

- Gi respons på artikler gjennom artiklens 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.

I en kommentar (1) til kronikken «Når pasienten nekter blodoverføring» (2) kritiserer Rolf J. Furuli forfatterens tolkning av § 4-9 i pasient- og brukerrettighetsloven. Her svarer forfatterne:

**M. Bahus & R. Førde svarer:**

Pasientautonomiprinsippet skal stå sterkt. Det er ikke ønskelig med en svekking av pasientrettighetene, men de bør lovbestemmes og tolkes/praktiseres på en måte som både ivaretar pasientenes integritet og legene som profesjonsutøvere.

Et stykke på vei har lovgiver ivare tatt mulige motstridende hensyn ved anvendelsen av pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, første ledd ved å gi legene en rett til å velge om de vil behandle en pasient som nekter å motta blod. Men i øyeblikkelig hjelp-situasjoner er det den legen som tilfeldigvis er på vakt som må agere, og denne legen vil da ikke ha en reell valgrett. Legen er pålagt å behandle, samtidig som det ikke kan gis blodoverføring selv om dette er helt nødvendig for å redde pasienten. Det setter legen i en profesjonsetisk og trolig også personlig konflikt mellom handling og holdning. Det er uheldig.

Lovbestemmelsen i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-9, første ledd gir som nevnt også, etter vår oppfatning, pasienten en rett til å kreve en behandling som i gitte situasjoner er faglig ufor- svarlig. Til illustrasjon: I noen tilfeller, der risikoen for blødning er svært stor, vil legen bli pålagt å utføre en del av behandlingen (et risikofylt kirurgisk inngrep), men ikke en nødvendig annen del (livreddende blodtransfusjon) som er en påregnelig komplikasjon til den første delen.

Vi mener derfor at tolkningsforslaget fra professor Marit Halvorsen, om at den som nekter å motta blod også gir avkall på behandling der blodoverføring under gitte omstendigheter vil være det eneste forsvarlige, vil innebære at bestemmelsen tolkes på en måte som ivaretar legene som profesjonsutøvere, uten å frata pasientene selvbestemmelsesrett. Pasientene vil fortsatt kunne velge å motta behandlingen eller nekte å la seg behandle. Det er først når de aksepterer en behandling at de også må godta at den som gir behandlingen utfører denne i samsvar med det som anses som faglig forsvarlig. Det er selvsagt viktig at leger strekker seg langt for å etterkomme pasientens uttrykte ønsker, slik at blodtransfusjon kun blir benyttet når det er nødvendig for å redde pasientens liv.

Pasientenes rettigheter har direkte innvirkning på legenes arbeid. Det er derfor viktig at man får en balanse hvor de lovbestemte rettighetene tolkes og praktiseres på en slik måte at legene som profesjonsutøvere får utøve medisin på en forsvarlig måte. Hva som er faglig forsvarlig medisin vil være i bevegelse med ny kunnskap og ny teknologi. Det vil også, slik det påpekes, være en variasjon på grunnlag av den enkelte leges erfaringsbase. Det påhviler derfor leger en plikt til å ha tilstrekkelig ydmykhet rundt eget og fagets kunnskapsgrunnlag.

Etter vår oppfatning vil pasientene være best tjent med leger som kan praktisere medisin i samsvar med sin egen personlige og faglige samvittighet på grunnlag av gjeldende medisinske teknologiske føringer.

**Marianne Bahus**

*marianne@advokat-bahus.no*

**Reidun Førde**

Marianne Bahus (f. 1973) er advokat i advokatfirmaet Bahus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Reidun Førde (f. 1950) er lege og professor i medisinsk etikk. Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Furuli RJ. Re: Når pasienten nekter blodoverføring. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1728.
2. Bahus M, Førde R. Når pasienten nekter blodoverføring. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 850–1.

## Re: En mann i 40-årene med hevelse i begge øyehuler

I en velskrevet artikkel i Tidsskriftet nr 15/2014 omtales en interessant pasient med Erdheim-Chesters sykdom (1). Dette er en sjelden, men alvorlig form for histiocytose med fare for dødelig utgang grunnet komplikasjoner fra hjerte, nyrer eller lunger (2). Det er ikke kjent noen form for kurativ behandling (3), og det at man har klart å stabilisere pasientens tilstand er derfor oppmuntrende. I diskusjonen antydes at man vurderer behandling med vemurafenib. Kan forfatterne si noe om pasienten i ettertid har fått slik behandling og om den har hatt effekt?

Erdheim-Chesters sykdom er klassifisert som en non-Langerhans form for histiocytose. En av manifestasjonene hos pasienten var en oppfylling i begge øyehuler. Det histologiske bildet er forenlig med et såkalt xanthogranulom. Med utgangspunkt i øyehulen forekommer det flere varianter av xanthogranulom hos voksne, hvor Erdheim-Chesters sykdom er den mest alvorlige. De andre formene er isolert xanthogranulom i øyelokk eller øyehule, nekrobiotisk xanthogranulom som kan ledsages av paraproteinemi og multiple myelom, og xanthogranulom med voksen debut av astma. Ved Erdheim-Chesters sykdom foreligger ofte forandringene diffust i øyehulen, slik man også fant hos den aktuelle pasienten, mens ved de andre formene er lesjonen vanligvis lokalisert fortil. Ved alle formene sees et inflammatorisk infiltrat med lipidholdige makrofager og ofte såkalte Touton kjempeceller.

Innledningsvis i artikkelen anføres pseudotumor orbita som en mulig differensialdiagnose. Dette begrepet ble introdusert i 1905 og har gjerne vært benyttet om en inflammasjonstilstand i øyehulen av ukjent årsak. Ettersom utredning i dag vanligvis resulterer i en mer presis diagnose, anbefales det at man ikke bruker dette begrepet (4).

**Eyvind Rødahl**

*eyvind.rodahl@helse-bergen.no*

Eyvind Rødahl (f. 1957) er dr.med., spesialist i øyesykdommer og professor og overlege ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Bergen og Øyeavdelingen, Haukeland universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Litteratur

1. Midtvedt O, Gran JT, Solheim H et al. En mann i 40-årene med hevelse i begge øyehuler. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1472–6.
2. Sivak-Callcott JA, Rootman J, Rasmussen SL et al. Adult xanthogranulomatous disease of the orbit and ocular adnexa: new immunohistochemical findings and clinical review. Br J Ophthalmol 2006; 90: 602–8.
3. Diamond EL, Dagna L, Hyman DM et al. Consensus guidelines for the diagnosis and clinical management of Erdheim-Chester disease. Blood 2014; 124: 483–92.
4. Grove AS Jr, Weber AL. Orbital pseudotumor—historical origin and modern relevance. Ophthal Plast Reconstr Surg 2013; 29: 341–6.