

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!

Lærerike kasuistikker



En av mine pasienter har prostatacancer. Vi kan kalle ham Olav. Han er 80 år, og er en ressurs- og viljesterk mann. Han har ingen symptomer av sin sykdom og er ellers frisk og velbevart.

Sykdommen ble diagnostisert i 2002 etter en episode med makroskopisk hematuri. PSA var da 20. Han ble anbefalt konservativ behandling. Det siste året har verdien steget til 139. Han tok selv kontakt med Volvat i Oslo og bestilte en konsultasjon hos en urolog. Urologen anbefalte behandling med Casodex i en måned og deretter injeksjonsbehandling med Enantor Depot.

Under oppholdet i Oslo oppsøkte han også en annen lege som anbefalte Iscadorbehandling. Behandlingen skal gis subcutant, tre ganger i uken.

Olav ringte til meg da han kom tilbake fra Oslo og ville at jeg, eller noen av de ansatte ved helseavdelingen skulle lære ham å sette subcutane injeksjoner. Under telefonsamtalen gav han klar beskjed om at han ikke ønsket hormonell behandling.

Jeg bad Olav be legen som ordinerte behandlingen sende meg informasjon om behandlingen og om preparatet. To dager etterpå kom et brev i posten. Et kort brev der legen skrev at Iscador er et misteltegnekstrakt. Han anbefalte at jeg lærte Olav sette subcutane injeksjoner.

Olav møtte til konsultasjon for å diskutere behandlingen. Vi ble etter hvert enige: han begynner hormonell behandling og jeg lærer ham sette subcutane injeksjoner.

Så ble det stille. Jeg hørte ikke noe fra Olav på flere uker. Rett før jul ringte han igjen. Han hadde fått ordinert en vaksine mot kreft som han ville at jeg skulle hjelpe ham å sette. Vaksinen skulle settes intravenøst.

Han ønsket også resept på Casodex og Proscar.

Det viste seg at han hatt et tre ukers opphold på en kreft klinikk i Danmark – Humlegården. Han hadde telefonnummeret til klinikken og navnet på legen som hadde behandlet ham. Jeg ringte til Humlegården, og fikk snakke med Dr Andersen. Han snakket nesten ubegripelig, buldrende dansk, men var svært tilmøtekommende og veldig entusiastisk. Han fortalte at de behandlet prostatacancer med total hormonell blokkering, det vil si med både Casodex (150 mg x1) og Proscar (5mgx1). «Kreftvaksinen» viste seg være autologe lymfokin-aktiverte dreperceller, såkalt LAK celler utviklet ved et laboratorium i Tyskland. Behandlingen koster 13 000 NOK. Behandlingen måtte startes innen 24 timer etter at cellene ble sendt. Han sendte meg utførlig informasjon på faks om LAK cell behandling. Behandlingen viste seg ikke mulig å gjennomføre da transporttiden til Bø er for lang.

Olav får nå behandling med Casodex og Proscar. PSA har sunket fra 146 til 40. Han har fortsatt ingen symptomer av sin sykdom.

Til slutt endte Olav og jeg opp med en behandling som jeg mener er medisinsk forsvarlig og som jeg godt kan stå ansvarlig for, men historien har fått meg å lure litt.

Utposten har fått en jurist, en etiker og en urolog å kommentere historien om Olav og hans behandling.

Anders Svensson

«Etikerens» kommentar

Jo TELJE

Jo Telje har vært kommunelege I / helsesjef i Nord-Fron kommune, Vinstra i ca 30 år. Før det ca ti år i Nord-Norge. Jobbet med fagutvikling av allmennmedisinen gjennom spesialitetskomiteen, NSAM, Apf, kvalitetsutvalg og veiledningsgrupper. Medlem av Rådet for legeetikk i vel ti år.

Som medlem av Rådet for legeetikk er jeg neppe en «etiker», men jeg deltar i denne komiteen for å forvalte et allmennmedisinsk skjønn med basis i de regler Legeforeningen har vedtatt.

