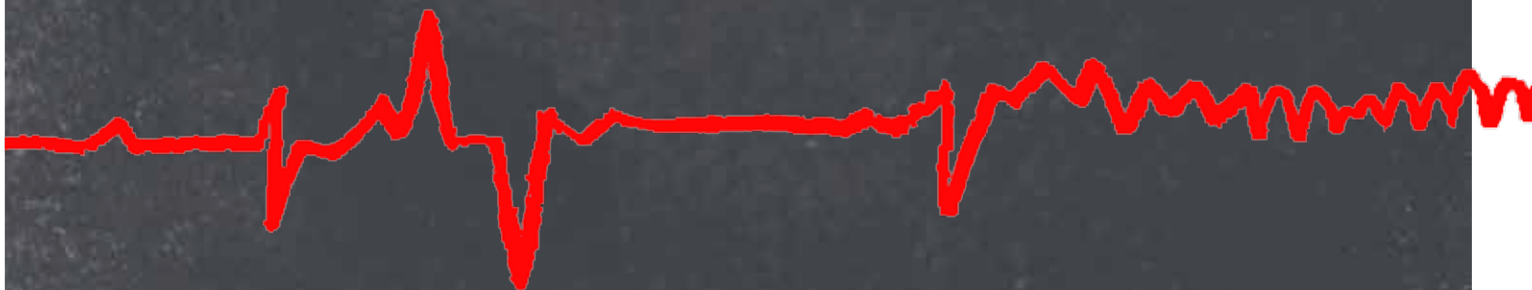


## Sykepleien

Seks av ti sykepleiere sier at de har vært med på å gi livreddende behandling til pasienter som hadde hatt bedre av å få slippe. Hvorfor er det så vanskelig å bare la folk dø?

# #Når er det nok?





## BOLIGLÅNSRENTE FRA 1,99 %

Som medlem av Norsk Sykepleierforbund får du både Boliglån, Rammelån og Boliglån Ung (BLU) til samme gode rente: 1,99 %.

Les mer på [dnb.no/nsf](https://dnb.no/nsf) eller kontakt oss på **04800** – hele døgnet, alle dager.

Priseksempler: Boliglån / Rammelån / Boliglån Ung (BLU): Effektiv rente 2,06 %. Lånebeløp 2 millioner o/25 år i DNB Boligkreditt. Totalt kr 2 555 206. Prisene er per 04.01.2017 for nye lån og kan bli endret.





ANNONSE

## Lyst til å spesialisere deg på Norge i sommer?

Enten du er lege i spesialisering eller spesialist, har du en av Norges viktigste jobber, og som leger flest er du dedikert i forhold til eget yrke og opptatt av både karriere og fag. Men årene flyr, og mange rekker ikke å oppleve så mye som de hadde håpet på eller drømt om. Løsningen kan være å flytte på seg. Uten å flytte permanent! Ja, kanskje bare for i sommer?

Dedicare tilbyr leger godt betalte oppdrag av ulik lengde og omfang over hele landet, og akkurat nå har vi mange ledige sommeroppdrag. Du får god lønn, mulighet for spennende opplevelser, nye erfaringer og, kanskje best av alt: Alle utgifter dekkes av Dedicare Doctor!

Sammen sørger vi for at sommeren 2017 tilbringes i den delen av Norge du gjerne vil bli bedre kjent med!

### Ta kontakt!

Vi ser frem til å høre både fra deg som er lege/spesialistlege – og fra dere med behov for leger i spesialisering eller spesialist.

**Dedicare er behjelpelig med bemanning og rekruttering til kommuner, institusjoner og sykehus.**

[www.dedicare.no/doctor](http://www.dedicare.no/doctor)

+47 07480 – [doctor@dedicare.no](mailto:doctor@dedicare.no)



*Vi bryr oss mer!*

**DEDICARE**  
Doctor

**C Fragmin Pfizer**

INJEKSJONSVEKSEL, oppløsning 12 500 IU anti-Xa/ml og 25 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneh.: Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 12 500 IU, resp. 25 000 IU, natriumklorid, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. Uten konserveringsmiddel. INJEKSJONSVEKSEL, oppløsning 10 000 IU anti-Xa/ml: 1 ml inneh.: Dalteparinatrium (anti-faktor Xa) 10 000 IU, benzylalkohol, vann til injeksjonsvæsker til 1 ml. Med konserveringsmiddel. **Indikasjoner:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme (VTE) og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander, som f.eks. ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter. **Dosering: Tromboseprofylakse ved kirurgi:** Ved generell kirurgi med risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og deretter 2500 IU s.c. hver morgen. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 5-7 dogn eller lenger. Ved kirurgi med høy risiko for tromboemboliske komplikasjoner: 5000 IU s.c. kvelden før operasjon og deretter 5000 IU s.c. hver kveld. Behandlingen fortsetter til pasienten er mobilisert, vanligvis 15-7 dogn eller lenger. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen. **Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi:** 5000 IU s.c. kvelden før operasjonen og deretter 5000 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. Alternativt gis 2500 IU s.c. 1-2 timer før operasjonen og 2500 IU s.c. 8-12 timer senere. De påfølgende dager 5000 IU s.c. hver morgen i 5 uker. **Behandling av akutt dyp venetrombose:** Doseringen er individuell. Kan administreres s.c. enten som 1 daglig injeksjon, eller som 2 daglige injeksjoner. Administrert 1 gang daglig: Følgende initiale doseringer anbefales: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig. Maks. s.c. dose (maks. engangsdose) bør ikke overstige 18000 IU. Monitorering av antikoagulant effekt er ikke nødvendig. Tabell 1. Følgende vektintervall anbefales:

Vekt (kg)	Dose (IE)
46-56	10 000 (0,4 ml sprøyte)
57-68	12 500 (0,5 ml sprøyte)
69-82	15 000 (0,6 ml sprøyte)
83-90	18 000 (0,72 ml sprøyte)
>90 kg:	Se Spesielle pasientgrupper, Overvektige.

Administrering 2 ganger daglig: For pasienter med komplisert trombose sykdom eller økt blødningsrisiko, kan doseringen 100 IU/kg 2 ganger daglig s.c. gis. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, men ved behov kan aktiviteten følges med funksjonelle metoder for anti-Xa. Etter s.c. administrering nås Cmax etter 3-4 timer. Da bør første måling av plasmanivå gjøres. Plasmanivå etter dosering 2 ganger daglig bør ligge mellom 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ev. behandling med vitamin K-antagonister startes samtidig som en starter behandling med Fragmin. Behandling med Fragmin bør fortsettes i minst 5 dogn, eller inntil nivåene av protrombinkomplekset faktorer (F II, F VII, F X, F X) har sunket til terapeutisk nivå. Det er liten klinisk erfaring med behandling av alvorlige, proksimale trombose. **Behandling av lungeemboli:** Fragmin administreres s.c. 1 eller 2 ganger daglig som angitt for behandling av dyp venetrombose. Ved dosering 2 ganger daglig gis 100-120 IU/kg kroppsvekt hver 12. time. Ved valg av dose og administreringsmåte tas det hensyn til tilstanden alvorlighetsgrad og eventuelle risikofaktorer for blødning. Monitorering av behandlingen er vanligvis ikke nødvendig, se for øvrig behandling av akutt venetrombose.

**Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon:** Ved kronisk nyresvikt, pasienter uten kjent blødningsrisiko: Hemodialyse og hemofiltrasjon inntil 4 timer: i.v. bolusinjeksjon av 5000 IU, eller tilsvarende dosering som ved varighet over 4 timer. Hemodialyse og hemofiltrasjon i >4 timer: i.v. bolusinjeksjon av 30-40 IU/kg kroppsvekt, deretter 10-15 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået bør ligge i intervallet 0,5-1 IU anti-Xa/ml. Ved akutt nyresvikt, pasienter med stor blødningsrisiko: i.v. bolusinjeksjon av 5-10 IU/kg kroppsvekt, deretter 4-5 IU/kg/time som i.v. infusjon. Plasmanivået må ligge i intervallet 0,2-0,4 IU anti-Xa/ml. **Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk:** 120 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 2 ganger i døgnet (maks. 10 000 IU 2 ganger i døgnet) til pasienter som oppfyller følgende kriterier: Ustabil angina pectoris eller vedvarende brystmerter ledsaget av EKG-forandringer i form av forbigående eller vedvarende ST-senkninger (0,1 mV eller mer) og T-takkinversjon (0,1 mV eller mer) i minst 2 tilgrensende avledninger uten at det foreligger patologiske Q-takk i de samme avledningene. Vanlig behandlingstid er 6 dager. Lengre behandlingsperiode må vurderes individuelt. For pasienter som har hatt stigning av troponin T eller I og som venter på revaskularisering, kan Fragmin gis frem til dagen før det invasive inngrepet (PTCA eller CABG), men ikke utover 45 dager. Etter en initial stabilisering på 5-7 dager, med dosen 120 IU/kg 2 ganger daglig, gis en fast dose på 5000 IU (kvinner  $\leq 80$  kg og menn  $\leq 70$  kg) eller 7500 IU (kvinner  $\geq 80$  kg og menn  $\geq 70$  kg) 2 ganger daglig. Fragmin bør gis i tillegg til standardbehandling av ustabil angina pectoris (f.eks. lavdose acetylsalisylsyre, betablokkere og nitrater). **Tromboseprofylakse til pasienter som er immobilisert pga. akutt sykdom:** 5000 IU gis s.c. 1 gang daglig inntil pasienten er oppegående, maks. 14 dager. **Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter:** 1. måned: 200 IU/kg kroppsvekt gis s.c. 1 gang daglig de første 30 dagene. Den totale dosen bør ikke overstige 18 000 IU (se tabell 1). 2.-6. måned: 150 IU/kg bør gis s.c. 1 gang daglig ved bruk av forhåndsfylte engangsprøyer (se tabell 2). Pasienter med kjemoterapiindusert trombotypeni: Ved blodplattell  $< 50$  000/ $\mu$ l, bør behandlingen avbrytes inntil blodplattellet er  $> 50$  000/ $\mu$ l. Ved blodplattell  $50$  000-100 000/ $\mu$ l, reduseres dosen med 17-33% avhengig av pasientens vekt (se tabell 2). Ved blodplattell  $\geq 100$  000/ $\mu$ l, bør full dosering gjenopptas. Tabell 2. Dosereduksjon ved trombotypeni (50 000-100 000/ $\mu$ l):

Vekt (kg)	Dose (IE)	Redusert dose (IE)	Gjennomsnittlig dosereduksjon (%)
$\leq 56$	7500	5000	33
57-68	10 000	7500	25
69-82	12 500	10 000	20
83-98	15 000	12 500	17
$\geq 99$	18 000	15 000	17

**Nyresvikt:** Ved kreatininnivå  $> 3$  ganger øvre normalområde, bør dosen tilpasses for å opprettholde et terapeutisk nivå av anti-Xa på 1 IU/ml (0,5-1,5 IU/ml) målt 4-6 timer etter injeksjon. Dersom anti-Xa-nivået er utenfor det terapeutiske området bør dosen justeres til nærmeste engangsprøye og anti-Xa-målinger bør gjentas etter 3-4 nye doser. Dosejusteringen gjentas til det terapeutiske nivået av anti-Xa nås. **Spesielle pasientgrupper:** Alvorlig nedsatt nyrefunksjon (ClCR  $< 30$  ml/minutt): Ved bruk av doser på  $\geq 10$  000 IU og ved behandling  $> 3$  dager, bør anti-Xa-nivåene overvåkes. Barn: Ingen doseringsanbefaling kan gis. Det bør vurderes å foreta måling av maks. anti-Xa-nivå ca. 4 timer etter dosering. For terapeutisk behandling med dosering én gang daglig skal maks. anti-Xa-nivå generelt ligge mellom 0,5-1 IU/ml. Ved tilfeller av lav og varierende fysiologisk nyrefunksjon, som hos nyfødte, se Fordeling under Egenskaper, må det sikres nøye kontroll av anti-Xa-nivå. For profylaktisk behandling skal anti-Xa-nivå generelt vedlikeholdes ved 0,2-0,4 IU/ml. Overvektige: Ved profylaktisk behandling mot VTE bør det gis høyrisikodoser med Fragmin, 5000-7500 IU daglig. Ved behandling av VTE/lungeemboli er det begrenset erfaring med dosering 200 IU/kg hos pasienter med normal nyrefunksjon med en kroppsvekt opp til 190 kg. Ingen tilgjengelige data fra pasienter  $> 190$  kg. For pasienter  $> 90$  kg bør det brukes en kombinasjon av ferdigfylte prøyer som er tilpasset den totale dosen pasienten trenger. **Tilberedning/Håndtering:** Fragmin injeksjonsvæske er blandbar med isoton natriumklorid og isoton glukose. Blandbarhet med andre oppløsninger er ikke undersøkt. Skal ikke blandes med andre legemidler.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin, f.eks. tidligere bekreftet eller mistanke om immunologisk mediert heparinindusert trombotypeni (type II). Akutt gastroduodenal ulcus og hjerneblødning, eller andre aktive blødninger. Alvorlige koagulasjonsforstyrrelser. Akutt eller subakutt septisk endokarditt. Skader og operasjoner i sentralnervesystemet, øyet og øret. Ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom, der pasientene samtidig får behandling med høye doser Fragmin, er spinal- og epiduralanestesi kontraindisert pga. økt fare for blødning. Positivt eller ukjent resultat av in vitro-test for trombotypantistoff i nærvær av dalteparin eller andre lavmolekylære hepariner og/eller heparin. Epiduralanestesi ved fødsel er absolutt kontraindisert hos kvinner som blir behandlet med høydose antikoagulantia. Injeksjonsvæskens innhold benzylalkohol må ikke brukes hos premature eller nyfødte babyer. **Forsiktighetsregler:** Ved bruk av spinal-/epiduralanestesi eller spinalpunksjon er det risiko for at pasienter som er antikoagulert eller som planlegges antikoagulert med lavmolekylære hepariner eller heparin for å forhindre tromboemboliske komplikasjoner kan utvikle spinalt eller epiduralt hematoma. Tilstanden kan føre til langtids- eller permanent paralyse. Risikoen øker ved bruk av innleggende epiduralkateter for administrering av analgetika eller ved samtidig inntak av legemidler som påvirker hemostasen, som f.eks. NSAID, platehemmere eller andre antikoagulantia. Risikoen ser også ut til å øke ved traumatisk eller gjentatt epidural- eller spinalpunksjon. Innsetting eller fjerning av epidural-/spinalkateter bør først skje 10-12 timer etter administrering av dalteparin for

