

Innlegg på inntil 400 ord sendes tidsskriftet@legeforeningen.no. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Tidsskriftet praktiserer tilsvarsrett i henhold til Vancouvergruppens regler.

HLR minus-vedtak i en slagenhet

Mjåset og medarbeidere redegjør i Tidsskriftet nr. 24/2008 med forbeholdlig åpenhet for erfaringer gjort før og etter HLR minus-vedtak i en slagenhet (1). De fant bl.a. at et slikt vedtak for noen pasienter medførte andre behandlingsbegrensninger som synes å ha hatt alvorlige konsekvenser for muligheten til å overleve sykehusoppholdet (ikke-justert relativ risiko for død i sykehus = 1,88; NNH = 3,4). Uten mer detaljerte opplysninger om sykkelighet og livskvalitet er det vanskelig å si om dette var et foretrukket resultat, men det illustrerer godt at vedtak om HLR minus på bakgrunn av en prognostisk vurdering lett gjør denne til en selvoppyllende profeti. Hos pasienter som fikk optimal behandling på tross av HLR minus-vedtak, var sykehus- og 30-dagersdødeligheten henholdsvis 33 % og 58 %. Dersom HLR minus-vedtaket var basert på en vurdering av pasientens livsprognose, indikerer dette temmelig dårlig treffsikkerhet. Annerledes blir det selvsagt om en vurdering av livskvaliteten har vært avgjørende for vedtaket.

Fordi vedtak om HLR minus handler om begrensninger i livreddende tiltak ved akutt innsykning mens pasienten er innlagt, kan man imidlertid vende på denne problemstillingen. Både for slagpasienter som trenger intensivbehandling med respirator og for pasienter som får hjertestans i sykehuset er prognosen alvorlig. Kombinasjonen er enda verre, med en dødelighet på mellom 90 % og 100 % (2–4). Vi vet også at risikoen for kardiale katastrofer er kraftig økt i tiden umiddelbart etter et hjerneslag (5). Disse funn, og Mjåset og medarbeideres erfaringer, tilsier etter mitt skjønn at god monitorering og optimal medisinsk behandling er obligat hos alle slagpasienter, men også at man utviser stor tilbakeholdenhet med å iverksette heroiske tiltak om pasienten på tross av god behandling utvikler alvorlig respirasjonssvikt eller får hjertestans.

Jon Henrik Laake
Oslo

Litteratur

- Mjåset C, Gulbrandsen P, Rønning OM et al. Før og etter HLR minus-vedtak i en slagenhet. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 2819–22.
- Nolan JP, Laver SR, Welch CA et al. Outcome following admission to UK intensive care units after cardiac arrest: a secondary analysis of the ICNARC Case Mix Programme Database. Anaesthesia 2007; 62: 1207–16.

- de Vos R, Koster RW, De Haan RJ et al. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: prearrest morbidity and outcome. Arch Intern Med 1999; 159: 845–50.
- Holloway RG, Benesch CG, Burgin WS et al. Prognosis and decision making in severe stroke. JAMA 2005; 294: 725–33.
- Touzé E, Varenne O, Chatellier G et al. Risk of myocardial infarction and vascular death after transient ischemic attack and ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. Stroke 2005; 36: 2748–55.

Misvisende om væskebehandling i retningslinjer

Osmolaliteten for Ringer-løsninger er lavere enn den beregnede verdien anført på infusjonspakkene, målt til 254 mmol/l for Ringer-laktat, som brukes utenfor Skandinavia. Det er derfor galt når Sollid og medarbeidere i *Skandinaviske retningslinjer for prehospital håndtering av hodeskader* i Tidsskriftet nr. 13–14/2008 (1) omtaler de refererte studiene som sammenlikninger av isotone og hypertone løsninger. Mer korrekt dreier det seg om effekten av en liten mengde hypertone væske gitt som tillegg til en stor og udefinert mengde hypoton væske.

De mange arbeidene av Vassar og medarbeidere er alle gjort på generelle traumematerialer, der hodeskadene er fåtallige – det er 6–30 pasienter i behandlingsgruppene. For hodeskadene i disse studiene er det ikke gjort rede for demografiske variabler eller andre variabler av betydning for resultatet, som f.eks. etanolverdier og bruk av anti-sjokkbukse. Den gunstige effekten av hypertone NaCl ved alvorlige hodeskader i Vassars arbeid fra 1991 ble ikke reproduisert i to nye studier fra den samme gruppen publisert i 1993.

Subgruppeanalysene hos Vassar og medarbeidere kan indikere en gunstig effekt av hypertone væsker på hodeskader. Men en slik hypotese lar seg neppe verifisere ved å bruke det samme pasientmaterialet på nytt, slik Wade og medarbeidere (2) gjør. Studien kan kritiseres også for andre sider ved pasientmaterialet og for statistikkbruk. Den er heller ikke fagfellevurdert. I de amerikanske retningslinjene ble studien i 2006 redusert til klasse 3-evidens. Det er uheldig at man i artikkelen om de skandinaviske retningslinjene avslutter avsnittet om væskeresuscitering med å fremheve dette

arbeidet, og det er påfallende når denne «individual patient cohort analysis», som tittelen sier, direkte galt blir gitt status som metaanalyse.