Den omtalte kasuistikk er på mange måter typisk for hvorledes en del resurssterke pasienter tar styring over sin egen sykdom og behandling, og kjører et slalomløp mellom diverse spesialister, alternativmedisinere og sin lokale helsetjeneste.

Jeg tror jeg langt på vei hadde fulgt samme opplegg som Anders Svensson. Først og fremst signalisert en respekt for pasientens eget valg – og dernest forsøkt å bidra med den kunnskap og viten som vi som fagmennsker har tilgang til. Hvorvidt urologen hadde god nok faglig belegg for å starte hormonbehandling hos en symptomfri mann

kan kanskje diskuteres. Jeg skulle også gjerne ha problematisert på hvilken måte fastlegen og pasienten «ble enig» om at hvis skolemedisinens hormonbehandling ble fulgt skulle det tvisomme preparatet Iscador kunne settes subcutant på legekontoet. Jeg håper at disse to forhold ble drøftet åpent og fritt og uavhengig av hverandre.

Det er vel heller ikke helt sjeldent at pasienter med kreftsykdom på egen hånd reiser til mirakeldoktorer i utlandet for diverse alternative kurer og opplegg. Når de i tillegg blir tilbudt svært kostbare medisiner som oppfølging får vi et dilemma. I dette konkrete tilfellet «løste» jo saken seg ved at vaksinen ikke lot seg frakte til Vesterålen raskt nok. Men vanligvis står vi overfor pasienter som bruker store summer i et fortvilet håp om å stoppe en sykdom eller forlenge livet, uten at det finnes naturvitenskaplig belegg for at medisinen eller kuren har effekt.

Vi har en etisk forpliktelse til å klarlegge vårt ståsted, hva vi har av medisinsk kunnskap om effekt eller manglende effekt, men må meddele dette på en slik måte at vi ikke fratar pasient og pårørende håpet. Vårt forhold til pasienten må bygge på gjensidig tillit og respekt. Vi må si at dessverre det og det kan jeg ikke hjelpe deg med, men du står fritt til å velge andre løsninger.

I de etiske regler §9 heter det at «Legen må ikke gjøre bruk av eller anbefale metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring. En lege må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder legen finner faglig ukorrekte.»

Vi må altså på en åpen måte drøfte hvorfor vi ikke kan delta i useriøse opplegg, men uten å ødelegge en behandlingsallianse som pasienten vil komme til å trenge i forløpet.

Jeg opplever at disse fortvilte pasientene har et stort behov for å snakke om sin fremtid, dødsangst, sykdomsforløp, komplikasjoner osv, og at det er denne nære kommunikasjon de egentlig trenger oss til.

I mine mange år i praksis har jeg ennå ikke opplevd å komme i åpen konflikt med noen pasient eller pårørende i denne kritiske sykdomsperioden, selv om overraskende mange bruker midler og metoder hinsides min naturvitenskaplige forståelse.

Jo Telje

Juristens kommentar

ARILD HAGSVEEN

Arild Hagesveen er utdannet cand med 1997, turnus Moss sykehus og Finmark distrikt Arbeidet på Legevakta i Oslo, skadeavdelingen, siden 1999, konst.overlege samme sted fra 2001. Utdannet cand Jur 2002. Juridisk rådgiver Norsk Pasientskadeerstatning fra januar 2004. Rådgiver og advokatfullmektig Dnl fra september 2004.

Vurdering av fastlegens ansvar og forpliktelser etter helsepersonelloven, pasientrettighetsloven med flere

Kasuistikken kan gi grunnlag for flere juridiske innfallsvinkler. En mulig og interessant problemstilling kasuistikken reiser er innholdet i og forholdet mellom pasientrettighetslovens §3-1 «pasientens rett til medvirkning» og helsepersonellovens §4 «krav til forsvarlighet».

