signelser som hovedinnhold. I situasjoner der pasienten ikke lenger kan ta stilling, bestilles en stedfortreder (Betreuer) av det offentlige. Dette unngår man når pasienten på forhånd har oppnevnt en stedfortreder. Anbefalingen til befolkningen er altså å gjøre sine ønsker og verdier kjent for en person man har tillit til – kan det være behandlende lege?

Kan det være et første steg også i Norge å oppfordre befolkningen til å tenke seg om når det gjelder preferanser og verdier i forhold til behandling, ivaretagelse, omsorg og pleie i den siste livsfasen – og å kommunisere de til en tillitsperson?

Sebastian von Hofacker

sebastian.vonhofacker@haraldsplass.no

Sebastian von Hofacker (f. 1964) er overlege ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 233–5.
2. Livets slutfase – om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende. Kunnskapssenteret – systematisk oversikt nr. 18–2014. www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/livets-slutfase-om-a-finne-passende-behandlingsnivaa-og-behandlingsintensitet-for-alvorlig-syke-og-doende [2.3.2015].
3. Tolle SW, Back AL, Meier DE. Clinical decisions. End-of-life advance directive. N Engl J Med 2015; 372: 667–70.
4. Silveira MJ, Kim SYH, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. N Engl J Med 2010; 362: 1211–8.
5. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. http://www.bmjv.de/DE/Themen/Gesellschaft/Patientenverfuegung/patientenverfuegung_node.html [19.2.2015].

P. Friis svarer:

Takk til Sebastian von Hofacker for en interessant kommentar. Først om hvilken anledning som er passende for å ta opp slike spørsmål med pasienten: Både Mullick og den norske veilederen om beslutninger om livsforlengende behandling setter opp lister over situasjoner der det anbefales å ta opp spørsmål om behandling mot livets slutt (1, 2). I vår studie var det egentlig ingen anledning. Likevel ble tilbudet om en samtale godt mottatt og satt pris på i ettertid. Kanskje vi er for opptatt av å finne en passende anledning, og derfor skjer det alt for sjeldent?

Det kan se ut som om livstestamenter som pasienten selv fyller ut ikke får veldig stor innflytelse på den behandling de faktisk får mot livets slutt (3). Kanskje har den prosessen som kalles «advance care planning», som vi forslår skal hete forhåndssamtaler på norsk, større mulighet for virkelig å gi innflytelse på behandling av pasienter som ikke selv kan være med på beslutningene? Man kan kanskje si at de forhåndssamtalene vi gjennomførte bare var oppstarten av en planlegging av behandling mot livets slutt. Kanskje burde de vært fulgt opp, også med tilbud om å involvere familien for de som ønsket det? Murtaghs skjema, som vi brukte som basis for samtalen, inneholder ikke noe spørsmål om stedfortreder (4). Det er en svakhet. Spørsmålet om hvem vi skal rådføre oss med hvis du selv mister evnen til å være med på beslutninger, hører med.

Det er ikke sikkert at det ene eller andre lovgrunnlag er det som gir mest utslag på omfanget av forhåndssamtaler og som har innflytelse på hvordan pasientene blir behandlet. USA har hatt lov hjemlet mulighet for livstestamenter siden 1991. I Norge har det ingen plass i helselovgivningen. Kanskje det von Hofacker nevner til slutt kan bety mest? Hvis slike forhåndssamtaler var en kjent sak i befolkningen, noe en ventet legen ville ta opp med en og som en derved også diskuterte i familien, ville det betydd mye for utbredelsen av slike samtaler. Det er ganske sikkert at langt flere ønsker slike samtaler enn dem som får det.

Pål Friis

paal.friis@sshf.no

Pål Friis (f. 1950) er overlege ved Sørlandet sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Mullick A, Martin J, Sallnow L. An introduction to advance care planning in practice. BMJ 2013; 347: f6064.
2. Helsedirektoratet. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling> [22.2.2015].
3. Friis P, Førde R. Forhåndssamtaler med geriatriske pasienter. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 233–5.
4. Murtagh FE, Thorns A. Evaluation and ethical review of a tool to explore patient preferences for information and involvement in decision making. J Med Ethics 2006; 32: 311–5.

Begrepet «subjektiv lidelse» er blitt debattert i kommentarfeltet under artikkelen «En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis», som sto på trykk i Tidsskriftet nr. 22/2014. Her følger et nytt innlegg i denne debatten:

Re: En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis

Forfatterne velger i sin artikkel å anvende begrepet «subjektiv lidelse» (den norske oversettelsen av SHC, subjective health complaints) (1). Dette begrepet er, som det også er bemerket av flere i kommentarfeltet, et problematisk begrep (jfr. subjektiv vs. «objektiv» lidelse).

Utfordringen på dette området av medisinen er imidlertid at enhver ambisjon om å innfange pasientens problemer i ett (medisinsk) altomfattende og presist begrep nødvendigvis må bli problematisk. Alternativet kunne være medisinsk uforklarte symptomer (MUS), men her vil man ende opp med å diskutere graden av «uforklarthet» hva angår de tilstander som kan subsumeres dette akronymet. En annen mulighet er «funksjonelle somatiske lidelser», men også her kan man spørre om dette er en adekvat betegnelse for å beskrive det antatt dysfunksjonelle.

Ytterligere et alternativ vil være å beskrive dette som en «sammensatt lidelse». Sammensatte lidelser omfatter «tilstander med betydelige somatiske symptomer der biopsykososiale faktorer er spesielt tett vevd sammen, og der ingen anerkjent diagnose fullt ut kan forklare symptomene» (2). Vi kan da spørre: Sammensatt, for hvem? Sammensatt, av hva? Et forsøk på å forklare dette sammensatte vil nok så raskt lede hjelperen ut i en krevende redegjørelse for et foreliggende «multisymptomatisk uttrykk» og et «multifaktorielt opphav». Vi kan sågar prøve ut begrepet «kroppslig stresslidelse» (Bodily Distress Disorder) og utløser da en langvarig diskusjon om psyke vs. soma og et nærmest umulig begrep som stress.

De nevnte eksempler utgjør kun et utvalg av svært problematiske medisinske etiketter. Jeg har derfor en viss forståelse for at forfatterne anvender et, for medisinerne, velkjent begrep som «subjektive lidelser». Å utvikle en mulig integrativ modell er i seg selv et svært krevende prosjekt som støter på en rekke utfordringer. Jeg har tolket forfatterne dithen at valget av overskriften «subjektive lidelser» i seg selv ikke er det avgjørende omdreiningspunkt i denne sammenheng.

Thor Eirik Eriksen

Thor.eirik.eriksen@unn.no

Thor Eirik Eriksen (f. 1964) er stipendiat ved Universitetssykehuset Nord Norge.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 2174–6.
2. Borchgrevink PC, Fredheim OMS, Fors EA et al. Hva er sammensatte lidelser? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1368.