Depresjon ved ønske om legeassistert dødshjelp

Noen av dem som ønsker legeassistert selvmord i delstaten Oregon, USA har klinisk depresjon.

I Oregon er det tillatt å utføre legeassistert selvmord. Hvis behandlende lege er i tvil om pasienten har en psykisk lidelse, skal pasienten henvises til psykiater/psykolog. Inntil 2007 var ingen av dem som døde ved hjelp av legeassistert selvmord, blitt undersøkt av psykiater/psykolog.

En studie fra Oregon omfattet 58 terminalt syke pasienter som hadde bedt om legeassistert dødshjelp eller kontaktet en dødshjelpsorganisasjon (1). 15 deltakere oppfylte kriteriene for depresjon, 13 for angst. 42 av pasientene var døde ved studiens slutt, dvs. seks måneder etter datainnsamlingen. 18 av disse hadde fått forskrevet et dødelig medikament, og ni døde etter inntak av dette. Tre av de 18 oppfylte kriteriene for depresjon. Disse tre døde etter inntak av det forskrevne dødelige medikamentet innen to måneder etter at det ble påvist depresjon. Ingen av disse tre var blitt undersøkt av psykolog eller psykiater før deltakelsen i studien.

– Det er tankevekkende at pasienter som har udiagnostisert depresjon tilbys legeassistert selvmord, sier overlege Nina Borge ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo.
– Eutanasi og legeassistert selvmord vil nok mer og mer debatteres også i Norge i takt med økt vektlegging av pasienters autonomi.

Det er uvisst om behandling av depresjon hos denne pasientgruppen vil endre pasientens valg av legeassistert selvmord. Lav deltakelse gjør det fristende å spekulere på om det forekommer hyppigere depresjon hos pasientene som ikke deltok i studien.

Rutinemessig og regelmessig screening for depresjon hos palliative pasienter kan være et aktuelt tiltak, men bør da initieres tidlig i den palliative fasen, sier Borge.

Trine B. Haugen
trine.b.haugen@hf.hio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *BMJ* 2008; 337: a1682.

Antidepressiver kan påvirke brystkreftbehandling

Samtidig bruk av paroksetin og tamoksifen er assosiert med en økt risiko for å dø av brystkreft.

Omdanningen av tamoksifen til endoksifen, den viktigste aktive metabolitten, katalyseres av cytokrom P-450–2D6 (CYP2D6). Samtidig behandling med legemidler som hemmer dette enzymet kan redusere den gunstige effekten av tamoksifen på brystkreft. Kanadiske forskere har undersøkt om selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) som hemmer CYP2D6, påvirker virkningen av tamoksifen (1).

Studien omfattet kvinner over 66 år med brystkreft som fikk overlappende behandling med tamoksifen og SSRI-antidepressiver. For den irreversible CYP2D6-inhibitoren paroksetin var det en økning i risiko for død av brystkreft på hhv. 24 %, 54 % og 91 % når den overlappende del av tamoksifenbehandlingstiden økte fra 0 % til 25 %, 50 % og 75 % ($p < 0,05$ for hver sammenlikning). Ingen slik risiko ble observert for de andre antidepressivene.

Dette er et viktig funn. Det poengteres at en betydelig andel av brystkreftpasientene utvikler depresjon og behandles med antidepressiver, sier professor Ernst A. Lien ved Institutt for indremedisin, Universitetet i Bergen. En hyppig bivirkning av tamoksifen er hetetokter. Det er holdpunkt for at de som har denne bivirkningen, har best effekt av tamoksifen. I USA brukes paroksetin mot hetetokter, som ikke er en godkjent indikasjon i Norge. Resultatene fra studien viser at paroksetin svekker effekten av tamoksifen.

I tillegg til at mange legemidler kan innvirke på omdanningen til endoksifen, er aktiveringen avhengig av genetiske forhold. Hittil har ingen studier vist nytte av å måle konsentrasjonen av endoksifen, men denne studien taler for det. Om den påviste interaksjonen har hatt betydning for resultatene fra kliniske studier der tamoksifen er blitt sammenliknet med andre behandlingsalternativer, er usikkert, sier Lien.

Trine B. Haugen
trine.b.haugen@hf.hio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Kelly CM, Juurlink DN, Gomes T et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study. *BMJ* 2010; 340: c693.

VERDENS HELSE

Mødre- og barnedødelighet i Sør-Afrika

Mellom en firedel og halvparten av dødsfallene blant mødre, nyfødte og barn under fem år i Sør-Afrika kunne vært unngått for en kostnad tilsvarende 24 % av helsebudsjettet.

Det fremgår i en artikkel i *The Lancet* (1). Sør-Afrika er et av få land der mødre- og barnedødeligheten har økt eller ikke bedret seg siden FNs tusenårs mål ble vedtatt i 1990. Etter at det ble slutt på apartheidregimet i 1994, er det gjort mye for mødre- og barnehelsen. Sør-Afrika følger i stor grad WHO's retningslinjer, og bruken av helsetjenester er omfattende. 94 % av gravide går til minst én svangerskapskontroll, og 83 % av barna er vaksinert ved ett års alder. Brukte ressurser står ikke i samsvar med den manglende reduksjonen i dødelighet. Det kan blant annet skyldes dårlig administrasjon, som forsinket sykefrakt, mangelfull livreddende medisinsk behandling og for sen eller ingen kontakt med helsevesenet. Videre etterlyses det sterkere styring sentralt og høyere prioritering av tiltak som forhindrer hivsmitte

mellom mor og barn (1). Hiv/aids er fortsatt en av hovedårsakene til mødre- og barnedødeligheten. Det nasjonale programmet for å hindre hivsmitte mellom mor og barn er ikke innført i stor nok utstrekning, og forskning rundt antiretroviral medisin er til dels blitt møtt med motstand hos styresmaktene.

Ved hjelp av en avansert beregningsmodell kom man frem til at totalt 76 600 kvinner, nyfødte og barn under fem år kan reddes per år ved å øke kvaliteten på eksisterende helsetjenester og ved 95 % dekning av disse (1). Kostnadene beregnes til 1,57 billioner amerikanske dollar, som tilsvarer 24 % av det offentlige helsebudsjettet. Artikkelen konkluderer med at de nødvendige tiltakene for å redde liv både er mulig å finansiere og er overkommelige.

Mariam Löfwander
mariamloefwandery@yahoo.no
Kirurgisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Aker

Litteratur

1. Chopra M, Daviaud E, Pattinson R. Saving the lives of South Africa's mothers, babies, and children: can the health system deliver? *Lancet* 2009; 374: 835–46.