Den eneste prospektive, dobbeltblinde, randomiserte studien spesielt om hodeskader og hypertone væsker er publisert av Cooper og medarbeidere i *JAMA* i 2004 – med 229 pasienter (3). Den viste ingen forskjell mellom behandlingsgruppene i nevrologisk funksjon seks måneder etter skaden og ingen signifikant forskjell i overlevelse.

Retningslinjene fra Brain Trauma Foundation anbefaler isotone væsker ved prehospital håndtering av hodeskader, med hypertone væsker som «option». Dette er bedre i samsvar med den fremlagte dokumentasjonen enn de skandinaviske retningslinjene. Men når skal noen begynne å interessere seg for reelt isotone væsker?

Per Størset
Skjetten

Litteratur

- Sollid S, Sundstrom T, Kock-Jensen C et al. Skandinaviske retningslinjer for prehospital håndtering av alvorlige hodeskader. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1524–7.
- Wade CE, Grady JJ, Kramer GC et al. Individual patient cohort analysis of the efficacy of hypertonic saline/dextran in patients with traumatic brain injury and hypotension. J Trauma 1997; 42 (suppl 5): S61–5.
- Cooper DJ, Myles PS, McDermott FT et al. Prehospital hypertonic saline resuscitation of patients with hypotension and severe traumatic brain injury: a randomized controlled trial. JAMA 2004; 291: 1350–7.

S. Sollid og medarbeidere svarer:

Per Størsets kritikk av de publiserte skandinaviske retningslinjene for prehospital håndtering av alvorlige hodeskader er berettiget. Han peker på et generelt problem i vekting og tolking av forskningsresultater i prosessen med utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. En slik prosess har flere faser, og vurderingen og vektingen av de ulike studiene som legges til grunn er ofte komplisert, som i dette tilfellet.

I våre retningslinjer mener vi det er vist en gunstig effekt på sluttresultat ved bruk av hypertone infusjoner hos hypotone pasienter med alvorlig hodeskade, og anbefaler dette brukt ved alvorlig hodeskade og hypotensjon. Bakgrunnen for denne påstanden er, slik Størset helt riktig påpeker, ikke tilstrekkelig dokumentert ved henvisning til Vassar og medarbeideres stu-

dier. Vi beklager at sammenfatningen av studiene er angitt som metaanalyse.

I samsvar med de publiserte internasjonale retningslinjer for prehospital håndtering av hodeskader skal anbefalingen være å bruke isotone væsker, med hypertone væsker som en mulighet (1).

Snorre Sollid

Tromsø

Terje Sundstrøm

Bergen

Carsten Kock-Jensen

Hammel

Niels Juul

Århus

Vagn Eskesen

København

Bo-Michael Bellander

Stockholm

Knut Wester

Bergen

Bertil Romner

København

Litteratur

1. Badjatia N, Carney N, Crocco TJ et al. Guidelines for prehospital management of traumatic brain injury 2nd edition. *Prehosp Emerg Care* 2008; 12 (suppl 1): 1–52.

Tobakkssalg på sykehus – sørgelig og merkelig kapittel i norsk medisin

I Tidsskriftet nr. 1/2009 så jeg til min glede at medisinstuderenter reagerer på at landets største krefthospital fortsatt selger tobakk i rikholdig utvalg fra kiosken (1). Gjennom et langt liv med hovedinteresse for forebygging av hjerte- og karsykdom har jeg helt siden 1980-årene – bl.a. som formann i Hjerte-Karrådet, medlem av Statens tobakksskaderåd, medlem av diverse utvalg for røykfritt sykehus og røykfritt universitet – også tatt opp det absurde forholdet at sykehusenes kiosker (ofte det første man passerer ved inngangspartiene) selger en vare som har så negative effekter på helsen.

Mange helseministre har jeg anmodet om få stoppet dette gjennom lov – uten hell. Hjerte-Karrådet vedtok å sende brev til alle landets sykehus med anmodning om å kutte ut tobakkssalget – og noen fulgte oppfordringen. Da vi skulle flytte inn i det nye Haukeland, øynet jeg en god mulighet for i hvert fall å lykkes på «mitt eget» sykehus. Men til tross for brev til sykehusets styre i 1990 – underskrevet av alle tilgjengelige 18 avdelingsoverleger (!) og med oppdatering om helseskader etter røyking – fortsatte salget.

At jeg til slutt lyktes, er en nesten utrolig historie. I slutten av 1990-årene fikk noen av de daværende eiere av sykehuset – Hordaland fylkeskommunes politikere – den

idé at det måtte gå an å gå til sak mot tobakkindustrien i Norge, slik man hadde gjort i USA. Jeg ble bedt om være medlem av et utvalg for å vurdere dette. Nå var det lett å få forståelse for det absurde og latterlige i å gå til søksmål mot produsenten av en vare som sykehuskiosken solgte. Kun hvis det ble entydig vedtatt å stoppe tobakkssalget kunne jeg bli med. Det gikk! Penger er en sterkere påvirkningsfaktor enn helseskade! Tobakken forsvant fra kiosken etter kort tid. Men noen retts sak ble det ikke – staten overtok eierskapet kort tid etter.