I hvilken grad kan pasienten diktere og bestemme behandlingen og hvor langt skal legen gå i å etterkomme pasientens krav om en særskilt behandling? Pasientrettighetslovens §3-1, 1.ledd lyder følgende «pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelp. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder»

Det er helsepersonell som har de beste kvalifikasjonene for å velge den best egnede metoden for hver enkelt pasient. Graden av likverdighet mellom ulike behandlingstilbud er i mange tilfeller et vurderings spørsmål, hvor pasientens mening og vurdering blir et tungtveiende moment ved avgjørelsen. Når pasienten er inneforstått med så vel metodevalg som med konsekvensene av den valgte metode, øker sannsynligheten for at behandlingen blir vellykket og opplevelsen av tilfredshet blir høyere.

Bestemmelsen som regulerer kravet om at helsepersonellet skal opptre forsvarlig står helt sentralt Helsepersonelloven. Forsvarlighetskravet setter grenser for hva helsepersonell kan gi av helsehjelp. Det innebærer at personell ikke skal gå utover sine faglige kvalifikasjoner eller lovbestemt kompetanse i forbindelse med helsehjelp til pasienter. Kravet setter også grenser for hvilken helsehjelp andre kan pålegge helsepersonell å gi. Det vil være en plikt for helsepersonell å tilpasse yrkesutøvelsen etter faglige kvalifikasjoner, slik at man ikke påtar seg andre arbeidsoppgaver enn det kvalifikasjonene tilsier. Har man ikke kompetanse i forhold til en behandling kan det være uforsvarlig å igangsette denne. Dette kan være individavhengig.

Helsepersonelllets grunnleggende ansvar for at helsehjelpen som ytes er forsvarlig etter helsepersonellovens §4 reduseres ikke ved at pasienten medvirker.

I tilfellet med Olav og hans fastlege oppfatter jeg det slik at fastlegen ikke følte han kunne være ansvarlig for en behandling som bare innebar injeksjoner med misteltegn-ekstraktet eller en behandling med «kreftvaksinen». Med den overbevisning om at dette var behandling fastlegen ikke kunne stå inne for etter helsepersonellovens §4, kunne han ha motsatt seg å bidra til disse behandlingene. Denne tilnærmingen kunne imidlertid ha skapt en avstand til pasientens som ingen ville være tjent med. Informasjon om behandlingalternativer og mulige konsekvenser er et viktig

verktøy i balansegangen mellom retten til medvirkning og kravet til forsvarlighet. En balansegang som ble godt ivarettatt ved den kombinasjons behandling man endte ned på i første omgang, men som nok hadde blitt satt noe mer på spissen ved spørsmål om supervisjon av behandling med «kreftvaksine», som i tillegg ville medført en betydelig økonomisk belastning for pasienten.

Arild Hagesveen,
Forhandlings- og helserettsavdelingen., Dnlf

Urologens kommentar

PER ÅGE HØISÆTHER

Per Åge Høisæter er nå pensjonist. Har vært professor i urologi ved Univ. i Bergen og sjef ved Urologisk seksjon. Kir.avdeling, Haukeland Sykehus, Bergen.

Anbefalte konservativ behandling på diagnosetidspunktet i 2002 er også mitt førstevalg pga en formodet tidlig cancer (PSA = 20 uten symptomer) hos en mann i høy alder. Sannsynligheten for upåvirket livskvalitet og livslengde var større enn det motsatte. Forutsetningen er «ikke sint histologi» (kjennes ikke). Gleason score åtte til ti (eller WHO = lite differensiert cancer) kan gi rask progresjon.

Mannen virker fysiologisk yngre enn sine nominelle 80 år, uten komorbiditet og kan derfor leve lenge. Tidlig hormonbehandlingsstart kan forsinke symptomdebut / progresjon (1) og kunne overveies – hvis «sint histologi». Pasientens preferanse ville være avgjørende – etter informasjon om potensielt gunstige effekt / bivirkninger.

Men, min vurdering er at på det tidspunktet var konservativ behandling med *god oppfølging* rimelig (Obs! pasientens holdning og situasjon).