tromboseprofylakse, og etter minst 24 timer hos personer som får høyere dalteparindoser (f.eks. 100-120 IU/kg hver 12. time eller 200 IU/kg én gang daglig). Ved administrering av antikoagulasjon i forbindelse med epidural- eller spinalanestesi, skal det utvises særlig oppmerksomhet og foretas hyppig overvåking for å se etter tegn eller symptomer på neurologisk svekkelse, f.eks. ryggsmerter, sensorisk eller motorisk svikt (nummenhet og svakhet i benene) samt arm- eller blærefysjon. Sykepleiere bør være trent til å fange opp slike tegn og symptomer. Pasienten bør instrueres om umiddelbart å informere sykepleier/lege ved ovennevnte tegn/symptomer. Ved mistanke om tegn/symptomer på epiduralt eller spinalt hematoma vil rask diagnose og behandling kunne omfatte ryggmargsekompresjon. Legen må vurdere potensiell nytte mot risiko for spinal-/epiduralanestesi gis til pasienter som er antikoagulert for tromboseprofylakse. Sikkerhet og effekt ved bruk av Fragmin i forebygging av klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer er ikke klarlagt. Profylaktiske doser Fragmin er ikke tilstrekkelige for å forhindre klaffetrombose hos pasienter med kunstige hjerteklaffer og anbefales ikke brukt til dette formålet. Forsiktighet anbefales i forbindelse med trombotypeni og blodplatefunksjonsforstyrrelser, alvorlig lever- og nyreinsuffisiens, ukontrollert hypertensjon, hypertensiv eller diabetesretinopati. Forsiktighet bør også utvises ved høydosebehandling (f.eks. ved behandling av akutt dyp venetrombose, lungeemboli og ustabil koronararteriesykdom) hos nyopererte pasienter og andre tilstander som medfører mistanke om forhøyet blødningsrisiko, f.eks. perinatalt. Forsiktighet skal utvises ved bruk av høye doser hos nylig opererte pasienter pga. risiko for systemisk blødning. Etter at behandling er initiert skal pasienten kontrolleres nøye for blødningskomplikasjoner. Det kan gjøres ved jevnlig fysisk undersøkelse av pasient, nøye observasjon av kirurgisk innlagt dren og regelmessige målinger av hemoglobin- og anti-Xa-nivå. Klinisk erfaring med Fragmin ved lungeemboli med allmenn sirkulasjonsforstyrrelse, lavt blodtrykk og sjokk mangler. Hepariner kan undertrykke sekresjon av aldosteron fra binyrene, som igjen kan føre til hyperkalemi, spesielt hos pasienter som har diabetes mellitus, kronisk nyresvikt, tidligere har hatt metabolsk acidose, økt kalium i plasma eller tar kaliumsparende legemidler. Risiko for hyperkalemi synes å øke med behandlingens lengde, men er vanligvis reversibel. Risikopasienter bør måle kaliumnivå i plasma før oppstart av behandling med hepariner og kontrolleres regelmessig, spesielt hvis behandlingen varer i  $> 7$  dager. Det er anbefalt å bestemme antall trombotypcytter før behandlingsstart og jevnlig under behandling. Generell kontroll av den antikoagulerende effekten bør vurderes for spesifikke pasientgrupper slik som hos barn, pasienter med nyresvikt, eller hos veldig tynne eller sykkelig overvektige, gravide eller ved økt risiko for blødning eller retrombose. Risiko for antistoffmediert heparinindusert trombotypeni er til stede. Slik trombotypeni oppstår vanligvis mellom 5. og 21. dag etter behandlingsstart. Det anbefales derfor å bestemme antall trombotypcytter før og jevnlig under behandlingen. I løpet av behandlingstiden bør det utvises forsiktighet ved rask utvikling av trombotypeni og alvorlig trombotypeni ( $< 100$  000/ $\mu$ l). Koagulasjonstiden, målt som APTT, og hemmingen av trombin påvirkes bare i liten grad. For monitorering av effekt anbefales måling av anti-Xa. Pasienter som får kronisk hemodialyse med Fragmin trenger normalt bare noen få dosejusteringer og dermed noen få undersøkelser av anti-Xa-nivåene. Pasienter som får akutt hemodialyse har et smale terapeutisk doseringsområde og bør få omfattende monitorering av anti-Xa-nivåene. Den biologiske aktiviteten til forskjellige lavmolekylære hepariner, urafuksjonert heparin eller syntetiske polysakkarider kan ikke uttrykkes i en prøve som gir en enkel sammenligning av dose mellom de forskjellige preparatene. Det er derfor viktig at retninglinjene for bruk av hvert enkelt produkt følges. Hvis et myokardinfarkt oppstår hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom (ustabil angina og hjerteinfarkt uten Q-takk), kan trombolytisk behandling være nødvendig. Det betyr ikke nødvendigvis at Fragmin må seponeres, men kombinasjonen kan gi risiko for blødning. Eldre (særlig  $\geq 80$  år) kan ha økt risiko for komplikasjoner med blødninger innenfor terapeutisk doseringsområde. Nøye klinisk overvåking anbefales. Det er begrenset erfaring mhp. sikkerhet og effekt hos barn. Ved bruk hos barn skal anti-Xa-nivå kontrolleres. Administrering av legemidler som inneholder benzylalkohol til premature nyfødte er assosiert med fatalt «gaspning syndrom». Benzylalkohol kan gi toksiske reaksjoner og anafylaktoide reaksjoner hos spedbarn og barn opp til 3 år. Må ikke administreres i.m. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se B01A B04. Samtidig behandling med preparater som har effekt på hemostase, som blodplatehemmere, NSAID, GP IIb/IIIa-hemmere, vitamin K-antagonister, trombolytiske legemidler og dekstran kan øke den antikoagulerende effekten av Fragmin. Spesiell forsiktighet bør utvises når dalteparin gis samtidig som NSAID eller høydose acetylsalisylsyre hos pasienter med nyresvikt, da disse i smertelindende/anti-inflammatoriske doser reduserer produksjon av vasodilatoriske prostaglandiner og derved renal blodstrøm og renal ekskresjon. Fragmin kan likevel kombineres med lavdose acetylsalisylsyre (75-160 mg) hos pasienter med ustabil koronararteriesykdom. Det er vist interaksjoner mellom heparin og i.v. nitroglyserin, høye doser penicillin, sulfapyrazon, probencid, etakrynsyre, cytotostatika, kinin, antihistaminer, digitalis, tetrasykliner, askorbinsyre og røyking av tobakk. Interaksjon kan derfor ikke utelukkes med dalteparin. Pga. risiko for hematoma skal i.m. injeksjon av andre legemidler unngås ved dalteparindoser  $> 5000$  IU i løpet av 24 timer. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Dalteparin går ikke over i placenta. Data på graviditet indikerer misdannende eller foto-/neonatal toksisitet. Kan benyttes under graviditet. Da benzylalkohol kan passere over i placenta, bør Fragmin uten konserveringsmiddel brukes under graviditet. Forsiktighet anbefales ved økt risiko for blødninger, f.eks. hos perinatale kvinner. **Amning:** Små mengder med dalteparinatrium går over i brystmelk. Hittil har studier vist anti-Xa-nivå på 2-8% av plasmanivå i brystmelk. Det er lite trolig at det oppstår en antikoagulerende effekt hos spedbarn. Risiko for spedbarn som ammes kan ikke utelukkes. Fordelene av amming for barnet må avveies mot fordelene av behandling for moren. **Fertilitet:** Det foreligger ingen dokumentasjon på at fertiliteten påvirkes. **Bivirkninger:** Ca. 3% av profylaksebehandlede pasienter rapporterte bivirkninger. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Blod/lymf: Mild trombotypeni (type I) som vanligvis er reversibel i løpet av behandlingsperioden. Hjerte/kar: Blødninger; Lever/galle: Forbigående, mild til moderat økning av levertransaminaser (ASAT, ALAT). Øvrigt: Subkutant hematoma og smerte ved injeksjonsstedet. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): Immunsytemet: Overfølsomhet. Sjeldne ( $\geq 1/10$  til  $< 1/1000$ ): Hud: Hudnekrose, forbigående alopeci. Ukjent frekvens: Blod/lymf: Immunologisk mediert heparinindusert trombotypeni (type II, med eller uten ledsagende trombotiske komplikasjoner). Gastrointestinale: Retroperitoneale blødninger, noen med dødelig utgang. Hud: Utsettelse. Immunsytemet: Anafylaktiske reaksjoner. Neurologiske: Intrakranielle blødninger, noen med dødelig utgang. Øvrigt: Spinalt eller epiduralt hematoma. De fleste blødningene er milde, risikoen avhenger av dose. Heparin kan forårsake hypoaldosteronisme som kan føre til økt kalium i plasma. I sjeldne tilfeller kan klinisk signifikant hyperkalemi oppstå delvis hos pasienter med kronisk nyresvikt eller diabetes mellitus. Langtidsbehandling med heparin er assosiert med en risiko for osteoporose. Selv om dette ikke er observert med dalteparin, kan ikke risiko for osteoporose utelukkes. **Overdosering/Forgiftning:** Den antikoagulerende effekten indusert av dalteparinatrium kan nøytraliseres av protamin. Den induserte forengelse av koagulasjonstiden blir helt nøytralisert, mens anti-Xa-aktiviteten vil bli nøytralisert til 25-50%. 1 mg protamin nøytraliserer effekten av 100 anti-Xa-enheter (100 IU) av Fragmin. Protamin har i seg selv en inhibitorisk effekt på den primære hemostasen og bør bare brukes i nødstilfeller. Se Giftinformasjonens anbefalinger for heparin B01A B01. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved høyest 25°C. Etter fornyttning høyest 12 timer. **Pakninger og priser:** **12 500 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 2500 IE) 10 x 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 269,90 x 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) 613,20. **25 000 IE anti-Xa/ml:** (0,2 ml = 5000 IE) 10 x 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, 25 x 0,2 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 979,60, (0,3 ml = 7500 IE) 10 x 0,3 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 653,10, (0,4 ml = 10 000 IE) 5 x 0,4 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 417,70, (0,5 ml = 12 500 IE) 5 x 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 499,90, (0,6 ml = 15 000 IE) 5 x 0,6 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 580,10, (0,72 ml = 18 000 IE) 5 x 0,72 ml (ferdigfylt sprøyte) kr 681,80, 10 000 IU anti-Xa/ml 10 ml (hettegl.) kr 723,20. **Refusjonsberettiget bruk:** Tromboseprofylakse ved kirurgi. Langtidsprofylakse ved hoftekirurgi. Behandling av akutt dyp venetrombose og lungeemboli, når trombolytisk behandling eller kirurgi ikke er indisert. Antikoagulasjon ved hemodialyse og hemofiltrasjon. Tilleggsbehandling av ustabil angina og myokardinfarkt uten Q-takk. Profylakse hos pasienter med kraftig økt risiko for venøs tromboembolisme og som er immobilisert pga. akutte medisinske tilstander som for eksempel ved hjertesvikt, respirasjonssvikt og alvorlige infeksjoner. Behandling av symptomgivende venøs tromboembolisme (VTE) med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos pasienter med kreft. **Refusjonskode: ICP:** -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -51 Organtransplantasjon (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt INA (vilkår 136), B83 Koagulasjonsdefekt spesifisert, K74 Angina pectoris ustabil, K75 Akutt hjerteinfarkt, K93 Lungeemboli, K94 Dyp venetrombose, U28 Redusert funksjonsevne nydialyse. **ICD:** -20 Tromboseprofylakse ved kirurgi (vilkår 136), -90 Palliativ behandling i livets sluttfase (vilkår 136), D68.8 Andre spesifiserte koagulasjonsforstyrrelser, D68.9 Uspesifiserte koagulasjonsforstyrrelse (vilkår 136), I20.0 Ustabil angina, I21 Akutt hjerteinfarkt, I22 Påfølgende hjerteinfarkt, I26 Lungeemboli, I80 Flebitt og tromboflebitt, I82 Annen emboli og trombose i vener, Z94 Status etter transplantert organ og veiv (vilkår 136), Z99.2 Avhengighet av nydialyse. **Vilkår:** 136 Refusjon tyver selv om legemiddel skal brukes i mindre enn tre måneder.

Sist endret: 09.05.2016



# Kreftpasienter bør kjenne til symptomer på venøs tromboembolisme (VTE)

Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få VTE



  
dalteparinnatrium

- Opp mot 1 av 4 kreftpasienter vil få kreftsassosiert trombose i løpet av sykdomsforløpet<sup>1</sup>
- Risikoen er høyest de første månedene etter diagnostisering<sup>2</sup>
- Kreftassosiert trombose er den nest hyppigste årsak til død hos pasienter med kreft<sup>3</sup>

#### Indikasjon for Fragmin:

- Behandling av symptomgivende VTE med etterfølgende utvidet profylakse mot VTE-residiv hos kreftpasienter

# UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

## Vaksine mot humant papillomavirus

### Indikasjon

Gardasil 9 er en vaksine til bruk hos personer fra 9 år for å forebygge pre-maligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typer som vaksinen dekker, samt kjønnsvorter (condyloa acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger.

### Kontraindikasjon

Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet, skal det ikke gis flere doser. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. Vaksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber.

### Advarsler og forsiktighetsregler

Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og den potensielle nytten av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle sjeldne anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter vaksinasjonen. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-

infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert som behandling av cervix-, vulva-, vaginal-, og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet.

### Vanligste bivirkninger

**Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ):** Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. **Ukjent: Blod/lymfe:** Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urtikaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, uvelhet.

### Interaksjoner

Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

### Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen

## ▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

Står ikke på WADAs dopingliste

ATC-nr.: J07B M03

**C INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:** Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 60 µg, type 18 L1-protein ca. 40 µg, type 31 L1-protein ca. 20 µg, type 33 L1-protein ca. 20 µg, type 45 L1-protein ca. 20 µg, type 52 L1-protein ca. 20 µg, type 58 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorf aluminiumhydroksyfosfatulfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

**Indikasjoner:** Aktiv immunisering av personer  $\geq 9$  år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typer som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloa acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typer. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Bruk av preparatet bør følge offentlige anbefalinger.

**Dosering:** Brukes iht. offisielle retningslinjer. Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klart.

**Personer 9-14 år:** Vaksinasjonsplan med 2 doser (0,5 ml ved måned 0 og måned 5-13). Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser (0,5 ml ved måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år.

**Personer  $\geq 15$  år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser (måned 0, 2 og 6). 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner  $\geq 27$  år er ukjent.

**Spesielle pasientgrupper: Barn  $< 9$  år:** Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt for bruk. Etter risting er innholdet en litt uklær, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging for bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanylen velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav.

**Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved symptomer på overfølsomhet skal det ikke gis flere doser. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. Vaksinasjon utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, som en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber.

**Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer må fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av cervix-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige cervix-, vulva-, vaginal- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for

regelmessig screeningundersøkelse av cervix. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinen sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsviktivirus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Skal gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M03. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

**Graviditet, amming og fertilitet:** Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Bruk under graviditet anbefales imidlertid ikke, og vaksinasjon bør utsettes til etter fullført graviditet. **Amming:** Kan brukes til mødre som ammer. **Fertilitet:** Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksisitet i dyrestudier.

**Bivirkninger: Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ):** Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. **Ukjent frekvens: Blod/lymfe:** Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urtikaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, uvelhet.

**Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert.

**Egenskaper/Klassifisering:** Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensedde, viruligende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproduserer eller forårsake sykdom.

**Virkningsmekanisme:** For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av VaIN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. **Terapeutisk serumkonsentrasjon:** Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner fra 16 til og med 26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3 år, og avhengig av HPV-type er 93-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 3,5 år, og avhengig av HPV-type er 78-98% seropositive.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Administreres så snart som mulig etter uttak fra kjøleskap.

**Pakninger og priser: INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:** 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1385,20.

**Sist endret:** 20.02.2017

### Referanser:

- Gardasil 9 SPC, seksjon 2 og 4.1
- Gardasil SPC, seksjon 2
- Cervarix SPC, seksjon 2
- Folkhelseinstituttets Vaksinasjonsveilederen, HPV-vaksinasjon: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hpv-vaksinasjon-humant-papillomavir/#hpv-vaksiner> (Lest 28.03.2017)



MSD (Norge) AS, Pb. 458 Brakerøya, 3002 Drammen, tlf. 32 20 73 00, faks 32 20 73 10.

# NYHET!

  
**GARDASIL® 9** ▼  
[Human Papillomavirus  
9-valent Vaccine, Recombinant]

## FOREBYGGENDE MOT KREFT OG KJØNN SVORTER FORÅRSAKET AV 9 HPV TYPER<sup>1,a</sup>

- for både menn og kvinner<sup>1</sup>



**Gardasil 9 er indisert for aktiv immunisering av personer fra 9 år mot følgende HPV-sykdommer:<sup>1</sup>**

- Premaligne lesjoner og kreft i livmor, vulva, vagina og anus forårsaket av HPV-typer som vaksinen dekker<sup>1</sup>
- Kjønnsvorter (*Condyloma acuminata*) forårsaket av spesifikke HPV-typer<sup>1</sup>

Gardasil 9 er den **kreftvaksinen** på markedet som gir bredest direkte beskyttelse<sup>1-4</sup>  
Gardasil 9 beskytter også mot kjønnsvorter<sup>1,b</sup>

**Gardasil 9 er nå tilgjengelig i alle norske apotek**

Det er ingen øvre aldersgrense for hvem som kan ha nytte av Gardasil 9<sup>1</sup>

*Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen*

a) Gardasil 9 gir beskyttelse mot Humant Papilloma Virus (HPV) 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58

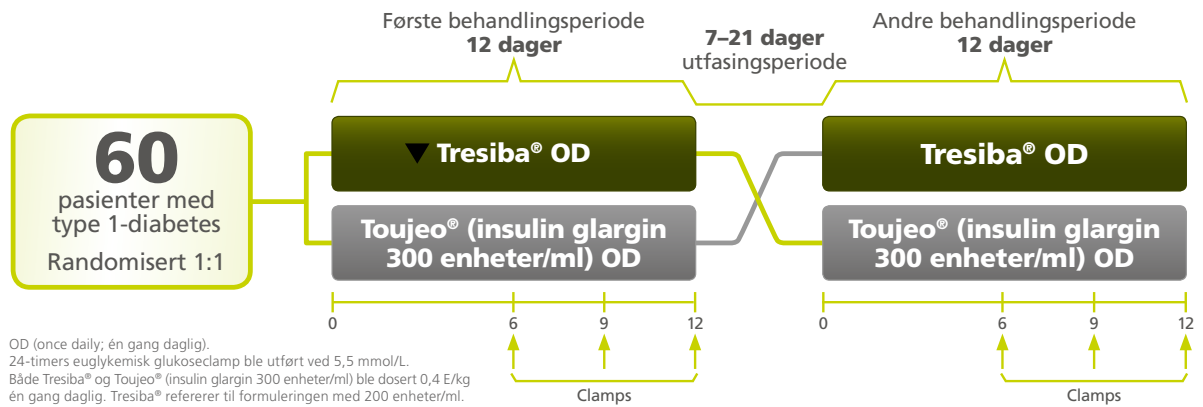
b) Forårsaket av HPV 6 og 11



# Studiedesign<sup>1</sup>

## En enkeltcenter, randomisert, dobbeltblind, to-periodisk, farmakodynamisk overkringsstudie

- 57 pasienter fullførte begge behandlingsperiodene



### ▼ Tresiba «Novo Nordisk»

#### C Insulinanalog, langtidsvirkende.

ATC-nr.: A10A E06

**T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i sylinderrampulle 100 enheter/ml: 1 ml inneholder:** Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E) tils. 3,66 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

**T INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml og 200 enheter/ml: 1 ml inneholder:** Insulin degludec (rDNA) 100 enheter (E), resp. 200 enheter (E) tils. 3,66 mg, resp. 7,32 mg, glyserol, metakresol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