Per Lund-Johansen

Bergen

Litteratur

1. Reime L. Har Radiumhospitalet en tobakkspolitikk? *Leserbrev. Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 40.

Feil om eutanasi i Nederland

Lars Johan Materstvedt & Reidun Førde hevder i sitt leserinnlegg i Tidsskriftet nr. 2/2009 at Peter F. Hjort tar feil når han hevder at «pasienten (og/eller pårørende) skal «ønske» eutanasi eller legeassistert selvmord». Materstvedt & Førde mener at pårørende ikke har noen slik rolle, snarere tvert imot. I Nederland og Belgia er det bare pasienten selv som kan sette frem en forespørsel om eutanasi (1).

Den kongelige nederlandske legeforening utgir med jevne mellomrom grundige statistikker over hvilke former for eutanasi som har vært utført. Det har i disse årbøkene – i hvert fall til min siste fra 1996 – alltid vært anført at ca. 30 % av tilfellene av aktiv eutanasi har vært utført *uten* at pasienten «explicitly» har bedt om det. Det må jo bety at det er omgivelsene, dvs. lege, pleiepersonell og sannsynligvis også de pårørende, som har ment at det forelå «en utvøydelig og/eller håpløs situasjon, meningsløs lidelse osv.». Legen(e) tar selvfølgelig avgjørelsen, men å hevde at de pårørende ikke har noe å si, er vel tvilsomt (2). Og Materstvedt & Førdes formulering «snarere tvert imot» kan jeg ikke se det er dekning for.

Helene Pande

Oslo

Litteratur

1. Materstvedt L, Førde R. Feil om eutanasi. *Leserbrev. Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 121.
2. Pande H. Eutanasi. Forsøk på klargjøring og avgrensning av begreper. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3548–50.

Samfunnets hån mot eldre leger

At en lege ved fylte 75 år fratas autorisasjonen, er en hån og en diskriminering som har pågått altfor lenge (1). Disse legene har gjerne tjent samfunnet i 40 år.

Hvorfor ble denne «frihetsberøvelsen», som man ikke har funnet grunn til å innføre i andre land, innført i Norge? Var det fordi eldre leger kunne gjøre skade, for eksempel ved å feilbehandle eller skrive ut narkotika uhemmet? Det var nok også en byråkratisk og en økonomisk side – ønsket om å ha sikker kontroll med legene – effektivt av økonomer og jurister.

Verden har forandret seg, også i Norge. Vi stengte Reitgjerdet sykehus. Begrunnelsen var at samfunnet ikke skal eller kan frata en stor gruppe deres menneskeverd fordi noen meget få av disse vil være en risiko ute i samfunnet. Resultatet har vi sett og det var vel som forventet, men likevel verdt det for alle dem som fikk menneskeverdet tilbake. Selvfølgelig har man ikke noen garanti for at noen leger etter fylte 75 år ikke kan gjøre feil eller misbruke sin autorisasjon, men skal alle de øvrige gå med i dragsuget for sikkerhets skyld? Autorisasjonen kan f.eks. begrenses ved at det må inngås en spesiell avtale for å kunne få oppgjør fra fellesskapets pung, og retten til narkotikaforskrivning må kunne avtales særskilt.

Situasjonen i dag er slik at en lege som er over 75 år vil belaste helsetjenesten vesentlig mer – og nødvendig – enn om vedkommende fortsatt hadde hatt autorisasjon. Trengs det hostesaft med kodein, antibiotika for en urinveisinfeksjon, en henvisning til røntgen eller til en blodprøve eller liknende, må man bestille time hos fastlegen, som kanskje ikke har tid før om noen dager. Pasienten betaler mellomlegg og samfunnet betaler for konsultasjonen – unødvendige utgifter og unødvendig tidsforbruk av en mangelvare. Leger over 75 år er en ressurs og bør ikke kasteres. «Vi skal bruke pengene annerledes og klokere,» sier helseminister Bjarne Håkon Hanssen. Det betyr vel at samfunnet vil sløsing med begrensede ressursene til livs.

Hva kan Legeforeningen gjøre for å få en slutt på denne uverdige situasjonen?

Sannsynligvis er det å reise sak for Meneskerettsdomstolen eneste utvei. Å forhandle med byråkratiet er vanskelig, det kan være lettere å forhandle med politikkerne. Etter å ha vært i arbeid som lege i 40 år, hvorav mye administrativt arbeid både på kommunalt plan, fylkesplan og i statlig forvaltning, dels på begge sider av bordet, har jeg en smule erfaring med det byråkratiske forhandlingsklimaet. Dette er et spørsmål om makt og om bibehold av egne ressurser, selv om dette aldri kommer på bordet. Makt i det byråkratiske system gir man ikke fra seg frivillig, trenering og avsporing er vel-