:

Takk for kommentar fra Svein Reseland til vår artikkel (1). Kommentaren tar opp i hvilken grad bruk av psykofarmaka, og da spesielt antipsykotika, bidrar til forkortet levetid blant mennesker med psykiske lidelser. De fleste mennesker i de store gruppene med psykiske lidelser vi omtalte i vår kronikk, har ikke vært behandlet med antipsykotika, eventuelt har det vært brukt antipsykotika i korte perioder. Om antipsykotika bidrar til forkortet (2) eller forlenget liv (3) hos mennesker som bruker preparatene, er gjenstand for en bred debatt både i medisinske tidsskrift (2) og dagspressen, sist i Klassekampen våren 2015.

Vår vurdering er at dokumentasjonen for forlenget liv er tyngre enn det motsatte (3), men vi ser behovet for videre studier og kunnskapsoppsummeringer. Både helseforetakene og Helsedirektoratet vil ta initiativ for å bedre oppfølging og behandling av somatisk sykdom hos denne pasientgruppen.

Sist i kommentaren refererer Reseland BMJ (4) til å omtale «iatrogene overdødelighet» som «I beste fall en unnlattelse av å handle på bevis; i verste fall en form for dødelig diskriminering.» Slik vi leser denne lederartikkelen i BMJ, tar den opp mye av bredden av sosio-økonomiske, sykdomsrelaterte og behandlingsrelaterte årsaker til forkortet liv for mennesker med psykiske lidelser.

**Lars Lien**  
lars.lien@medisin.uio.no  
**Gitte Huus**  
**Gunnar Morken**

Lars Lien (f. 1960) er leder/professor ved Sykehuset Innlandet/Høgskolen i Hedmark.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gitte Huus (f. 1967) er cand.polit., sosialantropolog og avdelingsdirektør for Avdeling psykisk helsevern og rus i Helsedirektoratet.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gunnar Morken (f. 1956) er professor i psykiatri ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, overlege i Divisjon psykisk helsevern, St. Olavs hospital, og avdelings sjef for Avdeling for forskning og utvikling samme sted.  
Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

- Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 246–8.
- Gøtzsche PC, Young AH, Crace J. Does long term use of psychiatric drugs cause more harm than good? *BMJ* 2015; 350: h2435.
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009; 374: 620–7.
- Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ* 2013; 346: f2969.

## Re: Ulike retningslinjer for behandling av prostatakreft

I min kommentarartikkel i Tidsskriftet nr. 10/2015 redegjorde jeg for at norske retningslinjer avviker fra de europeiske retningslinjene på flere viktige punkter (1). På vegne av forfatterpanelet for de norske retningslinjene viser onkolog Solberg og medarbeidere i Brev til redaktøren-spalten i nr. 12–13/2015 til et syv år gammelt leserbrev i Tidsskriftet, men begrunner ellers ikke avvikene som gjelder hormonbehandling. Uten evidens for økt overlevelse eller redusert sykkelighet, blir monoterapi med antiandrogener stående som en metode som kun påvirker tumormarkøren og ikke tumoren. Når behandlingen dessuten er beheftet med alvorlige bivirkninger, blir det naturlig å vurdere om den er etisk forsvarlig. Brevet som Solberg viser til, har ingen relevans for retningslinjer anno 2015.

Solberg forklarer ikke hvorfor det i de norske retningslinjene opplyses at primær strålebehandling med 66–70Gy har vært vanlig i Norge i lang tid. Siden residivfrekvensen er rapportert å være opptil 67% i andre land, bør pasientene få vite om behandlingen er godkjent av REK og hvor mange som er endt opp med livslang kastrasjonsbehandling (2). Når Gustavsen i sitt innlegg skriver at alle hans pasienter har fått 70Gy, blir det vanskelig å tro på Solbergs forsikringer om at dose-eskalert EBRT er vanlig i Norge.

I studiene som Solberg viser til for å begrunne 70Gy som standard stråledose, har man sett på effekten av 70Gy som tillegg til permanent kastrasjon hos pasienter med lokalavansert sykdom (3, 4). Funn i denne pasientgruppen kan ikke tas til inntekt for at 70Gy bør være standarddose for pasienter med lokalisert sykdom og som behandles uten permanent kastrasjon. Kubans artikkel, som viser signifikante forskjeller i favor av 78Gy, er kun én av flere referanser som EAU støtter seg til når de anbefaler en høyere standard stråledose enn det Solberg gjør i de norske retningslinjene (5).

I studien som Solberg legger til grunn for å anbefale tilleggsbestråling med HDR-braky, er det kun benyttet 55Gy som ekstern stråledose i kontrollarmen (6). På grunn av uvanlig høy forekomst av tilbakefall, mener EAU at det er behov for flere dose-eskalerte EBRT-studier der HDR-braky er eneste variabel, før man kan anbefale tilleggsbestråling med HDR-braky. Min uttalelse om at forskningen på brakyterapi i Norge var stanset, var basert på skriftlig korrespondanse med Lilleby 15.05.2014 angående en pasient, og opplysningen ble bekreftet skriftlig av lederen for prostatasenteret 26.08.2014.

Solberg viser til at det ikke foreligger randomiserte studier som sammenligner effekten av ulike lokale salvagebehandlinger etter mislykket stråleterapi. En viktig grunn til dette er at foreliggende evidens gir pasientene tilstrekkelig grunnlag til selv å velge metode. De aller fleste velger bort kastrasjon, som er den mest benyttede salvagebehandlingen ved tilbakefall etter strålebehandling, og dermed den naturlige kontrollbehandling i sammenlignende studier (10). Solbergs presisering av at HIFU er eksperimentell behandling er berettiget, men skaper store problemer både for forfatterpanelet, prosjekteier og for utenlandskontoret, fordi salvagebehandlingen med HIFU som har pågått i ni år, gis uten godkjent protokoll (8, 9).

Med unntak av stråle- og cellegiftbehandling, står urologene for det aller meste av klinisk diagnostikk, behandling og kontroll av menn med prostatakreft. Norske kliniske retningslinjer er imidlertid

>>>