**Indikasjoner:** Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

**Dosering:** Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis på samme tidspunkt hver dag. Flexibilitet i valg av administreringstidspunkt tillates når det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag, men klinisk erfaring med dette mangler hos barn og ungdom. Glemte dose anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenoppnas vanlig doseregime med 1 daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Doseres i overensstemmelse med pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold, eller annen samtidig sykdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende uker. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater, eller annen samtidig antidiabetisk behandling, må ev. justeres. Insulin degludec 1 enhet (E) tils. humaninsulin 1 international enhet (IE), insulin glargin (100 E/ml) 1 enhet (E) eller insulin detemir 1 enhet (E). **Diabetes mellitus type 1:** Skal kombineres med hurtigvirkende insulin for å dekke insulinbehovet ved måltider. Tas 1 gang daglig sammen med måltidsinsulin, etterfølgende individuelle dosejusteringer er påkrevd. Overgang fra andre insulinpreparater: En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalininsulin eller den tidligere basalkomponenten i et kontinuerlig s.c. insulininfusjonsregime bør vurderes, etterfulgt av individuell dosejustering basert på glykemisk respons. **Diabetes mellitus type 2:** Kan administreres alene eller i enhver kombinasjon med orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister og bolusinsulin. Anbefalt daglig startdose er 10 enheter, etterfulgt av individuell dosejustering. Ved tillegg av insulin degludec til GLP-1-reseptoragonister er anbefalt startdose 10 enheter daglig etterfulgt av individuelle dosejusteringer. Ved tillegg av GLP-1-reseptoragonister til insulin degludec anbefales det å redusere dosen av insulin degludec med 20%, for å minimere risikoen for hypoglykemi. Dosen justeres deretter individuelt. Overgang fra andre insulinpreparater: For pasienter som behandles med basalininsulin 1 gang daglig, basaltbolusbehandling, eller behandling med blandingsinsulin eller selvblandet insulin, kan overgangen fra basalininsulin til insulin degludec gjøres enhet for enhet basert på tidligere basalininsulindose, etterfulgt av individuelle dosejusteringer. En dosereduksjon på 20% av den tidligere dosen med basalininsulin bør vurderes ved overgang fra basalininsulin 2 ganger daglig og ved overgang fra insulin glargin (300 E/ml), etterfulgt av individuell dosejustering. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Måling av glukose må intensiveres, og insulin dosen justeres individuelt. **Barn og ungdom <18 år:** Kan brukes av ungdom og barn fra 1 år. Ved endring av basalininsulin til Tresiba er det nødvendig å overveie individuelle doseringsdata av basal- og bolusinsulin for å minimere risikoen for hypoglykemi. **Eldre >65 år:** Måling av glukose må intensiveres, og insulin dosen justeres individuelt. **Tilberedning/Håndtering:** Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Skal ikke etterfylles, deles med andre eller blandes med andre legemidler. Skal ikke tilsettes infusjonsvæsker. **FlexTouch ferdigfylt penn:** Med ferdigfylt penn 100 enheter/ml kan det administreres en dose fra 1-80 enheter pr. injeksjon, i trinn på 1 enhet. Med ferdigfylt penn 200 enheter/ml kan det administreres en dose fra 2-160 enheter pr. injeksjon, i trinn på 2 enheter. Dosetelleren viser antallet enheter uansett styrke, og det skal ikke foretas noen doseomregning ved overgang til ny styrke. FlexTouch brukes sammen med NovoFine nåler med lengde opptil 8 mm. Se pakningsvedlegg. **Penfill sylinderrampuller:** Brukes sammen med NovoFine nåler og insulininjeksjonssystemer fra Novo Nordisk. Se pakningsvedlegg. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i låret, overarmen eller abdominalveggen. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. Skal ikke administreres i.v., da dette kan gi alvorlig hypoglykemi. Skal ikke administreres i.m., da dette kan ende årsoppsjon. Skal ikke brukes i insulininfusjonspumper. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Hypoglykemi:** Utelatelse av et måltid, ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, eller for høy insulin dose i forhold til insulinbehovet kan føre til hypoglykemi. Hos barn (spesielt ved basal-bolusregimer) er det viktig å tilpasse insulin doser med matinntak og fysisk aktivitet for å minimere risikoen for hypoglykemi. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert insulinbehandling), kan oppleve endring i vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner og feber, øker vanligvis insulinbehovet. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyrene, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendring. Den forlengede effekten av insulin degludec kan forsinke restitusjon etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og ved bilkjøring bør pasienten rådes til å ta forholdsregler for å unngå dette. Det bør overveies om bilkjøring er tilrådelig for pasienter som har nedsatte eller manglende forvarer på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemianfall. **Hyperglykemi:** Administrering av hurtigvirkende insulin anbefales ved alvorlig hypoglykemi. Utlitrettkkelig dosering og/eller avbytelse av behandlingen kan føre til hypoglykemi og potensielt til diabetisk ketoacidose. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hypoglykemi og økt insulinbehov. Ved diabetes mellitus type 1 fører ubehandlet hypoglykemi etter hvert til diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. Skifte til insulin av annen type, annet merke eller fra annen tilvirket, må skje under medisinsk kontroll og kan kreve doseendring. **Kombinasjon med pioglitazon:** Tilfeller av hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes, og pasienten skal observeres for tegn og symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardielle symptomer. **Hvordan unngå feilmeldsineri:** Insulinetiketten skal kontrolleres før hver injeksjon, for å unngå utilsiktede forveksling mellom de to styrkene av ferdigfylt penn, samt forveksling med andre insulinpreparater. Antall valgte enheter på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennene. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandling med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være

forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Insulinantistoffer:** Administrering av insulin kan føre til dannelse av insulinantistoffer. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike insulinantistoffer kreve justering av insulin dosen for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten redusere eller øke insulinbehovet. Alkohol kan forsterke eller redusere insulinets hypoglykemiske effekt. Følgende kan redusere insulinbehovet: Orale antidiabetika, GLP-1-reseptoragonister, monoaminoksidasehemmere (MAOH), betablokkere, ACE-hemmere, salicylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke insulinbehovet: Orale antikonseptjonsmidler, tiiazider, glukokortikoider, thyreoideaormoner, sympatomimetika, veksthormon og danazol. **Graviditet, amming og fertilitet:** Ingen klinisk erfaring med bruk hos gravide. Dyrestudier har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og human insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenitet. Intensivert blodglukosekontroll og overvåking anbefales generelt hos gravide med diabetes, og ved planlagt graviditet. Insulinbehovet minker vanligvis i 1. trimester og stiger deretter i 2. og 3. trimester. Etter fødselen går insulinbehovet vanligvis raskt tilbake til samme nivå som før graviditeten. **Amning:** Ingen klinisk erfaring. Hos rotter ble insulin degludec utskilt i melk; konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Ukjent om insulin degludec skilles ut i morsmelk hos mennesker. Det forventes ingen metabolsk effekt på nyfødte/spedbarn som ammes. **Fertilitet:** Reproduksjonsstudier på dyr har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. **Bivirkninger:** Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ): Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi<sup>1</sup>. Vanlige ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Øvrige: Reaksjoner på injeksjonsstedet<sup>2</sup>. Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til  $< 1/100$ ): Hud: Lipodystrofi<sup>3</sup>. Øvrige: Perifer ødem. Sjeldne ( $\geq 1/10000$  til  $< 1/1000$ ): Immunsystemet: Overfølsomhet<sup>4</sup>, urticaria. **Spesielle pasientgrupper:** Ingen indikasjon på forskjeller mht. frekvens, type og alvorlighetsgrad av bivirkninger observert hos eldre, barn og ungdom (>1 år til <18 år) og hos pasienter med nedsatt nyre- eller leverfunksjon i forhold til den generelle populasjonen.

<sup>1</sup> Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfallo, og kan gi forbigående eller permanent hjerne-skade eller l.o.m. dødsfall.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Inkludert hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Inkludert lipohypertrofi, lipofatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonsstedet innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Manifestert ved hevelse i tunge og lepper, diaré, kvalme, tretthet, kløe.

**Overdosering/Forgiftning:** Hypoglykemi kan utvikles i sekvensielle faser. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi, der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukose innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall.

Se Giftinformasjons anbefalinger for insulin og analoger A10A side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog, fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. **Virkningsmekanisme:** Bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som human insulin. Blodglukosenedsettende effekt skyldes at opptak av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. **Absorpsjon:** Etter s.c. injeksjon dannes oppløselige og stabile multihexamer som danner et insulindepot i det subkutane vevet. Insulin degludec monomerer spalles gradvis av fra multihexamerene og fører til en sakte og kontinuerlig tilførsel av insulin degludec inn i sirkulasjonen. I løpet av en 24-timers periode med behandling 1 gang daglig, er glukosenedsettende effekt jevnt fordelt gjennom første og andre 12-timers periode. Virkningsstiden er >42 timer innenfor terapeutisk doseområde. Steady state-konsentrasjon i serum nås etter 2-3 dager ved daglig administrering. Doseproportionalitet ved total eksponering er observert etter s.c. administrering innenfor terapeutisk doseområde. Spacene til bioekivalens er oppfylt for styrkene 100 enheter/ml og 200 enheter/ml. Sammenligning med komparator (se SPC for mer informasjon): Ved diabetes mellitus type 1 er det ved steady state vist 4 x lavere dag til dag variasjon i glukosenedsettende effekt, og betydelig antall færre alvorlige hypoglykemiske episoder. Ved diabetes mellitus type 2 er det vist betydelig antall færre nattlige hypoglykemiske episoder. Reduksjon i hypoglykemi oppnås ved lavere gjennomsnittlig fastende plasmaglukose og likt HbA1c-resultat. **Proteinbinding:** >99%.

**Halveringstid:** Ca. 25 timer, uavhengig av dose. **Metabolisme:** Metaboliseres på lignende måte som human insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares ved 2-8°C (i kjøleskap). Holdes borte fra kjøleelementet. Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Frosset insulin skal ikke brukes. **Etter bruk eller medbrakt som reserve:** FlexTouch (ferdigfylt penn): Oppbevares ved høyst 30°C eller ved 2-8°C (i kjøleskap) i maks. 8 uker. La penneheten sitte på for å beskytte mot lys. Penfill (sylinderramp.): Legemidlet skal ikke oppbevares i kjøleskap. Oppbevares <30°C i maks. 8 uker beskyttet mot lys. **Pakninger og priser:** **Injeksjonsvæske, oppløsning i sylinderrampulle: 100 enheter/ml:** 5 x 3 ml<sup>1</sup> (Penfill sylinderramp.) kr 747,20. **Injeksjonsvæske, oppløsning i ferdigfylt penn: 100 enheter/ml:** 5 x 3 ml<sup>1</sup> (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 747,20. **200 enheter/ml:** 3 x 3 ml<sup>1</sup> (FlexTouch ferdigfylt penn) kr 888,10.

**Refusjon:** **A10A E06 1 Insulin degludec**

**Refusjonsberettiget bruk:** Behandling av type 1 diabetes mellitus

**Refusjonskode:**

**ICPC** **Vilkår nr** **ICD** **Vilkår nr**

T89 Diabetes type 1 180, 181 E10 Diabetes mellitus type 1 180, 181

Vilkår: (180) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hypoglykemi eller alvorlige nattlige følger som skyldes insulinbruken - store blodglukosevariasjoner som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodglukosekontroll

(181) Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdømmer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

Sist endret: 09.05.2017. Basert på SPC godkjent av SLV: 28.04.2017. Pris per mai 2017



# 3,7

ganger lavere dag-til-dag variabilitet med Tresiba® sammenliknet med Toujeo®<sup>1\*</sup>

# 37%

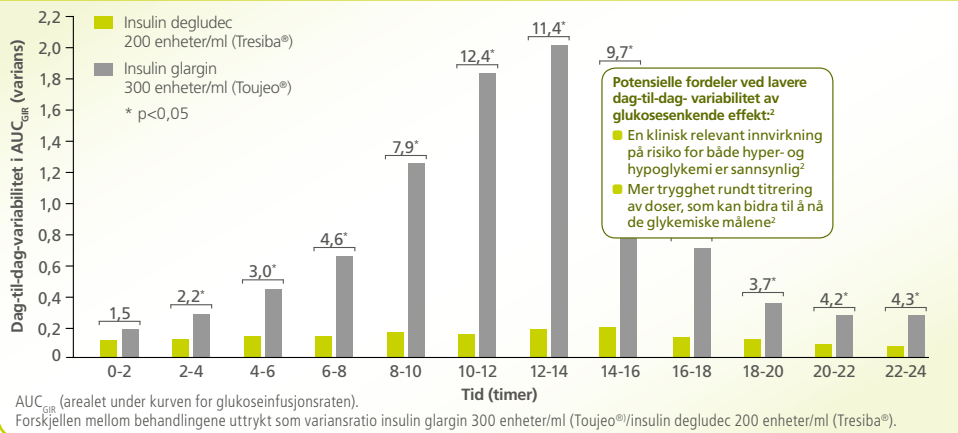
Lavere variabilitet gjennom dagen med Tresiba® sammenliknet med Toujeo®<sup>1\*\*</sup>

**NYE DATA:**  
head-2-head  
farmakodynamisk overkrysningsstudie  
insulin degludec 200 enheter/ml (Tresiba®)  
vs insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®)<sup>1</sup>

\* Variansratio Toujeo®/Tresiba® 3,70, 95% KI [2,42; 5,67], p < 0,0001

\*\* Relativ fluktuasjon, estimert ratio Tresiba®/Toujeo® 0,63, 95% KI [0,54; 0,73], p < 0,0001

## DAG-TIL-DAG-VARIABILITET AV GLUKOSESENKENDE EFFEKT I LØPET AV 24 TIMER VED STEADY STATE<sup>1</sup>



Insulin degludec 200 enheter/ml (Tresiba®) har lavere dag-til-dag-variabilitet og variabilitet gjennom dagen enn insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®) og en mer stabil glukosesenkende effekt, noe som kan lette titring og tillate bedre glykemisk kontroll med en redusert risiko for hypoglykemi.<sup>1</sup>

### Sikkerhetsinformasjon fra studien<sup>1</sup>:

- Begge behandlingsarmene var godt tolerert. Hyppigheten av bivirkninger var lik mellom insulin degludec 200 enheter/ml (Tresiba®) (22,0%) og insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®) (22,4%). Ingen alvorlige bivirkninger inntraff i noen av gruppene.
- Føremkomsten av hypoglykemi med insulin dose på 0,4 E/kg (dvs ikke individuelt tilpasset) var høyere for insulin degludec 200 enheter/ml (Tresiba®) vs insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®) (35,6% vs 25,9% av pasientene), noe som kan skyldes at insulin glargin 300 enheter/ml (Toujeo®) er mindre potent.
- Ingen tilfeller av alvorlig hypoglykemi ble rapportert.



### Indikasjon

Behandling av diabetes mellitus hos voksne, ungdom og barn fra 1 år.

### Refusjonsberettiget bruk

Behandling av type 1 diabetes mellitus.

### Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T89	Diabetes type 1	180, 181
ICD		Vilkår nr
E10	Diabetes mellitus type 1	180, 181

### Vilkår:

180	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår behandlingsmålene til tross for optimal behandling med middels langtidsvirkende NPH-insulin på grunn av: - hyppige eller alvorlige nattlige følinger som skyldes insulinbruken - store blodsukkersvingninger som ikke gjør det mulig å oppnå akseptabel blodsukkerkontroll
181	Behandling skal kun startes av spesialist i indremedisin, barnesykdømmer eller ved sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet

### Utvalgt sikkerhetsinformasjon<sup>3</sup>

Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi. I de tilfellene der det ikke er mulig å administrere ved samme tidspunkt hver dag tillater Tresiba fleksibilitet i valg av tidspunkt for administrering av insulinet. Glemte dose anbefales tatt så snart det oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseregime med 1 daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene. Det er ingen klinisk erfaring med fleksibilitet i doseringstidspunkt hos barn og ungdom. Ved overgang fra andre insulinpreparater anbefales streng blodglukosekontroll i overgangsperioden og de første påfølgende uker. Dose og tidspunkt for administrering av hurtigvirkende insulinpreparater må ev. justeres. Hypoglykemi kan forekomme dersom insulin dosen er for høy i forhold til insulinbehovet. Reaksjoner på injeksjonsstedet kan forekomme, disse er vanligvis milde og forbigående, og forsvinner normalt ved fortsatt behandling. En egen kardiovaskulær sikkerhetsstudie er gjennomført for insulin degludec (Tresiba®). Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk.

### Tresiba® i ferdigfylt penn finnes i to styrker

Ved forskrivning skal legen forsikre seg om at korrekt styrke er angitt på resepten. Pasienten skal ha opplæring i riktig bruk av Tresiba® ferdigfylt penn. Se felleskatalogen.no for ytterligere informasjonsmateriale.

Les fullstendig preparatomtale før forskrivning av Tresiba®.

**TRESIBA®**  
insulin degludec

Sykepleien #Når er det nok?

# innhold

- 13** Leder: Skjærsilden
- 14** Innledning:  
Tausket er ikke gull

**Ansvarlig redaktør**

Barth Tholens tlf. 40 85 21 79,  
barth.tholens@sykepleien.no

**Temareaktør:**

Liv Bjørnhaug Johansen, tlf 976 32 910,  
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no

**Design:** Nina E. H. Hauge,  
Monica Hilsen (illustrasjoner)

**Journalister:** Bjørn Arild Østby,  
Ann-Kristin Bloch Helmers, Marit Fonn,  
Eivor Hofstad, Ingvald Bergsagel.

**Desk:** Ellen Morland

**Mer om redaksjonen;** Se sykepleien.no

ISSN 0806 – 7511  
Repro og trykk: Sörmlands Grafiska

**Utgivelsesdato:** 8. juni

**Forside:** Monica Hilsen



## del I: i grenselandet

- 22** Døden og teknologien
- 28** Jeg vil ikke vente og se
- 32** Gjenoppliver mot  
bedre vitende
- 36** Om leger, død og  
overbehandling
- 46** I behandlingsfellen
- 50** – Haler ut smertefull  
dødsprosess
- 56** (Hjertepasient)
- 58** Mor overlevde
- 64** Hvordan leger dør

## del II: beslutningen

- 74** Dette sier loven om  
beslutninger i livets  
sluttfase
- 78** En tid for å dø
- 84** Blodsbåndet
- 92** Livets siste dans
- 95** Kjente historier  
fra media
- 98** Komitémøter  
om liv og død
- 106** Noen dager  
om våren

## del III: stans!

- 110** «Pasienten trekker siste åndedrag mens pårørende krangler rundt henne»
- 114** Uklar HLR-status kan oppleves dramatisk
- 117** Flest kvinner ønsker HLR minus
- 120** Er unge leger overbehandlere?
- 122** Å skynde seg langsomt, en konsekvens av plikt?

## del IV: sistehjelp

- 128** Snakk sant om døden
- 134** Bruker veilederen som verktøy
- 138** Mye tydet på at hun ville slippe
- 141** Anbefaler sistehjelp
- 146** Liv til dagene – eller dager til livet
- 148** Bokomtaler
- 152** Landing
- 153** Bidragsyterne

### Fotoserier

Stig Marlon Weston har fotografert mennesker på terskelen til døden. Som fotograf er han opptatt av hvordan vi sanser og oppfatter virkelighet før den ubevisst tolkes og forklares på subjektivt vis. I tre bildeserier kommer han tett på livets siste fase.

Intensiv: Den siste dagen  
s. 20, 30, 44 og 54



Tre måneder til hjemme  
s. 72, 82, 96 og 104



Sykehjemsdager  
s. 126, 132, 144 og 150





# Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter

Nesten 4 av 5 kvinner i vestlige land opplever hetetokter når de kommer i overgangsalderen. Mange av disse kvinnene kan eller ønsker ikke å motta hormonbehandling for plagene sine. Men østrogenfri behandling kan være utfordrende å finne.