PSA stigning til 139 etter ett års tid (?) indikerer rask progresjon, selv om han «fortsatt ikke har symptomer av sin sykdom». Nå er kirurgisk- eller medisinsk kastrasjon førstevalget. Pasientenes preferanse er oftest medisinsk kastrasjon. LhRh-agonistenes (*Enanton depot*, *Procren depot*, *Suprefact depot*, *Zoladex*) forbigående testosteron-«flare» blokkeres med en måneds behandling med et rent antiandrogen (*Eulexin*, *Casodex*) med oppstart en uke før første LhRh-agonist injeksjon. Testosteronspeil på kastrasjons-nivå tilbakedanner cancer prostata og hemmer / forsinke progresjon.

Fortsettes *Eulexin* eller *Casodex* behandlingen permanent sammen med LhRh-agonist eller kirurgisk kastrasjon kalles behandlingen total androgen blokade som i spesielle tilfeller har en marginal fordel framfor LhRh-agonist alene, men er en mye dyrere behandling.

Testosteron omdannes i prostata til det intracellulært aktive androgenet dihydrotestosteron (DHT) ved hjelp av enzymet 5-alfa-reductase. DHT bindes til androgen receptor og bringes derved inn i cellekjernen. *Proscar* hemmer 5-alfa-

reductase enzymet og *Casodex* blokkerer DHT binding til androgen receptor. *Proscar* og *Casodex* hemmer således cancer ved å hindre testosteronets effekt lokalt i prostata cancer cellen – uten at mannens testosteronspeil i blodet reduseres (potens bevaring!).

Casodex må regnes som en form for hormonbehandling, men har mindre bivirkninger enn kastrasjonsbehandling. Ved lokalisert cancer har *Casodex* monoterapi vitenskapelig dokumentert likeverdig cancer effekt med kastrasjonsbehandling, men ikke fullt så god som kastrasjon ved metastatisk cancer. Denne pasienten ønsket ikke hormonbehandling og *Casodex* er derfor et rimelig alternativ – forutsatt at pasienten er vel informert.

Når og hvis PSA skulle begynne å stige igjen (fra 40) bør han sterkt tilrådes å begynne med LhRh-agonist i tillegg – på tross av sin uvilje mot hormoner. Dette vil kunne hemme progresjon med potensielle alvorlig komplikasjoner som ureterobstruksjoner, patologiske frakturer og medulla spinalis kompresjon (dokumentert i MRC-studien, se ovenfor). Ved senere eventuell ny exacerbasjon kan man noen ganger få ny remisjon ved den såkalte «withdrawal effekten» (seponering / skifte av rent antiandrogen).

Proscar har vist signifikant hemmende effekt på cancer prostata utvikling generelt, men har en uavklart relasjon til utvikling av lite differensiert cancer (2). *Proscar* bør ennå ikke brukes i prostata cancer sammenheng før nærmere avklaring foreligger.

Cancer prostata vaksine behandling arbeides det seriøst med mange steder i verden. Foreløpig er det ingen vaksine som har slik dokumentert effekt eller allmenn aksept at den anbefales brukt i vanlig praksis – bruken må fortsatt anses eksperimentell og utprøves i vitenskapelig kontrollerte studier.

«Complementary and Alternative Medicine» (CAM) er utbredt ved cancer prostata i den vestlige verden – brukes i USA av 25–43 prosent av prostata cancer pasientene (3). Generelt er dokumentasjonen av effekt langt dårligere enn det som kreves for registrerte legemidler.

Mistelteinestraktet *Iscador* er ikke vitenskapelig dokumentert effektivt ved cancer prostata. Man skal likevel være åpen for nyttige effekter ved CAM, men dokumentasjonskravene må opprettholdes. Det er skolemedisinske sentra som seriøst forsker på CAM. Generelt er det grunn til å oppfordre pasientene til å være kritiske og oppmerksomme på useriøse aktører i dette store økonomiske markedet – man kan lett «kaste bort store penger» på råd fra velmenende, men ofte «uncritical believers». Per Åge Høisæther

Referanser:

1. MRC-study results: D Kirk, Prostate Cancer and Prostatic Diseases 2004;7:217–22
2. M Marberger et al BJU International 2003;92:667–71
3. J Urol 1999; 161: 1521–24, Cancer 2000; 88:615–19