Remifemin® er et legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen, som hetetokter og svetting, som ikke er østrogenbasert.<sup>1</sup> Remifemin® er godkjent av Statens legemiddelverk som et veletablert plantebasert legemiddel.



## Godt dokumentert effekt og sikkerhet

De siste 20 årene er det utført mer enn 15 kliniske studier der over 11 000 pasienter har deltatt. Remifemin® gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert.<sup>2</sup>

 Uten resept i alle apotek

Remifemin «Schaper & Brümmer»  
Middel mot overgangsplager.

ATC-nr: G02C X04

**Reseptfritt legemiddel.** Tablett, 2,5 mg: Hver tablett inneh.: Tørket ekstrakt av rotstokk av klaseormedruer (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. **Dosering:** 1 tablett 2 ganger daglig (morgen og kveld). De første effektene sees etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. **Administrering:** Tas med eller uten mat, og med rikelig væske. Bør svelges hele. Skal ikke suges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved eksisterende/tidligere leversykdom. Ved tegn og symptomer på leverskade (tretthet, appetittap, gulning av hud og øyne, kraftige øvre magesmerter med kvalme, brekninger, mørk urin) skal preparatet seponeres. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Skal ikke kombineres med østrogen uten etter samråd med lege. Pasienter som er behandlet eller undergår behandling for brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer, skal ikke bruke preparatet uten medisinsk tilsyn. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukosegalaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Ingen rapporterte. **Graviditet, amming og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparater som inneholder *Cimicifuga*. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktsødem, perifer ødem, gastrointestinale symptomer (f.eks. dyspeptiske forstyrrelser, diaré) og vektøkning er rapportert i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Plantebasert legemiddel. **Virkningsmekanisme:** Ukjent. Kliniske data motviser systemisk østrogenagonistisk virkningsmekanisme. Det er ikke sett effekt på hormonelle parametere (LH, FSH, østradiol og prolaktin), i tetthet av bryst, proliferering av brystepitel eller endometriell tykkelse. Pakning: 100 stk., blisterpakning. Sist endret: 24.03.2015

Referanser: <sup>1</sup>Remifemin® preparatomtale, godkjent 16.12.2014; <sup>2</sup>Beer & Neff, Evid Based Complement Alternat Med 2013, doi: 10.1155/2013/860602

# Skjærsilden



**Barth Tholens**  
ansvarlig redaktør  
i Sykepleien

**Det var en periode** i min barndom at jeg ble frykkelig opptatt av det urimelige, ja, uutholdelige ved selve døden. Ikke det at jeg sto i fare for å sette punktum tidlig. Jeg var frisk som en fisk og spilte fotball så å si døgnet rundt. Likevel kom døden ofte på besøk når jeg lå på gutterommet og forsøkte å få sove.

Det var ikke den brutale slutten som engstet meg mest. Å dø i seg selv kunne jeg nok kanskje leve med, det var heller det at døden er så uendelig som skremte vettet av meg. I mørket stirret jeg evigheten inn i øynene: En tilværelse som verken hadde begynnelse eller slutt. Å ha en slags bevissthet, en sjel, som skulle svømme omkring i et uendelig hav av tidløshet – det var verre enn alt jeg kunne forestille meg.

Den gang var jeg fortsatt påvirket av den katolske ideen om at sjelen – etter døden – enten havner salig i himmelen, må brenne for evig i helvetet eller eventuelt oppholde seg i skjærsilden en stund før det blir avgjort hva som skjer videre. For min egen del håpet jeg – i beste fall – på det siste. Større enn min bekymring for hvordan mine synder kunne påvirke det endelige bestemmelsesstedet, var likevel tanken om at oppholdet der til slutt ville vare evig. Det var som å spille en fotballkamp uten siste fløytesignal.

Da jeg ble voksen sluttet jeg å tenke på døden som noe jeg aktivt måtte forholde meg til. Kan hende den varer evig, men nå lot jeg bare som om den var siste kapittel i en bok som forblir liggende halvlest på nattbordet. Du kan si at redselen for min forestående død ble redusert jo flere begravelser jeg deltok i. Jeg vennet meg til aldri å få ordentlig svar på spørsmålet om døden er meningsfull – eller ikke.

Det var inntil jeg ble redaktør i Sykepleien. Da gikk det gradvis opp for meg at det ikke er så mye dødens innhold, men heller dødens prosess som er avgjørende for hvordan jeg kunne forholde meg

til at livet tar slutt. Døden varer lenge, men tiden før vi dør er knapp. Og her befant jeg meg plutselig blant en yrkesgruppe som nær sagt vasser i dødsopplevelser – gode så vel som dårlige. Sykepleiere møter jo døden rundt hvert sengehjørne. De skal lindre pasientens lidelser og kanskje få vedkommende til å bli bedre. Men bak hver sykdom, bak hver behandling, lurar jo også bevisstheten om at livet er skjørt. Et lite feilskjær, en liten tilfeldighet, et lite sammenfall av uheldige omstendigheter og plopp – så er det slutt.

I medisinen er døden ikke et ønsket sluttprodukt. Pasientens død er likevel sjeldent et faglig eller personlig nederlag. For de fleste sykepleiere vil prosessen fram mot dødstidspunktet være det aller viktigste. De vil, sammen med legen, kjempe mot døden. Men når den først kommer, vil de gjøre den god og fredfylt for pasienten. Dødsprosessen er aldri en fest, men den kan være harmonisk.

«I medisinen er døden ikke et ønsket sluttprodukt.»

Helsepersonell vil nok nekte for at de kan sende pasienter til henholdsvis himmelen, til helvetet eller for sikkerhets skyld til skjærsilden når det kommer til dødsprosessen. I arbeidet med dette temaet har jeg likevel blitt overrasket over hvor mange vanskelige valg leger og sykepleiere faktisk må foreta rundt døende pasienter – og hvor avgjørende noen av disse valgene må være. Døden er rett og slett ikke lenger det den var. Før bare kom den, nå kan den skyves på, drøyes, framskyndes og forsinkes.

Vi håper dette temaet bidrar til at leger og sykepleiere tar opp døden til fornyet behandling. For døden – den fortjener å bli diskutert. Den er evig aktuell, og aldri avgjort.

# Taushet er ikke gull



Liv Bjørnhaug  
Johansen  
temaredaكتور

**Aldri skade.** Av og til helbrede. Ofte lindre. Alltid trøste» var Hippokrates normsettende ord om legekunsten. Det var lett for ham å etterleve – det var ikke stort han kunne gjøre uansett. Men legevitenenskapens framskritt setter oss stadig i situasjoner der håpet om helbredelse går gjennom nettopp å skade, og gjennom å påføre lidelse. Og trøsten henter ofte næring i håpet om at vitenskapen vil levere en mulighet for helbredelse og sporer oss igjen mot mer behandling, og ofte også mer lidelse.

Og her står vi sykepleiere. Ved senga til pasienten, og skal utføre behandling vi ser påfører lidelse og haler ut et forløp der utgangen er kjent. Vi utfører hjerte-lunge-redning selv om instinktene våre sier oss at det hadde vært bedre å la være. Vi henger opp celledriftinfusjoner og antibiotikadrypp og nedlegger ernæringssonder selv om vi er i tvil om dette er til pasientens beste. Er de godt nok informert? Har de selv samtykket til dette? Er det pårørende som ikke klarer å gi slipp? Er det legen som er redd for å ikke «ha prøvd alt»?

I utgivelsen du nå har mellom hendene har vi forsøkt å gå i dybden på dette spørsmålet: Når er det nok? Vi har spurt 1000 sykepleiere om erfaringer med og holdninger til beslutninger ved slutten av livet. Vi har invitert sykepleiere, leger, forskere og pårørende til å skrive og uttale seg om spørsmål om autonomi, håp, realisme, behandlingssiver, palliasjon, problemer og løsninger.

Og hva de konkluderer med skal jeg avsløre allerede her; det første vi må gjøre er å tørre å snakke om døden. Vi håper at denne utgivelsen kan gi deg mot og innsikt til å gjøre akkurat det.

God lesning!


«Trøsten henter ofte næring i håpet om at vitenskapen vil levere en mulighet for helbredelse.»

## #Sykepleien

#Sykepleien er et helt nytt bladkonsept. Det vies til ett tema om gangen, og både format, form og innhold tilpasses temaene som tas opp. I 2017 utgis to utgaver av #Sykepleien. Neste utgave er i desember.

Søker du nyheter, fagartikler, bokanmeldelser eller kronikker? På [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) vil du finne ca. 15–20 nye, aktuelle artikler hver uke.

**Har du lyst å gi oss en tilbakemelding på denne utgaven?  
Send epost til [barth.tholens@sykepleien.no](mailto:barth.tholens@sykepleien.no)**



**Fagartikler**  
på nett

Klikk deg inn på **sykepleien.no**  
og les våre artikler

**Forsknings-**  
**artikler**  
på nett

EN NY LØSNING MED SILENTIA SKJERMSYSTEM

# Oppdag med **StoryPanels™**



«**Et bilde sier mer enn tusen ord**». Det kan til og med ha en beroligende og stimulerende effekt. Det er grunnen til at Silentia utviklet StoryPanels, en ny funksjon i Silentia-systemet for foldesjermer og et effektivt hjelpemiddel for helsepersonell, pasienter og pårørende. Et barn som ligger på sykehus, er langt hjemmefra og må forholde seg til ukjente fjes. Men så begynner en sykepleier å snakke om de fargerike bildene med planeter og gøyale figurer. Dermed settes barnets fantasi og forestillingsevne i sving. Fokus skifter til noe nytt og positivt.

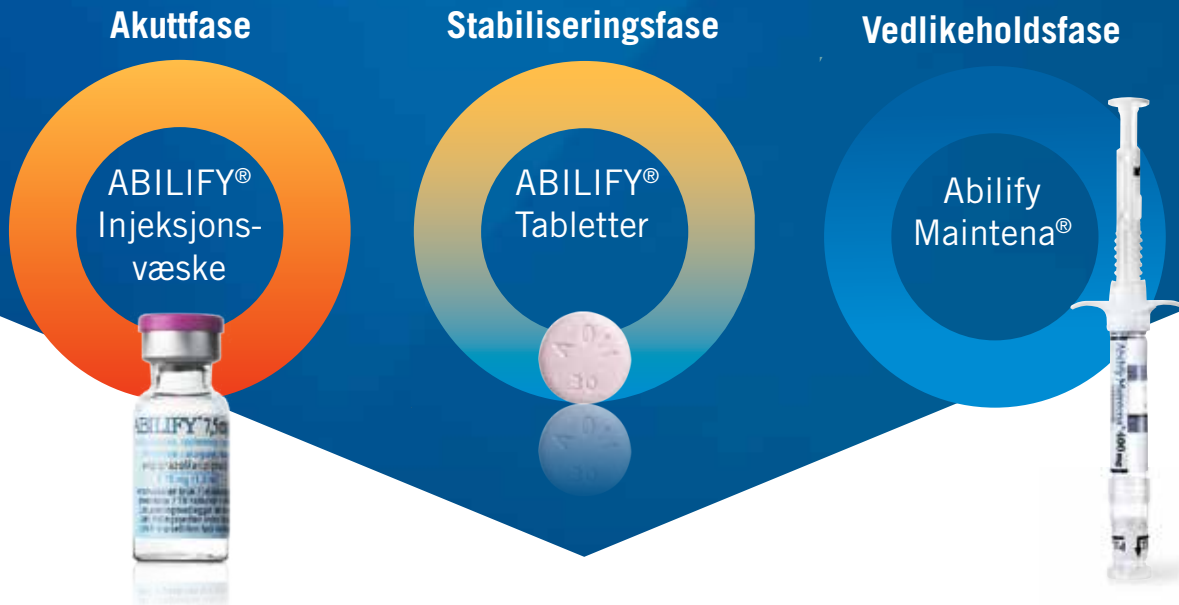
Kontakt oss i dag for mer informasjon, eller se StoryPanels på [silentia.no](http://silentia.no).



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

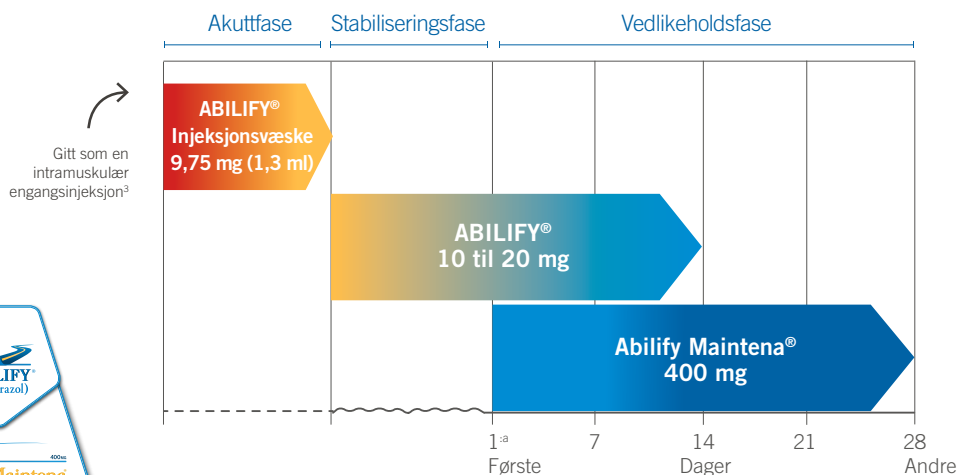
Avalon Medical AS • Tel: 23 03 63 70  
[info@avalon-medical.no](mailto:info@avalon-medical.no) • [www.avalon-medical.no](http://www.avalon-medical.no)  
[www.silentia.no](http://www.silentia.no)

# Gir pasientene dine muligheten til å behandles med aripiprazol fra akutt fase<sup>1-3</sup>



FOR HURTIG KONTROLL AV AGITASJON OG ATFERDSFORSTYRRELSER\*  
HOS VOKSNE PASIENTER MED SCHIZOFRENI

## ABILIFY® (aripiprazol) hurtigvirkende injeksjonsvæske er nå igjen tilgjengelig<sup>4</sup>



Abilify Maintena® administreres en gang i måneden som en endoseinjeksjon i sete eller deltamuskelen.<sup>5</sup> Abilify Maintena® er indisert for vedlikeholdsbehandling av schizofreni hos voksne pasienter stabilisert med oral aripiprazol.<sup>6</sup>

\*Indikasjon ABILIFY® hurtigvirkende injeksjonsvæske; Hurtig kontroll av agitasjon og atferdsforstyrrelser hos pasienter med schizofreni eller hos pasienter med maniske episoder ved bipolar I lidelse, når oral behandling ikke er egnet.

Illustrasjon utarbeidet av Otsuka/Lundbeck etter referanser 2 og 5



[abilify.no](http://abilify.no)  
[abilify-maintena.no](http://abilify-maintena.no)

1. Tran-Johnson TK, Sack DA, Marcus RN et al. Efficacy and safety of intramuscular aripiprazole in patients with acute agitation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry 2007; 68:111–119.
2. ABILIFY SPC (09/2016), avsnitt 4.2.
3. ABILIFY SPC (09/2016), avsnitt 5.1.
4. ABILIFY SPC (09/2016), avsnitt 4.1.
5. Abilify Maintena SPC (28.04.2016), avsnitt 4.2
6. Abilify Maintena SPC (28.04.2016), avsnitt 4.1



# Abilify “Otsuka Pharmaceutical”

## C Antipsykotikum.

ATC-nr.: N05A X12

**T** INJEKSJONSVÆSKJE, oppløsning 7,5 mg/ml: 1 ml inneholder: Aripirazol 7,5 mg (1,3 ml innh. 9,75 mg), sulfobutylester betasyklodekstrin (SBECD), tartarsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker. 1

**MIKSTUR, oppløsning 1 mg/ml: 1 ml inneholder:** Aripirazol 1 mg, metyl- og propylparahydroksybenzoat (E 218 og E 216), hjelpestoffer. Sukkerholdig. Appelsinlaks.

**T** SMELTETABLETTER 10 mg og 15 mg: Hver smeltetablett inneholder: Aripirazol 10 mg, resp. 15 mg, aspartam (E 951) 2 mg, resp. 3 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: 10 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172).

**TABLETTER 5 mg, 10 mg, 15 mg og 30 mg: Hver tablett inneholder:** Aripirazol 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 30 mg, laktose, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Indigotin (E 132). 10 mg og 30 mg: Rødt jernoksid (E 172). 15 mg: Gult jernoksid (E 172).

**Indikasjon:** *Tabletter, smeltetabletter, mikstur:* Schizofreni hos voksne og ungdom  $\geq 15$  år. Voksne: Moderat til alvorlig manisk episode ved bipolar I lidelse og forebygging av tilbakefall med nye maniske episoder hos voksne som i hovedsak tidligere har hatt maniske episoder, hvor de maniske episodene responderte på aripirazolbehandling. Ungdom  $\geq 13$  år: Optilt 12-ukers behandling av moderat til alvorlig manisk episode ved bipolar I lidelse.

*Injeksjonsvæske:* Voksne: Hurtig kontroll av agitasjon og atferdsforstyrrelser hos pasienter med schizofreni eller hos pasienter med maniske episoder ved bipolar I lidelse, når oral behandling ikke er egnet.

**Dosering:** Maks. døgndose bør ikke overskride 30 mg, dette gjelder alle formuleringer. Smeltetabletter og mikstur kan brukes som alternativ til tabletter hos pasienter som har vanskeligheter med å svelge tabletter. Injeksjonsvæske skal kun brukes når oral behandling ikke er egnet. **Schizofreni hos voksne:** *Tabletter, smeltetabletter, mikstur:* Anbefalt startdose er 10 mg eller 15 mg 1 gang daglig (dvs. 10 eller 15 ml mikstur), med en vedlikeholdsdose på 15 mg 1 gang daglig. Aripirazol er effektivt i doser fra 10-30 mg/dag (dvs. 10-30 ml mikstur/dag). Det er ikke påvist at høyere doser enn en døgndose på 15 mg kan gi bedre effekt, men enkelte pasienter kan ha nytte av høyere doser.

**Schizofreni hos ungdom  $\geq 15$  år:** *Tabletter, smeltetabletter, mikstur:* Anbefalt dose er 10 mg 1 gang daglig. Anbefalt startdose er 2 mg som 2 ml mikstur i 2 dager og titrerer til 5 mg (dvs. 5 ml mikstur) i ytterligere 2 dager før anbefalt dose på 10 mg (dvs. 10 ml mikstur) nås. Ev. senere doser kan gis som 5 mg økning. Maks. døgndose er 30 mg (30 ml mikstur). Aripirazol er effektivt i doser fra 10-30 mg/dag (dvs. 10-30 ml mikstur/dag). Det er ikke påvist at høyere doser enn en døgndose på 10 mg kan gi bedre effekt, men enkelte pasienter kan ha nytte av høyere doser. **Maniske episoder ved bipolar I lidelse hos voksne:** *Tabletter, smeltetabletter, mikstur:* Anbefalt startdose er 15 mg 1 gang daglig (dvs. 15 ml mikstur) som monoterapi eller kombinasjonsbehandling. Enkelte pasienter kan ha nytte av høyere doser. **Maniske episoder ved bipolar I lidelse hos ungdom  $\geq 13$  år:** *Tabletter, smeltetabletter, mikstur:* Anbefalt dose er 10 mg 1 gang daglig. Behandlingen skal innledes med 2 mg (med bruk av mikstur) i 2 dager, og titrerer til 5 mg i ytterligere 2 dager før å nå anbefalt daglig dose på 10 mg. Behandlingsvarighet bør være så kort som mulig inntil symptomene er under kontroll, og ikke overskride 12 uker.

Økt effekt ved døgndoser >10 mg er ikke vist, og en daglig dose på 30 mg er forbundet med en betydelig høyere forekomst av signifikante bivirkninger, inkl. ekstrapyramidale bivirkninger, somnolens, fatigue og vekttøknning. Doser >10 mg/dag bør derfor kun brukes unntaksvis og under nøye klinisk overvåkning. Yngre pasienter har høyere risiko for bivirkninger, og bruk er derfor ikke anbefalt til pasienter <13 år. **Forebygging av tilbakefall av maniske episoder ved bipolar I lidelse hos voksne:** *Tabletter, smeltetabletter, mikstur:* Hos pasienter som har fått aripirazol, som mono- eller kombinasjonsbehandling, fortsettes behandlingen med samme dose. Dosen kan senere justeres, ev. reduseres etter klinisk vurdering. Oral bruk. **Hurtig kontroll av agitasjon og atferdsforstyrrelser hos voksne med schizofreni, eller hos voksne med maniske episoder ved bipolar I lidelse:** *Injeksjonsvæske:* Skal kun brukes når oral behandling ikke er egnet. Behandling med injeksjonsvæske bør avsluttes så snart kliniske betingelser tilliser det, og bruk av oral aripirazol bør initieres. Anbefalt startdose er 9,75 mg (1,3 ml) som 1 i.m. injeksjon. Effektivt doseringsområde er enkeltinjeksjon på 5,25-15 mg. Lavere dose på 5,25 mg (0,7 ml) kan gis, basert på individuelt klinisk status, noe som også bør medføre vurdering av legemidler som allerede administreres enten som vedlikeholds- eller akuttbehandling. En ny injeksjon kan administreres etter 2 timer, basert på individuelt klinisk status. Det bør ikke gis mer enn 3 injeksjoner i løpet av 24 timer. Hvis fortsatt behandling med oral aripirazol er indisert, se tabletter, smeltetabletter eller mikstur. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ved alvorlig nedsatt leverfunksjon bør aripirazol administreres med varsomhet, og maks. døgndose på 30 mg brukes med forsiktighet. Ingen dosejustering er nødvendig ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering er nødvendig. **Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ved bruk av injeksjonsvæske er ikke fastslått; ingen data tilgjengelig. Aripirazol anbefales ikke til barn <15 år med schizofreni; ingen erfaring. Sikkerhet og effekt av preparatet hos barn og ungdom <18 år med irritable forbundet med autistiske lidelser er ikke etablert; ingen doseringsanbefalinger kan gis. Sikkerhet og effekt av preparatet hos barn og ungdom 6-18 år med tics tilknyttet Tourettes syndrom er ikke fastslått, ingen doseringsanbefalinger kan gis. **Eldre >65 år:** Effekt er ikke fastslått. Lavere startdose bør vurderes når kliniske faktorer tilsier dette, da eldre er mer sensible. **Tilberedning/Håndtering: Mikstur:** Dosen må måles ved hjelp av vedlagt målebeger eller dråpetetter som finnes i esken. **Administrering: Injeksjonsvæske:** Oppløsningen er klar til bruk, og er kun ment for kortvarig bruk. Settes i.m. i deltoid- eller dyp i glutæus maximus-muskelen av helsepersonell. Skal ikke administreres i.v. eller s.c. **Mikstur:** Til oral bruk. Skal ikke fornyes med andre væsker, og skal heller ikke blandes med mat for administrering. Kan tas samtidig med eller uten mat. **Smeltetabletter:** Kan tas med eller uten mat. Bør inntas umiddelbart etter åpning av blisterpakningen. Skal plasseres på tungen hvor den løses opp raskt i spytt. Kan tas med eller uten væske. Kan også løses opp i vann og drikkes. **Tabletter:** Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele sammen med vann. Det anbefales ikke å dele eller knuse tablettene.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Effekten av aripirazol injeksjonsvæske hos pasienter med agitasjon og atferdsforstyrrelser ved andre tilstander enn schizofreni og maniske episoder ved bipolar I lidelse, er ikke fastslått. Samtidig administrering av antipsykotika i injeksjonsform og parenterale benzodiazepiner kan føre til eksessiv sedering og kardiorespiratorisk depresjon. Dersom parenteral benzodiazepinbehandling anses som nødvendig i tillegg til aripirazol injeksjonsvæske, bør pasientene overvåkes mht. overdrevet sedasjon og ortostatisk hypotensjon. Pasienter som får aripirazol injeksjonsvæske bør observeres mht. ortostatisk hypotensjon. Blodtrykk, puls, respirasjonsrate og bevissthetsnivå bør overvåkes regelmessig. Sikkerhet og effekt av aripirazol injeksjonsvæske er ikke undersøkt hos pasienter med alkohol- eller legemiddelintoksikasjon. Ved antipsykotisk behandling kan forbedring av pasientens kliniske tilstand ta fra flere dager til noen uker. Pasienten bør overvåkes i løpet av hele perioden. Suicidal atferd er rapportert raskt etter oppstart eller byte av behandling. Nøyv overvåking av høyrisikopasienter anbefales. Studiedata

tyder på at aripirazolbruk hos voksne med schizofreni eller bipolar lidelse ikke gir økt risiko for suicidalitet sammenlignet med andre antipsykotika. Det foreligger ikke tilstrekkelig data for å evaluere risiko hos barn og ungdom <18 år, men det er dokumentert at selvmordsrisiko vedvarer utover de 4 første ukene med behandling med atypisk antipsykotika, inkl. aripirazol. Bør brukes med forsiktighet ved kjent hjerte-karsykdom (tidligere hjerteinfarkt eller iskemisk hjertesykdom, hjertestillende eller ledningsforstyrrelser), cerebrovaskulær sykdom, tilstander som predisponerer for hypotensjon eller hypertensjon, inkl. malignt hypertensjon, samt ved forekomst av forlenget QT-intervall i familien. Tilfeller av venøs tromboembolisme (VTE) er rapportert ved bruk av antipsykotiske legemidler. Alle mulige risikofaktorer for VTE bør utredes før og under behandling, og hensiktsmessige forholdsregler tas. Dosereduksjon eller seponering bør vurderes dersom tegn eller symptomer på tardive dyskinesier oppstår. Symptomene kan midlertidig forverres eller til og med inntre etter seponering. Dersom ekstrapyramidale symptomer oppstår skal dosereduksjon og nøye klinisk overvåkning vurderes. Ved utvikling av tegn og symptomer på malignt neuroleptikasyndrom (MNS), f.eks. feber, muskeltivhet, endret mentalt status, alvorlig ustabilitet, økt kreatinfosfokinase, myoglobinuri, akutt nyresvikt, eller ved uforklarlig høy feber uten tilleggs av andre kliniske manifestasjoner på MNS, skal alle antipsykotika, inkl. aripirazol, seponeres. Bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt krampesanfall eller tilstander assosiert med krampor. Hos eldre pasienter med demens er det rapportert økt dødelighet ved bruk av aripirazol. Cerebrovaskulære bivirkninger (f.eks. slag, TIA), inkl. dødsfall, har forekommet hos pasienter med psykose relatert til Alzheimers sykdom. Aripirazol er ikke indisert for behandling av demensrelatert psykose. Hyperglykemi i noen tilfelle meget uttalt og assosiert med ketosidose eller hyperosmolært koma eller dødsfall, er rapportert ved behandling med atypiske antipsykotiske legemidler, inkl. aripirazol. Forkomst av fedme og diabetes i familien er risikofaktorer som kan predisponere for alvorlige komplikasjoner. Pasienten bør observeres for symptomer og tegn på hyperglykemi (f.eks. polydipsi, polyuri, polyfagi, svakhet), og pasienter med diabetes mellitus eller risiko for diabetes mellitus bør overvåkes regelmessig for forverret blodsukkerkontroll. Vekttøknning er rapportert, vanligvis hos pasienter med signifikante risikofaktorer, f.eks. diabetes, sykdommer i skjoldkirtelen eller hypofyseadenomer. Vekttøknning bør overvåkes hos yngre pasienter med bipolar mani. Dersom vekttøknningen er klinisk signifikant skal dosereduksjon vurderes. Øsofagusdysmotilitet og aspirasjon kan forekomme. Bør brukes med forsiktighet ved risiko for aspirasjonsneumoni. Patologisk gambling er rapportert, uavhengig av om pasientene tidligere hadde drevet med gambling. Pasienter som tidligere har hatt tilfeller av patologisk gambling kan ha økt risiko og bør overvåkes nøye. Tablettene og smeltetablettene inneholder laktose, og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Smeltetablettene inneholder aspartam som er en kilde til fenylalanin. Dette kan være skadelig for pasienter med fenylketonuri. Miksturen inneholder metylparahydroksybenzoat og propylparahydroksybenzoat som kan forårsake allergiske reaksjoner (muligens forsynket). Miksturen inneholder fruktose og sukrose. Pasienter med sjelden, arvelig fruktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller sukrase-isomaltaseangel skal ikke ta miksturen. Selv om forekomsten av bipolar I lidelse og komorbid ADHD er høy, er det svært begrenset med tilgjengelige sikkerhetsdata vedrørende samtidig bruk av sentralstimulerende legemidler. Derfor skal det utvises stor forsiktighet ved bruk av disse legemidlene samtidig. Pasienten bør advares mot å betjene farlige maskiner, inkl. motorfjorretting, til reaksjonen på preparatet er kjent. Noen pediatrike pasienter med bipolar I lidelse har en økt forekomst av somnolens og fatigue. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen spesifikke interaksjonsstudier er utført med injeksjonsvæske. Informasjonen nedenfor er fra studier med oral aripirazol. Aripirazol kan potensielt øke effekten av visse antiypertensiver pga.  $\alpha$ 1-adrenerge reseptorantagonisme. Pga. preparatets primære CNS-effekter, bør forsiktighet utvises ved samtidig inntak av alkohol eller andre sentralvirkende legemidler med overlappende bivirkninger som sedasjon. Forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering med legemidler som kan forårsake forlenget QT-intervall eller elektrolyttubalanse. Ved samtidig administrering av i.m. enkeltdose aripirazol (15 mg dose) og i.m. lorazepam (2 mg dose) er det vist mer intens sedasjon enn når aripirazol gis alene, og sett høyere ortostatisk hypotensjon enn når lorazepam gis alene. Famosidin reduserer absorpsjonsgraden til aripirazol, men effekten anses ikke som klinisk relevant. Ved samtidig administrering av potente CYP2D6-hemmere eller CYP3A4-hemmere, bør ordnet aripirazol-dose omtrent halveres. Når CYP2D6- eller CYP3A4-hemmeren seponeres fra kombinasjonsbehandlingen, bør aripirazol-dosen økes igjen. Beskjeden økning i aripirazolkonsentrasjonen kan forventes ved samtidig administrering med svake CYP3A4- eller CYP2D6-hemmere. Ved samtidig administrering av potente CYP3A4-induktorer, bør aripirazol-dosen dobles. Ved seponering av potente CYP3A4-induktorer, bør aripirazol-dosen reduseres til anbefalt dose. Serotoninerig syndrom er rapportert ved aripirazolbehandling. Tegn og symptomer kan særlig oppstå ved samtidig bruk av andre serotoninerge legemidler, som f.eks. SSRI/SNRI, eller med legemidler som er kjent for å øke konsentrasjonen av aripirazol.

**Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Det foreligger ingen adekvate og velkontrollerte forsøk hos gravide. Medfødte anomalier uten fastslått årsaksammenheng er rapportert. Skal ikke brukes ved graviditet med mindre fordelen forventes å oppveie potensiell risiko for fosteret. Pasienten bør rådes til å gi legen beskjed ved graviditet eller planlagt graviditet under behandling. Nyfødte eksponert i løpet av 3. trimester har risiko for få bivirkninger, inkl. ekstrapyramidale og/eller abstinenssymptomer, som kan variere i alvorlighetsgrad og varighet etter fødsel. Agitasjon, hypertoni, hypotoni, tremor, søvnhvilet, åndenød eller problemer med mattilførsel er rapportert. Nyfødte bør derfor overvåkes nøye. **Amming:** Aripirazol utskilles i morsmelk. Pasienten bør rådes til ikke å amme under behandling. **Bivirkninger: Voksne:** Akatis og kvalme er vanligst med mikstur, smeltetabletter, tableter (>3%), mens kvalme, svimmelhet og somnolens er vanligst med injeksjonsvæske (>3%). **Vanlige ( $\geq 1/100$  til <1/10):** Gastrointestinale: Forstoppelse, dyspepsi, kvalme, økt spyttsekresjon, oppkast, munntørthet (kun injeksjonsvæske). Neurologiske: Akatis, ekstrapyramidale forstyrrelser, tremor, hodetine, sedasjon, somnolens, svimmelhet, øyeblikke: Innsomni, angst, rastløshet. Stoffskifte/ernæring: Diabetes mellitus. Øye: Tåkesyn. Øvrige: Utmatelse. **Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til <1/100):** Endokrine: Hyperprolaktinemi. Hjerne/kar: Takykardi, ortostatisk hypotensjon, økt diastolisk blodtrykk (kun injeksjonsvæske). Luftrøye: Hikke. Neurologiske: Tardiv dyskinesi, dystoni. Psykiske: Depresjon, hyperseksualitet. Stoffskifte/ernæring: Hyperglykemi. Øye: Diplopi. **Ukjent frekvens:** Blod/lymf: Leukopeni, nøytropeni, trombocytopeni. Endokrine: Diabetisk hyperosmolært koma, diabetisk ketoacidose, hyperglykemi. Gastrointestinale: Pankreatitt, dysfagi, diaré, abdominal ubehag, maguebehag. Hjerne/kar: Brå, uforklarlig død, tor-das de pointes, forlenget QT-intervall, ventrikulære arytmier, hjertestans, bradykardi, venøs tromboembolisme (inkl. lungeemboli og dyp venetrombose), hypertensjon, synkope. Hud: Utsett, fotosensitivitetsreaksjoner, alopesi, hyperhidrose. Immunsystemet: Allergisk reaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon, angioødem inkl. hevelse i tungen, tungeødem, anksitødem, pruritus eller urticaria). Kjønnsganer/bryst: Priapisme. Lever/galle: Leversvikt, hepatitt, gulsott, økt ALAT, økt ASAT, økt  $\gamma$ -GT, økt alkalisk fosfatase.

Luftrøye: Aspirasjonsneumoni, laryngospasme, orofaryngealspasme. Muskel-skjelettsystemet: Raddomyolyse, myalgi, stivhet. Neurologiske: MNS, grand mal-anfall, serotoninert syndrom, talemforstyrrelse. Nyre/urinerter: Inkontinens, problemer med vannlating. Psykiske: Selvmordsforsøk, selvmordstanker og gjennomført selvmord, spilleavhengighet, aggresjon, agitasjon, nervøsit. Stoffskifte/ernæring: Hyponatremi, anoreksi, vektreduksjon, vekttøknning. Undersøkelser: Økt blodglukosenivå, økt HbA1c-nivå, svingninger i blodglukosenivå, økt CK. Øvrige: Forstyrrelser i temperaturregulering (f.eks. hypotermi, pyreksi), brystmerter, periferer ødemer. **Bivirkninger som forekommer hyppigere hos ungdom:** Schizofreni hos ungdom  $\geq 15$  år: **Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Søvnighet/sedasjon, ekstrapyramidale forstyrrelser. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til <1/10):** Torr munn, økt appetitt, ortostatisk hypotensjon, redusert vekt, økt blodinsulin, arytmi og leukopeni. Lavt serumprolaktinnivå er vist hos ungdom (13-17 år). Hos ungdom (13-17 år) i schizofrenipopulasjonen med aripirazolseponering på 5-30 mg opp til 72 måneder, var forekomst av lave serumprolaktinnivåer hos kvinner (<3 ng/ml) og menn (<2 ng/ml) hhv. 25,6% og 45%. I to langtidsstudier av ungdommer (i alderen 13-17) med schizofreni og bipolaritet var forekomst av lave serumprolaktinnivåer hos kvinner (<3 ng/ml) og menn (<2 ng/ml) hhv. 37% og 59,4%. **Maniske episoder ved bipolar I lidelse hos ungdom  $\geq 13$  år:** **Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Somnolens, ekstrapyramidale forstyrrelser, akatis, fatigue. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til <1/10):** Smertes i øvre abdomen, økt hjertefrekvens, økt appetitt, muskelrykninger, dyskinesi. **Følgende bivirkninger hadde mulige dose-responsavhengige forhold:** Ekstrapyramidale forstyrrelser (10 mg: 9,1%, 30 mg: 28,8%;) og akatis (10 mg: 12,2%, 30 mg: 20,3%). Gjennomsnittlige endringer i kroppsvekt hos ungdom med bipolar I lidelse ved 12 og 24 uker var hhv. 2,4 kg og 5,8 kg. I den pediatrike populasjonen ble somnolens og fatigue hyppigere observert hos pasienter med bipolar lidelse sammenlignet med pasienter med schizofreni. I den pediatrike bipolar populasjonen (10-17 år) med opp til 30 ukers eksponering, var insidensen av lavt serumprolaktinnivå hos kvinner (<3 ng/ml) og hos menn (<2 ng/ml) på hhv. 28% og 53,3%.

**Klasseeffekter:** Dystoni. Hos folsomme individer kan dystonisyntomer, som omfatter krampe i nakke- og halsmuskler, som iblant utvikler seg til tetthet i halsen, svelgeproblemer, pusteproblemer og/eller fremskyting av tungen, opptre i løpet av de første behandlingsdage. En forhøyet risiko for akutt dystoni er observert hos menn og i yngre aldersgrupper. **Overdosering/Forgiftning:** Overdosering er sett hos voksne i doser beregnet på opp til 1260 mg uten dødsfall. I tillegg er det rapportert tilfeldig overdosering med aripirazol alene hos barn (opp til 195 mg) uten dødsfall. **Symptomer:** Voksne: Letargi, økt blodtrykk, somnolens, takykardi, kvalme, oppkast og diaré. Barn: Somnolens, forbigående bevisstløshet og ekstrapyramidale symptomer. **Behandling:** Overdosebehandling bør fokusere på støttende behandling, opprettholdelse av frie luftrøyer, oksygenering og ventilering samt behandling av symptomer. Muligheten for innvirkning av flere legemidler bør vurderes. Kardiovaskulær overvåkning, inkl. kontinuerlig EKG-overvåkning for å oppdage mulig arytmi, bør stanses omgående. Kull kan være effektivt ved behandling av overdose. Dialyse har sannsynligvis liten effekt. Se Giftinformasjonen anbefalinger N05A X12 side c.

**Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Det er antydnet at aripirazols effekt ved schizofreni og bipolar I lidelse er medierte via en kombinasjon av partiell agonisme for dopamin D2- og serotonin 5-HT1a-reseptorer og antagonisme for serotonin 5-HT2-reseptorer. Preparatet viser i dyremodeller antagonisme egenskaper av dopaminerg hyperaktivitet og agonistiske egenskaper av dopaminerg hypoaktivitet. In vitro høy bindingsaffinitet til dopamin D2- og D3-, serotonin 5-HT1a- og 5-HT2a-reseptorer og moderat affinitet til dopamin D4-, serotonin 5-HT2c- og 5-HT7-,  $\alpha$ 1-adrenerge- og histamin H1-reseptorer. Moderat bindingsaffinitet til serotoninerceptakstaser, men ingen nevnevende affinitet til muskarinreceptorer. Interaksjoner med andre reseptorer enn undertyper av dopamin- og serotoninerceptorer kan forklare noen av de øvrige kliniske effekter. Smeltetabletter er bioekvivalent med tabletter, med tilsvarende absorpsjonshastighet og -grad. **Absorpsjon:** Tabletter, smeltetabletter, mikstur: Cmax 3-5 timer etter dosering. Absolutt biotilgjengelighet 87%. Farmakokinetikken påvirkes ikke av føttelthold miltid. Injeksjonsvæske: God absorpsjon. Absolutt biotilgjengelighet 100%. AUC for aripirazol ved 2 første time etter i.m. injeksjon er 90% større enn AUC etter samme dose tatt som tablett. Systemisk eksponering for de 2 formuleringene er lik. Median Tmax er 1-3 timer hos friske individer. **Proteinbinding:** >99%, hovedsakelig til albumin. **Fordeling:** Vd: 4,9 liter/kg. **Halveringstid:** Ca. 75 timer. Ved daglig CYP2D6-metabolisering, ca. 146 timer. **Metabolisme:** Hovedsakelig i lever via CYP3A4 og CYP2D6 ved dehydrogenering og hydroksylering, via CYP3A4 ved N-dealkylering. **Utskillelse:** Ca. 60% via feces, ca. 27% via urin.

**Oppbevaring og holdbarhet:** *Injeksjonsvæske:* Brukes umiddelbart etter åpning.

**Pakninger og priser (Pr. 17.januar.2017):** **Injeksjonsvæske:** 1,3 ml (hettegl.) 053932, 76,70 kr. **Mikstur:** 150 ml 032523, 1341,70 kr. **Smeltetabletter:** **10 mg:** 28 stk. (blister) 027968, 1439,00 kr. **15 mg:** 28 stk. (blister) 027977, 1439,00 kr. **Tabletter:** **5 mg:** 14 stk. (endose) 016620, 295,10 kr. 28 stk. (endose) 016596, 547,30 kr. 56 stk. (endose) 010635, 827,80 kr. **10 mg:** 14 stk. (endose) 010864, 295,10 kr. 56 stk. (endose) 011008, 827,80 kr. **15 mg:** 28 stk. (endose) 010953, 547,30 kr. 56 stk. (endose) 011019, 827,80 kr. **30 mg:** 56 stk. (endose) 011030, 1612,40 kr.

Refusjon: **Se** N05A X12 \_1 side i Refusjonslisten.

Sist endret: 21.11.2016

## Refusjonsberettiget bruk:

Schizofreni. Til behandling av moderat til alvorlig manisk episode ved bipolar lidelse og for forebygging av tilbakefall med nye maniske episoder hos pasienter som i hovedsak tidligere har hatt maniske episoder, hvor de maniske episodene responderte på aripirazolbehandling. *Refusjonskode:*

ICPC		Vilkår nr
-72	Behandlingskrevende psykotiske eller psykosenære symptomer ved psykisk lidelse	228
-73	Behandlingskrevende forstyrrelse i stemningsleie ved psykisk lidelse	175, 228
ICD		Vilkår nr
-F2	Behandlingskrevende psykotiske eller psykosenære symptomer ved psykisk lidelse	228
-F3	Behandlingskrevende forstyrrelse i stemningsleie ved psykisk lidelse	175, 228

## Vilkår:

175	Refusjon ytes kun når pasienten ikke har oppnådd tilstrekkelig effekt eller har fått uakseptable bivirkninger av olanzapin, eller andre tungtveidende midtner gjennom tilsluttet til olanzapin ikke kan benyttes. Årsaken til bruk av aripirazol skal dokumenteres i journal.
228	Refusjon for <u>smeltetabletter</u> ytes kun til pasienter som ikke kan svelge tabletter.

# Abilify Maintena "Otsuka Pharmaceutical"

## C Antipsykotikum. ATC-nr.: N05A X12

### PULVER OG VÆSKE TIL DEPOTINJEKSJONSVÆSKE, suspensjon 400 mg

**Mg:** Hvert sett inneh.: I) Hetteglass: Aripirazol 400 mg, karmellosenatrium, mannitol, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, natriumhydroksid. II) Hetteglass: Vann til injeksjonsvæsker. Etter rekonstitusjon: 1 ml inneholder 200 mg aripirazol.

### PULVER OG VÆSKE TIL DEPOTINJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte 400 mg: Hvert ferdigfylt sprøyte (tokammer) inneh.:

**Kammer I:** Pulver: Aripirazol 400 mg, karmellosenatrium, mannitol, natriumdihydrogenfosfatmonohydrat, natriumhydroksid. **Kammer II:** Vann til injeksjonsvæsker. **Indikasjoner:** Vedlikeholdbehandling av schizofreni hos voksne stabilisert med oral aripirazol. **Dosering:** Toleranse av oral aripirazol må vises før behandling med depotinjeksjonsvæsker startet. anbefalt start- og vedlikeholdsdose er 400 mg. Dette legemidlet krever ikke titrering av dosen. Det skal administreres 1 gang i måneden som 1 enkelt injeksjon (ikke tidligere enn 26 dager etter siste injeksjon). Etter 1 injeksjon skal behandling med 10-20 mg oral aripirazol fortsettes i 14 påfølgende dager for å opprettholde terapeutiske aripirazolkonsentrasjoner. Hvis det oppstår bivirkninger ved dosering 400 mg, skal reduksjon av dosen til 300 mg i måneden vurderes. **Glemte doser:**

Hvis 2. eller 3. dose glemmes og tid siden siste injeksjon er:	
>4 uker og <5 uker	Injeksjonen bør administreres snarest mulig, deretter gjenoppnås det månedlige injeksjonsprogrammet.
>5 uker	Samtidig inntak av oral aripirazol skal startes på nytt i 14 dager ved neste administrerte injeksjon, deretter gjenoppnås det månedlige injeksjonsprogrammet.
Hvis 4. eller etterfølgende doser glemmes (dvs. etter oppnåelse av stabil tilstand) og tid siden siste injeksjon er:	
>4 uker og <6 uker	Injeksjonen bør administreres snarest mulig, deretter gjenoppnås det månedlige injeksjonsprogrammet.
>6 uker	Samtidig inntak av oral aripirazol skal startes på nytt i 14 dager ved neste administrerte injeksjon, deretter gjenoppnås det månedlige injeksjonsprogrammet.

**Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering er nødvendig ved lett til moderat nedsatt leverfunksjon. Det foreligger ikke tilstrekkelige data til å fastsette anbefalinger ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. **Hos disse, som krever forsiktig dosering, bør oral administrering foretrekkes.** **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering er nødvendig. **Barn og ungdom 0-17 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. Ingen tilgjengelige data. **Eldre ≥65 år:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Kjente sakte CYP2D6-metaboliserere:** Hos pasienter kjent for å være sakte CYP2D6-metaboliserere, skal start- og vedlikeholdsdosen være 300 mg. Når potente CYP3A4-hemmere administreres samtidig, bør dosen reduseres til 200 mg. **Pasienter som får flere andre induktorer av CYP3A4 eller CYP2D6:** Når potente CYP3A4- eller CYP2D6-hemmere administreres samtidig i >14 dager, bør det foretas dosejusteringer. Dersom CYP3A4- eller CYP2D6-hemmeren seponeres, kan det være behov for at dosen økes til den tidligere brukte dosen. I tilfelle bivirkninger på tross av dosejusteringer av aripirazol, skal behovet for samtidig bruk av CYP2D6- eller CYP3A4-hemmer vurderes på nytt. **Samtidig administrering av CYP3A4-induktorer i >14 dager** skal unngås, da aripirazolnivåene i blodet reduseres og kan ligge under effektiv nivå. Dosejusteringer av aripirazol for pasienter som tar potente CYP2D6-hemmere, potente CYP3A4-hemmere og/eller CYP3A4-induktorer samtidig i >14 dager.

	Justert dose
Pasienter som tar 400 mg aripirazol	300 mg
Potente CYP2D6- eller potente CYP3A4-hemmere	200 mg!
Potente CYP2D6- og potente CYP3A4-hemmere	300 mg!
CYP3A4-induktorer	Unngå bruk
Pasienter som tar 300 mg aripirazol	
Potente CYP2D6- eller potente CYP3A4-hemmere	200 mg!
Potente CYP2D6- og potente CYP3A4-hemmere	160 mg!
CYP3A4-induktorer	Unngå bruk

**1** 200 mg og 160 mg kan oppnås ved justering av injeksjonsvolum kun ved bruk av Abilify Maintena pulver og væske til depotinjeksjonsvæske, suspensjon. **Tilberedning/Håndtering:** For komplett bruksanvisning for bruk og håndtering, se pakningsvedlegg. **Pulver i hetteglass + væske i hetteglass (1 sett):** Kull for engangsbruk. Hvert sett inneholder ett hetteglass med pulver + ett 2 ml-hetteglass med væske, én 3 ml luer-lokksprøyte med påmontert 38 mm 21 gauge hypodermisk sikkerhetskanyl med beskyttelsesanordning for kanyl, én 3 ml luer-lokksprøyte til engangsbruk, 1 hetteglassadapter og 3 hypermedisinsikkerhetskanyler, én 25 mm 23gauge, én 38 mm 22gauge og én 50 mm 21gauge. **Ferdigfylt sprøyte:** Kull for engangsbruk. Ferdigfylt sprøyte i glass (tokammer) inneholder pulver i det fremre kammeret og væske i det bakre kammeret. Hvert sett inneholder én ferdigfylt sprøyte og tre hypodermiske sikkerhetskanyler: En 25 mm 23gauge, én 38 mm 22gauge og én 50 mm 21gauge. **Administrering:** Skal kun administreres av helsepersonell. Kun til i.m. bruk, og skal ikke administreres i.v. eller s.c. Suspensjonen skal injiseres umiddelbart etter rekonstitusjon, men kan lagres ved <25°C i opp til 4 timer for hetteglasset og i opp til 2 timer for den ferdigfylte sprøyten. Oppsløsningen skal injiseres sakte i én enkelt injeksjon (doser må ikke deles opp) i sete- eller deltamuskelen. Utvis forsiktighet slik at utilsikket injeksjon i et blodkar unngås. Anbefalt kanyl for setuskeladministrering er 38 mm, 22gauge hypodermisk sikkerhetskanyl. For overvektige pasienter (BMI >28 kg/m<sup>2</sup>) skal en 50 mm, 21gauge hypodermisk sikkerhetskanyl brukes. Injeksjoner i setuskelens skal gis vekselvis mellom de to setuskelene. Anbefalt kanyl for deltamuskelladministrering er en 25 mm, 23gauge hypodermisk sikkerhetskanyl. For overvektige pasienter skal en 38 mm, 22gauge hypodermisk sikkerhetskanyl brukes. Injeksjoner i deltamuskelen skal gis vekselvis mellom de to deltamuskelen. **Kontra-indikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Bedring av pasientens kliniske tilstand kan ta fra flere dager til noen uker. Pasienten bør overvåkes nøye i hele perioden. **Akutt agitter eller alvorlig psykotisk tilstand:** Bør ikke brukes til behandling av akutt agittere eller alvorlig psykotiske tilstander av en umiddelbar symptomkontroll kreves. **Selvmod:** Forekomst av selvmordsrelatert atferd er knyttet til psykotiske lidelser, og i noen tilfeller er det rapportert tidlig etter start eller ved endring av antipsykotisk behandling, inkl. aripirazolbehandling. Tett overvåkning av høyrisikopasienter bør ledsages antipsykotisk behandling. **Hjerte-karsykdommer:** Bør brukes med forsiktighet ved kjent hjerte-karsykdom (tidligere hjerteinfarkt eller iskemisk hjertesykdom, hjertesvikt eller ledningsforstyrrelse), cerebrovaskulær sykdom, tilstander som predisponerer for hypotensjon (dehydrering, hypovolem) og behandling med antihipertensiver) eller hypertensjon, inkl. akseletert eller malign hypertensjon. Tilfeller av venøs tromboembolisme (VTE) er rapportert ved bruk av antipsykotika. Siden pasienter som behandles med antipsykotika ofte har ervervet risikofaktorer for VTE, bør alle mulige risikofaktorer for VTE utredes før og under behandlingen, og hensiktsmessige forholdsregler bør tas. **QT-intervall:** Bør brukes med forsiktighet ved forekomst av forlenget QT-intervall i familien. **Tardiv dyskinesi:** Behandlingsrelatert dyskinesi er rapportert. Dersom tegn og symptomer på tardiv dyskinesi oppstår, bør dosejustering eller seponering vurderes. Disse symptomene kan mildertidlig forerres eller i og med oppstå etter seponering. **Malign nevroleptikasyndrom (MNS):** Sjeldne tilfeller av MNS er rapportert. Kliniske manifestasjoner av MNS er feber, muskelfrigiditet, endret mental status og tegn på autonom ustabilitet (uregelmessig puls eller blodtrykk, takykardi, diaphorese eller hjertetryttestyrrelse). Øvrige tegn kan være økt kreatinfosfokinase, myoglobinuri (rhabdomyolyse) og akutt nyresvikt. For å redusere risikoen for et rhabdomyolyse er mildertidlig rapportert, uten at dette nødvendigvis har sammenheng med MNS. Hvis en pasient utvikler tegn og symptomer som indikerer MNS, eller har uforklart høy feber uten å tillegge å ha andre kliniske manifestasjoner på MNS, skal alle antipsykotika, inkl. aripirazol, seponeres. **Kramper:** Kramper er rapportert. Aripirazol bør brukes med forsiktighet hos pasienter som tidligere har hatt krampeanfallet eller tilstander assosiert med kramper. **Eldre pasien-**

**ter med demensrelatert psykose:** **Okt dødelighet:** Studier med oral aripirazol hos eldre med psykose relatert til Alzheimers sykdom, har vist økt risiko for død (dødsraten var 3,3%). Dødsårsaken har variert, men de fleste dødsfallene er av kardiovaskulær (f.eks. hjertefelt, plutselig død) eller infeksjons (f.eks. pneumoni) natur. **Cerebrovaskulære bivirkninger:** I de samme studiene er cerebrovaskulære bivirkninger (f.eks. slag, forbigående iskemiske attacker), inkl. dødsfall, rapportert. Cerebrovaskulære bivirkninger er rapportert hos totalt 1,3%. Aripirazol er ikke indisert for behandling av pasienter med demensrelatert psykose. **Hyperglykemi og diabetes mellitus:** Hyperglykemi er rapportert, i noen tilfeller meget uttalt og assosiert med ketoacidose eller hyperosmolaritet koma eller dødsfall. Forekomst av fedme og diabetes i familien er risikofaktorer som kan predisponere for alvorlige komplikasjoner. Nyfødte hos pasienter med tegn og symptomer på hyperglykemi som polydipsi, polyuri, polygfygi og slapphet), og pasienter med diabetes mellitus eller risiko for diabetes mellitus bør overvåkes regelmessig med blodglukosekontroll. **Hypersensitivitet:** Hypersensitivitetsreaksjoner, karakterisert ved allergiske reaksjoner, kan intrinfre. **Vektøkning:** Vektøkning, som kan medføre alvorlige komplikasjoner, er rapportert ved bruk av oral aripirazol. Dette ses vanligvis ved signifikante risikofaktorer, f.eks. diabetes, sykdommer i skjoldkirtelen eller hypofyseadenomer. **Dysfagi:** Øsøfagusdysmotilitet og aspirasjon er assosiert med aripirazolbehandling. Aripirazol bør brukes med forsiktighet ved risiko for aspirasjonspneumoni. **Spilleavhengighet:** Spilleavhengighet er rapportert ved bruk av oral aripirazol, uavhengig av om pasienten tidligere hadde drevet med spill. Pasienter som tidligere har hatt tilfeller av spilleavhengighet kan ha økt risiko, og bør overvåkes nøye. Aripirazol har liten eller moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner pga. potensielle effekter på nervervesystemet og smet, som sedasjon, søvnighet, synkope, tåkesyn og diplopi. Pasienten advares derfor mot å kjøre bil og bruke maskiner til deres individuelle kompetanse overfor legemidlet er kjent. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bør interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er utført. Informasjonen nedenfor er tatt fra studier med oral aripirazol. Pga. legemidlets off-1-adrenerge reserptantagonisme, kan aripirazol potensielt høyne effekten av visse antihipertensiver. Pga. de primære CNS-effektene, bør forsiktighet være til aripirazol tas i kombinasjon med alkohol eller andre sentralvirkende legemidler med overlappende bivirkninger som sedasjon. Forsiktighet bør utvises ved samtidig administrering av legemidler som kan forårsake forlenget QT-intervall eller elektrolytubalanser. **Andre legemidler evne til å påvirke aripirazol:** Aripirazol metaboliseres via tre ulike veier som involverer enzymene CYP2D6 og CYP3A4, men ikke CYP1A-enzymene. Ingen dosejustering er derfor nødvendig for rykere. **Kindind** og **andre potente CYP2D6-hemmere:** I en klinisk studie med oral aripirazol hos friske frivillige økte en potemt hemmer av CYP2D6 (kindind) AUC av aripirazol med 107%. Mens Cmax var uforandret. AUC og Cmax av dehydroaripirazol, den aktive metabolitten, gikk ned med hhv. 32% og 47%. Andre potente hemmere av CYP2D6, som fluoksetin og paroksetin, kan forventes å ha lignende effekter, og lignende dosereguleringer bør derfor gjøres. **Ketokonazol og andre potente CYP3A4-hemmere:** I et klinisk forsøk med oral aripirazol hos friske frivillige, økte en potemt hemmer av CYP3A4 (ketokonazol) AUC og Cmax av aripirazol med hhv. 63% og 37%. AUC og Cmax av dehydroaripirazol økte med hhv. 77% og 43%. Hos individer med nedsatt metaboseringsveie via CYP2D6 kan samtidig bruk av potente hemmere av CYP3A4 resultere i høyere aripirazolkonsentrasjoner, sammenlignet med de med omfattende metaboseringsveie via CYP2D6. Ved vurdering av samtidig administrering av ketokonazol eller andre potente CYP3A4-hemmere, bør potensielle fordeler være større enn potensiell risiko for pasienten. Andre potente hemmere av CYP3A4, som itrakonazol og hiv-proteasehemmere, kan ventes å ha lignende effekter, og lignende dosereguleringer bør derfor gjøres. Ved seponering av CYP2D6- eller CYP3A4-hemmeren, bør aripirazolnivået økes til samme nivå som for kombinasjonsbehandlingen begynte. Beskjedne økninger i aripirazolkonsentrasjonen i plasma kan forventes ved samtidig bruk av svake hemmere av CYP3A4 (f.eks. diltiazem) eller CYP2D6 (f.eks. escitalopram). **Karbamazepin og andre CYP3A4-induktorer:** Etter samtidig administrering av karbamazepin (en potemt induktor av CYP3A4) og oral aripirazol til pasienter med schizofreni eller schizofraffektiv lidelse, var geometrisk gjennomsnittetsverdier av Cmax og AUC for aripirazol hhv. 68% og 73% lavere, sammenlignet med når bare aripirazol (30 mg) ble administrert. På lignende måte var geometrisk gjennomsnittetsverdier av Cmax og AUC for dehydroaripirazol hhv. 69% og 71% lavere etter samtidig administrering med karbamazepin, enn de var etter behandling med bare oral aripirazol. Samtidig administrering av aripirazol og karbamazepin av CYP3A4 (som rifampin, pivampin, fenytoin, fenobarbital, efavirenz, nevirapin og johannesurt (prikprikkikum)) kan ventes å ha lignende effekter. Samtidig bruk av CYP3A4-induktorer skal unngås, da aripirazolkonsentrasjonen i blodet reduseres og kan ligge under effektivt nivå. **Valproat og litium:** Etter samtidig administrering av enten valproat eller litium, var det ingen klinisk signifikant endring i aripirazolkonsentrasjonen. Ingen dosejustering er derfor nødvendig. **Aripirazols mulighet til å påvirke andre legemidler:** I kliniske studier hadde orale doser på 1030 mg aripirazol daglig ingen signifikant effekt på metabolismen av substrater av CYP2D6 (forholdet deklormetorfan/3-metoxymorfin), CYP2C9 (warfarin), CYP2C19 (omeprazol) og CYP3A4 (deklormetorfan). I tillegg vises ikke aripirazol og dehydroaripirazol potensial til å endre CYP1A2-mediert metabolisme in vitro. Det er derfor usannsynlig at aripirazol vil forårsake klinisk viktige interaksjoner via disse enzymene. Ved samtidig administrering av lamotrigin, deklormetorfan, warfarin, omeprazol, escitalopram eller venlafaksin, var det ikke klinisk relevante endringer i konsentrasjonen av disse legemidlene. Derfor er ikke dosejustering av disse legemidlene nødvendig. **Serotoninerget syndrom:** Tilfeller av serotoninerget syndrom er rapportert, og mulige tegn og symptomer på denne lidelsen kan særlig oppstå i tilfeller med samtidig bruk av andre serotoninerge legemidler, som f.eks. SSRI/SNRI, eller med legemidler som er kjent for å øke konsentrasjonen av aripirazol. **Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Det foreligger ingen adekvate og velkontrollerte studier hos gravide. Medfødte anomalier er rapportert. Arsakssammenheng med aripirazol kan imidlertid ikke fastslås. Dyrestudier kan ikke utelukke toksisitet. Pasienten bør rådes til å gi legen beskjed hvis hun blir gravid eller planlegger å bli gravid. Pga. utstrekkelig informasjon om sikkerhet hos mennesker, og at reproduksjonstoksiske dyrestudier ikke er utførte, bør legemidlet ikke brukes ved graviditet med mindre forventet fordel oppveier potensiell risiko for fosteret. Forskere mener at være klar over langvarig konsekvens. Nyfødte eksponert for aripirazol i løpet av 3 trimester, har risiko for å få bivirkninger, inkl. ekstrapyramidale og/eller abstinenssymptomer, som kan variere i alvorlighetsgrad og varighet etter fødsel. Det er rapportert om agitasjon, hypertoni, hypotoni, tremor, søvnighet, åndenød og problemer med matinntak. Nyfødte bør derfor overvåkes nøye. **Amning:** Aripirazol skilles ut i morsmelk. Det må tas en beslutning om amning skal opphøre eller behandling avstås fra, basert på nytte-/risikovurdering. **Fertilitet:** Aripirazol nedsatte ikke fertiliteten i reproduksjonstoksikostudier. **Bivirkninger:** **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Munnrotting, kjønnsorganbryst/ Erektile dysfunksjon. Muskel-skjelettsystemet: Muskel- og skjelettsvikt. Neurologiske: Ekstrapyramidale forstyrelser, akatisi, tremor, dykinesi, sedasjon, søvnløshet, svimmelhet, hodepine. Psykiske: Agitasjon, angst, rastløshet, insomnia. Stofskifte/ernæring: Vektøkning, diabetes mellitus, vektreduksjon. Undersøkelser: Økt nivå av kreatinfosfokinase i blodet. Øvrige: Smertes på injeksjonsstedet, hardhet på injeksjonsstedet, utmatte. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymfe: Nøytropeni, anemi, trombotycyten, redusert antall nøytrofiler, redusert antall hvite blodceller. Endokrine: Redusert nivå av prolaktin i blodet, hyperprolaktinemi. Gastrointestinale: Gastroesofageal reflukssykdom, dyspepsi, oppkast, diare, kvalme, smerte øverst i magen, abdominal ubehag, forstoppelse, økt tarmsmotilitet, økt syttsekresjon. Hjerte/kar: Ventrikulære ekstrasystoler, bradykardi, takykardi, redusert T-intervall ved EKG, normalt EKG, EKG T-bølgeinversjon, hypertensjon, ortostatisk hypotensjon, økt blodtrykk. Hud: Alopeci, akne, rosacea, økt smert, hard hud. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Kjønnsorganbryst: Galaktore, gynekomatosi, ømhet i brystene, tørrhet i skjeden. Lever/galle: Unormal leverfunksjonstest, økte leverenzymver, økt ALAT, økt AST, økt bilirubin i blodet, økt ASAT. Luftrør: Hoste, hikke. Muskel-skjelettsystemet: Muskelrigiditet, muskelspasmer, muskeltrekninger, stramme muskler, myalgia, smerter i ekstremiteter, arralggi, ryggsmerte, redusert bevegelighet i ledd, nummenhet, kjevesmerter. Neurologiske: Dyskinesi, tardiv dyskinesi, parkinsonisme, benedstørrelse, psykomotorisk hyperaktivitet, urolig ben (restless legs), tamhjulskriget, hypertoni, bradykinesi, sliking, samfordsforstyrrelse, endret lukningsst. Nyre/urinveier: Nyrestein, glukosuri. Psykiske: Selvmordstanker, psykotisk lidelse, hallu-

sinasjon, vrangforestilling, hyperseksualitet, panikkreaksjon, depresjon, affektabilitet, apati, dysfori, søvnproblemer, bruxisme, redusert libido, humorforandring. Stofskifte/ernæring: Hyperglykemi, hyperkolesterolem, hyperinulinemi, hyperlipidemi, hypertriglyseridemi, spiseforstyrrelser. Undersøkelser: Økt eller redusert nivå av glukose i blodet, økt nivå av glykosylert hemoglobin, økt midjelmål, redusert nivå av kolesterol i blodet, redusert nivå av triglyserider i blodet. Øye: Okulogryperiske kriser, tåkesyn, øymerter, diplopi. Øvrige: Pyreksi, asteni, forstyrrelse ved gange, ubehag i brystkassen, reaksjoner på injeksjonsstedet, erytem på injeksjonsstedet, hevelse på injeksjonsstedet, ubehag på injeksjonsstedet, pruritus på injeksjonsstedet, tørst, sløvhet. **Ukjent frekvens:** Blod/lymfe: Leukopeni. Endokrine: Diabetisk hyperosmolar koma, diabetisk ketoacidose. Gastrointestinale: Pancreattitt, dysfagi. Hjerte/kar: Bred uforklart død, hjerstanset, torsades de pointes, ventrikulære arytmer, forlenget QT-intervall, synkope, venøs tromboembolisme (inkl. lungeemboli og dyp venetrombose). Hud: Utslett, fotosensitivitetsreaksjoner, hyperhidrose. Immunsystemet: Allergisk reaksjon (f.eks. anafylaktisk reaksjon, anogenoid økt, hevelse i tunge, tungedeand, anisiktdøm, pruritus eller urticaria). Kjønnsorganbryst: Pripapier. Lever/galle: Leversvikt, gulsott, hepatitt, økt alkalisk fosfatase. Luftrøve: Orofaryngeal spasme, laryngospasme, aspirasjonspneumoni. Muskel-skjelettsystemet: Rhabdomyolyse. Neurologiske: Malignt nevroleptikasyndrom, grand mal-anfall, serotoninerget syndrom, talerforstyrrelse. Nyre/urinveier: Problemer med vannlating, inkontinens. Psykiske: Gjennomført selvmord, selvmordsforsøk, spilleavhengighet, nervositet, aggresjon. Stofskifte/ernæring: Anoreksi, hyponatremi. Svangerskap: Abstinenssymptomer hos nyfødte. Undersøkelser: Svingninger i nivå av blodglukose. Øvrige: Forstyrrelser i temperaturregulering (f.eks. hypotermi, pyreksi), brystsmerte, periferer edemer. **Beskrivelse av utvalgte bivirkninger:** Reaksjoner på injeksjonsstedet: Disse er hyppigere ved administrering i deltamuskelen enn i setuskelene, er generelt av mild til moderat alvorlighetsgrad, og går over etter hurtig. Smertor på injeksjonsstedet (forekomst 5,1%) var også hyppigere ved administrering i deltamuskelen enn i setuskelene, innsatte ved dag 2 (median), og varte 4 dager (median). Leukopeni: Nøytropeni begynte typisk rundt dag 16 etter 1. injeksjon, og varte 18 dager (median). Ekstrapyramidale symptomer (EPS): Rapportert hos 18,4%. Akatisi var det hyppigst observerte symptomet (8,2%), og oppsto vanligvis rundt dag 10 etter 1. injeksjon, og varte 56 dager (median). Parkinsonismehendelser ble sett hos 6,9%. Dystoni: Klasseffekter: Symptomer på dystoni, forlengete unormale kontraksjoner av muskelgrupper, kan opptrre hos sensitive pasienter i løpet av de første dagene av behandlingen. Symptomer på dystoni omfatter krampe i nakke-muskulene, som iblant utvikler seg til tetthet i halsen, svelgproblemer, pusteproblemer og/eller fremskyning av tungene. Disse symptomene kan opptrre ved lave doser. Økt risiko for akutt dystoni er observert hos menn og i yngre aldersgrupper. Prolaktin: Både økning og reduksjon i serumprolaktin er observert. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller av overdosering assosiert med bivirkninger er rapportert. Forsiktighet må utvises slik at utilsikket injeksjon i et blodkar unngås. Etter bekreftet eller mistenkt utilsikket overdose/utslett i.v. administrering, er nøye medisinsk observasjon nødvendig. Dersom potensiell alvorlige medisinske symptomer utvikles, er monitorering, som bør inkludere kontinuerlig EKG- overvåkning, nødvendig. Medisinsk overvåkning og monitorering skal fortsette inntil pasienten er restituet. En simulering av «dose dumping» (plutselig, økt frigivelse av virkestoffet fra injeksjonsstedet) viste at gjennomsnittlig aripirazolkonsentrasjon når en toppverdi på 4500 ng/ml, eller ca. 9 ganger det øvre terapeutiske området. I tilfelle «dose dumping», forventes aripirazolkonsentrasjonen å reduseres raskt til øvre grense av terapeutisk vindu etter ca. 3 dager. På den 7. dagen reduseres gjennomsnittlig aripirazolkonsentrasjon til konsentrasjoner tilsv. etter en i.m. depodose uten «dose dumping». Referanseinformasjon for overdose av oral aripirazol beskrives nedenfor. Overdosering av oral aripirazol alene hos voksne i doseer opp til 1260 mg er sett uten dødsfall. I tillegg er det rapportert utilsikket overdose med aripirazol alene hos barn (opp til 195 mg) uten dødsfall. **Symptomer:** Voksne: Letargi, økt blodtrykk, søvnløshet, takykardi, kvalme, oppkast og diare. Barn: Søvnløshet, forbigående bevisstløshet og ekstrapyramidale symptomer. **Behandling:** Overdosebehandling bør fokusere på støtende behandling, opprettholdelse av frie luftrøve, oksygentilførsel og ventilasjon samt behandling av symptomer. Muligheten for at flere legemidler er involvert, bør vurderes. Kardiovaskulær overvåkning bør derfor stanses omgående, og bør inkludere kontinuerlig EKG-overvåkning for å oppdage mulig arytmi. Etter bekreftet eller mistenkt overdose bør nøye medisinsk overvåkning og monitorering fortsette inntil pasienten er restituet. **Hemodialyse** har sannsynligvis liten effekt pga. høy plasma-proteinbinding. Se Giftinformasjonsanbefaling N05A X12 side c. **Egenskaper** **Virkningsmekanisme:** Effekt ved schizofreni er muligens mediert via en kombinasjon av partill agonisme på dopamin D2- og serotonin 5-HT1A-reseptorer og antagonisme på serotonin 5-HT2A-reseptorer. Aripirazol viser i dyremodeller antagonisistiske egenskaper på dopaminerg hyperaktivitet og agonisistiske egenskaper på dopaminerg hypoaktivitet. Aripirazol viser in vitro høy bindingsaffinitet til dopamin D2- og D3-, serotonin 5-HT1A- og 5-HT2A-reseptorer, og moderat affinitet til dopamin D4-, serotonin 5-HT2c- og 5-HT7-, off-1-adrenerge og histamin H1-reseptorer. Aripirazol viser også moderat bindingsaffinitet til serotoninopptakstester, men ingen nevnevndig affinitet til kolinerge muskarinreseptorer. Interaksjoner med andre reseptorer enn undertryper av dopamin og serotoninreseptorer kan forklare noen av aripirazols øvrige kliniske effekter. Orale aripirazol doser mellom 0,5-30 mg administrert 1 gang daglig til friske frivillige i 2 uker førte til en doseavhengig reduksjon i bindingen av [<sup>14</sup>C]Crakluprid, en D2/D3-reseptorligand, til kaudat og putamen. **Absorpsjon:** Sakte og langvarig pga. lav oppløselighet. Gjennomsnittlig halvlevingsstid for absorpsjon er 28 dager. Etter en enkel doseadministrering i delta- og setuskelen var AUC omtrent lik for begge injeksjonsstedene, men Cmax var høyere etter administrering i deltamuskelen. Median Tmax er 7 dager for setuskelene og 4 dager for deltamuskelen. Steady state nås etter 4 doser. Mindre enn dose-proporsjonell økning i konsentrasjon av aripirazol og den aktive metabolitten dehydroaripirazol og AUC-parametre observeres etter månedlige aripirazolinjeksjoner på 300-400 mg. **Proteinbinding:** >99%, hovedsakelig til albumin. **Fordeling:** Vd: 4,9 liter/kg etter oral administrering. **Halveringsstid:** Etter administrering av flere doser på 400 mg eller 300 mg er gjennomsnittlig t1/2 for eliminering hhv. 46,5 og 29,9 dager, sannsynligvis pga. absorpsjonsgradbegrenset kinetikk. Total clearance av aripirazol er 3,71 liter/time hos raske CYP2D6-metaboliserere, og ca. 1,88 liter/time (ca. 50% lavere) hos sakte CYP2D6-metaboliserere. Utfordringer ved oral doseadministrering i lever, hovedsakelig via CYP3A4 og CYP2D6. **Utskillelse:** Etter 1 oral dose gjennfinnes ca. 27% i urin og ca. 60% i feces. >1% utskilles uforandret i urin, ca. 18% uforandret i feces. **Oppbevaring og holdbarhet:** Skal ikke fryses. **Ferdigfylt sprøyte:** Oppbevares i den ytre esken for å beskytte sprøyten mot lys. **Oppbevaringsbetingelser etter rekonstitusjon:** Pulver og væske i hetteglass: Kjemisk og fysisk stabiliser et vist i 4 timer ved 25°C. Fra et mikrobiologisk ståsted, med mindre metoden for å åpne/rekonstituere utelukker risiko for mikrobiell kontaminering, skal preparatet brukes umiddelbart. Hvis det ikke brukes umiddelbart, er oppbevaringstiden og -betingelsene for bruk, brukerens ansvar. Rist hetteglasset godt i minst 60 sekunder før injeksjon. Rekonstituert suspensjon må ikke oppbevares i sprøyten. **Ferdigfylt sprøyte:** Hvis injeksjonen ikke utføres umiddelbart etter rekonstitusjon, kan sprøyten oppbevares <25°C i opp til 2 timer. Rist sprøyten godt i minst 20 sekunder for å resuspendere før injeksjon hvis sprøyten har vært oppbevart >15 minutter. **Pakninger og priser (Pt.17.januar.2017): Pulver og væske til depotinjeksjonsvæske, suspensjon:** 1 sett/ (pulver i hettegl. + væske i hettegl.) AS41293, 3010,90 kr. **Pulver og væske til depotinjeksjonsvæske, suspensjon i ferdigfylt sprøyte:** 1 stk/ (ferdigfylt sprøyte) 398082, 3010,90 kr. **Refusjon:** N05A X12.2 Aripirazol - Depotinjeksjonsvæsker. **Refusjonsberettiget bruk:** Vedlikeholdsbekendelse av schizofreni hos voksne pasienter stabilisert med oral aripirazol **Refusjonskode:**

ICPC	Wkikar nr	ICD	Wkikar nr
-72	Behandlingskrevende psykotiske eller psykosenære symptomer ved psykisk lidelse	-F2	Behandlingskrevende psykotiske eller psykosenære symptomer ved psykisk lidelse

Wkikar: Ingen spesifisert, sist endret: 28.05.2016

# del I: i grenselandet

- 22 Døden og teknologien
- 28 Jeg vil ikke vente og se
- 32 Gjenoppliver mot bedre vitende
- 36 Om leger, død og overbehandling
- 46 I behandlingsfellen
- 50 – Haler ut smertefull dødsprosess
- 56 (Hjertepasient)
- 58 Mor overlevde
- 64 Hvordan leger dør



## Intensiv: Den siste dagen

Foto: Stig M. Weston



1/8

N.N. ble innlagt på Generell Intensiv på Oslo universitetssykehus, Ullevål, med en alvorlig hjerneblødning. Livet sto ikke til å redde, men han ble lagt på respirator da han var erklært organdonor. Dagen bildene er tatt gjør sykepleierne ham i stand til at respiratoren skal slås av og pårørende komme for å ta farvel.



2/8

# Døden og teknologien

Der vi før sa at pasienten døde «mett av dage», må vi nå finne en merkelapp i et klassifiseringssystem.

Av **Bjørn Hoffman**, professor i medisinsk etikk

den greske filosofen Epikurs brev til Menoeceus finner vi tanker som filosofer og forfattere har dvelt ved i 2300 år: «Frykt ikke døden. For når du finnes, så finnes ikke den, og når den finnes, så finnes ikke du».

Epikur så for seg et skarpt skille mellom liv og død, mellom eksistens og ikke-eksistens. Dette skillet blir visket ut av moderne teknologi. Vi kan holdes i «live» lenge etter at vi tidligere ble oppfattet som døde. Teknologien flytter dermed grensen for når et menneske dør. Samtidig reises spørsmålet om dette er et gode eller om det er nytteløs behandling som forlenger dødsprosessen.

For å møte disse utfordringene har de

teknologiske mulighetene tvunget oss til å definere døden – også det ved hjelp av teknologi, eksempelvis i form av angiogram. Teknologien har derved endret vår måte å dø på, men også vårt syn på døden. Det som tidligere var en uunngåelig skjebne, har blitt et helsefaglig nederlag. Det som før var utenfor vår kontroll, har blitt vårt ansvar. Hvor lenge skal vi holde på? Når er døden ikke bare et onde, men også et gode?

## **TEKNOLOGIEN FLYTTER GRENSEN**

Vi har fått en rekke teknologier som har flyttet grensen mellom liv og død. Felles for slike teknologier er at de opprettholder eller erstatter livsviktige

funksjoner, slik som ernæring, åndedrett, sirkulasjon og regulering av blodets innhold. Derved begrenser de døden og utvider livet. Teknologien visker ut skillet mellom dødelig og kronisk sykdom. Samtidig reiser teknologien viktige etiske spørsmål: Når skal vi starte livsoppretholdende behandling? Når er det riktig å fortsette slik behandling? Når blir den nytteløs, og når skal vi avslutte?

Enteral ernæring og perkutan endoskopisk gastrostomi (PEG) er eksempler på dette. Manglende evne til å ta til seg næring, som tidligere var forbundet med død, blir nå forenlig med liv. Livet utvides og døden innskrenkes.

Det samme gjelder for respirator og ventilatorer. Manglende evne til å puste går fra å være ensbetydende med den sikre død til å bli fullt forenlig med liv på kort og lang sikt. Hjemmerespiratorer har gjort det mulig å leve lenge med manglende evne til å puste selv.

Tilsvarende har defibrillatorer transformert hjertestans fra å være et tegn på død til å bli en mulighet for liv. Dialysemaskiner har forvandlet nyresvikt fra å være en akutt dødelig tilstand til å bli en kronisk tilstand man kan leve lenge og ganske godt med.

Da respiratorbehandling og annen livsoppretholdende behandling gjorde det mulig å holde personer «i live» nærmest «uendelig», kom også spørsmålet om når behandlingen var nytteløs og skadelig. Forlenget man dødsprosessen og plaget menneskene? Når er det rimelig at «folk skal få slippe»?

Med så mange behandlingsmuligheter vil mennesker ikke lenger dø av grunnsykdommen, men av komplikasjoner av behandling. Lungebetennelse ble tidligere kalt «den gamle manns venn» fordi den lot ham dø. Antibiotikabehandling kan fjerne denne muligheten. Hva blir da den gamle manns venn?

Her er kanskje ikke helsepersonell til stor hjelp.

Mange vil synes det er enklere å opprettholde livsprosessene fordi man ikke ønsker å ta de vanskelige valgene. Skrøpelige og sårbare sykehjemspasienter kjøres til dialyse flere hundre kilometer tre ganger i uken uten at de er spurt om de ønsker dette. Samtalen er vanskelig, og man antar at personen og pårørende ønsker behandlingen. Dessuten vil både pasienter, pårørende og helsepersonell kunne føle at man må benytte mulighetene når de finnes. Det kalles gjerne mulighetenes imperativ. Når slike mekanismer gjør seg gjeldende, kan man gjøre mer skade enn nytte.

Med teknologiens muligheter til å forlenge livet kom også ansvaret for døden. Teknologiens muligheter har derved gjort det som tidligere var skjebne og sjanse til vårt valg og vårt ansvar. Spørsmålet er om vi er godt rustet til å ta slike valg og til å bære ansvaret. Har vi blitt teknologiske kjemper og etiske dverger?

### TEKNOLOGIEN DEFINERER DØD

Ved å viske ut eller forskyve skillet mellom liv og død bidrar teknologien også til å (re)definere døden. Tidligere «åndet man ut». Man var død når man sluttet å puste. Som vi har sett, har respiratoren endret dette tradisjonelle kriteriet for død. Da vi oppdaget at vi kunne holde personer «i live» også etter at de sluttet å puste selv, oppsto et behov for å definere når «nok var nok», altså når det var nytteløst eller meningsløst å fortsette, eksempelvis ved såkalt irreversibel koma. Dette ga grobunn for definisjonen av «hjernerødskriteriet». Og «hjernerød» skulle verifiseres ved angiogram – røntgenundersøkelse med kontrast, altså ved hjelp av teknologi.

Slik vil nye teknologier også i fremtiden kunne bidra til å utvide mulighetene for å opprettholde liv og skape behov for å endre kriteriene for død. På den ene siden vil nye teknologier som gjør det mulig å opprettholde livsviktige funksjoner gjøre

«Helsepersonell har blitt et «presteskap i hvite kapper» som forretter den siste teknologi.»

- ▶ det nødvendig å presisere dødkriteriene for å unngå unødig «livsopprettholdende behandling» eller «plagsom og skadelig forlengelse av dødsprosessen».

På den annen siden kan nye teknologier som klarer å skille mellom hvilke tilfeller der behandling har en hensikt, fra tilfeller der den er hensiktsløs, gi nye definisjoner av død. Dersom eksempelvis MR klarer å påvise mikrosirkulasjoner i hjernen som gjør det mulig å redde personer som tilfredsstillende «hjernerødskriteriet», vil dette kunne tas inn i dødsdefinisjonen. I tillegg vil behovet for å avklare og regulere uttak av organer for transplantasjon (som også er et teknologisk anliggende) bidra til endringer av dødsdefinisjoner. Man snakker da eksempelvis om «hjertedød».

Teknologiens muligheter for å opprettholde liv gir oss vanskelige valg om når det er riktig å avslutte behandling. Dette krever en klar definisjon av død, som ofte også gjøres ved hjelp av teknologi.

Teknologien får derved en dobbel rolle: Den flytter grensene for liv samtidig som den definerer døden. Et viktig spørsmål er da om det er teknologiens muligheter som styrer disse prosessene eller om det er våre verdivalg – våre oppfatninger av hva som er et godt liv og en god død. Det er en fare for at vi går i en felle der vi tenker at mer (liv) er bra, men det er en feilslutning der vi forveksler kvantitet med kvalitet.

#### **NÅR DØDEN IKKE ER ENDELIG**

En annen form for teknologi som utfordrer og påvirker vår oppfatning av død, er såkalt kryopreservering. Mennesker som er døde eller som forventes å dø innen kort tid, fryses ned, slik at de kan tines opp igjen senere. Det kan skje når man har mer kunnskap og teknologi til å bringe dem tilbake til livet eller til å bringe dem over i nye livsformer, for eksempel å laste innholdet i hjernen deres ned på datamaskiner eller liknende. Noen hundre mennesker på verdensbasis er allerede frosset ned, og mange tusen betaler årlig for at de skal fryses ned når de dør.

Mange tenker trolig at dette er et marginalt fenomen som ikke påvirker helsepersonell. Men det er klart at forutsetningen for at ordningen fungerer er at helsepersonell bidrar på en eller annen måte. Dessuten er det et interessant eksempel på at vi ikke vil godta døden og at vi har en sterk tro på fremtidens teknologi.

#### **DØDENS TEKNOLOGI**

Mens teknologien brukes til å unngå døden, brukes den også til å avslutte livet.

Hvis vi holder våpen utenfor, finnes det fortsatt en lang rekke teknologier for livsavslutning. Utøvelse av dødsstraff forutsetter bruk av teknologi. Giljotinen er erstattet med den elektriske stol og giftinjeksjoner. Eutanasi og legeassistert selvmord



forutsetter også bruk av medikamenter som ellers brukes til helsefaglige formål. Teknologien brukes altså ikke bare for å utsette eller unnfly døden, men også til å fremkalle den.[1]

Også her reises spørsmålet om hvilke kriterier som skal gjelde når teknologi brukes til å avslutte liv. Hvor sikker må man være på at personen foretar et fritt og informert valg (ved eutanasi og lege-assistert suicid)? Hvilke tilstander skal dette brukes for, om det skal tillates? Kan det gjøres på barn? Skal helsepersonell bidra, eller kan det overlates til filosofer og advokater? Igjen reiser teknologiens muligheter vanskelige etiske spørsmål.

### **FRYKTEN FOR DØDEN OG TROEN PÅ KONTROLL**

Med de mange nye teknologiske mulighetene for diagnostikk og monitorering kan vi få kunnskap om en rekke tilstander som potensielt kan lede til sykdom og død. Vi undersøker, overvåker og fjerner en rekke risikofaktorer. Vi screener for høyt blodtrykk, kolesterol og forstadier til kreft. Vi fjerner polypper i tarmen for å forebygge tarmkreft.

Også slik skyver vi døden fra oss. Men tenker vi nøye på hvilke følger dette kan få? Ingen tester er perfekte. Enkelte vil få falske positive testsvar og måte gjennomgå nye undersøkelser og kanskje unødig og potensielt skadelig behandling. Andre blir oversett (falsk negative). Andre igjen vil bli overdiagnostisert og overbehandlet. Det vil si at testen er korrekt, men tilstanden man har oppdaget ville ikke ha utviklet seg til sykdom eller død om den var forblitt uoppdaget. Man ville ha dødd med tilstanden og ikke av den. Da tror vi at vi er reddet av teknologien, mens den i virkeligheten har påført oss unødig skade. Mange kvinner tror for eksempel at de er reddet fra brystkreft og død, mens de er gitt en diagnose og behandlet helt unødvendig.[2]

I iveren etter å teste og la oss teste ligger det en forestilling om at vi kan unngå sykdom og død om vi bare har kunnskap og kontroll. Samtidig gir forestillingen om kontroll også et ansvar. Vi oppfatter det som et nederlag om en person dør. Da har vi ikke gjort vårt ytterste. Problemet er at vi da gjør oss til offer for mulighetenes imperativ. Da avledes vi fra å tenke gjennom hvorfor vi skal bruke mulighetene – hva som er hensikten, det vil si: hva som er våre mål og verdier.

### **DØDENS RITUALER OG DERES PROFESJONER**

Gjennom sin fortrenning av døden (og definisjon av døden) har teknologien også endret dødens ritualer. Tidligere døde de aller fleste hjemme med sine nærmeste rundt seg. I dag dør de fleste på sykehus eller andre pleie- og helseinstitusjoner. Mange dør tilkoplede slanger og ledninger og dødsritualene blir knyttet til til- og frakopling av teknologi. Mens vi tidligere kunne si at en person døde «mett av dage», «av elde» eller at han døde «en naturlig død», må vi i dag finne en merkelapp i ICD-10 eller andre klassifiseringssystemer for å grunnngi personens død. Døden har blitt noe unaturlig – den er uttrykk for at noe har sviktet, et nederlag. Slik har døden blitt medikalisert.[3]

Teknologien har derved styrt vår oppfatning av døden fra å være noe helhetlig til å bli noe differensiert. Fokus på død i biologisk forstand har trukket oppmerksomheten fra dødens mentale, emosjonelle, sosiale og kulturelle karakter. Å gi en god avslutning på livet blir et spørsmål om prosedyrene er fulgt mer enn om personen har fått tatt farvel med sine nærmeste.

I dette har helsepersonell blitt «det nye presteskap» og et «presteskap i hvite kapper» som forretter den siste teknologi. Er dette en rolle man er komfortabel med? Er man godt nok skolert?

## HVA HAR TEKNOLOGIEN GJORT MED DØDEN?

Som vi har sett har teknologien flyttet grensene mellom liv og død. Dette har gitt oss noen etiske utfordringer, blant annet med å avgjøre når vi skal gripe inn og ikke – og når vi skal avslutte behandling. Dermed har vi også fått et ansvar. Det som før var avgjort av «naturen» eller «skjebnen», hviler nå på våre skuldre. Helsepersonell må sette grenser i behandlingsvalg hver dag, men også for hva som er «liv laga». Behovet for å sette grenser for helse-tjenestens aktiviteter har tvunget oss til å definere døden – også her ved hjelp av teknologiske kriterier.

I tillegg definerer teknologien rommet for død. Døden foregår innenfor den teknologisk definerte

klassifisering av sykdom. Man dør ikke av elde, men av en sykdom. Spørsmålet er om vi i vår iver etter å temme døden mister meningen med livet. ▼

[1] Det kan synes paradoksalt at vi så sterkt bestreber oss på å holde døden unna, men når den først nærmer seg, så vil vi bestemme selv. Paradokset løser seg delvis dersom man ser på hvilken kontrolltankegang som ligger bak begge tilnærningene.

[2] Dette kan være helt akseptabelt om man mener at fordelene ved å unngå brystkreft oppveier ulempene med overdiagnostikk og overbehandling. Her vil kvinner tenke ulikt.

[3] Medikalisering er å gjøre et område som tidligere ikke har vært et helsefaglig anliggende, slik som sorg, forelskelse eller død, til en medisinsk sak.

ANNONSE

**Ofev**  
Boehringer Ingelheim  
Antineoplastisk middel, proteinkinasehemmer.  
ATC-nr.: L01X E31

**KAPSLER, myke 100 mg og 150 mg:** Hver kapsel inneholder: Nintedanib (som esilat) 100 mg, resp. 150 mg, soyalecitin, hjelpestoffer, Fargestoff: Titandioksid (E 171), gult, rødt og sort jernoksid (E 172).<sup>1</sup>

**Indikasjoner:** Behandling av idiopatisk lungefibrose (IPF) hos voksne.

**Dosering:** Behandling skal initieres av lege med erfaring innen diagnose og behandling av IPF.

**Voksne:** Anbefalt dose 150 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Anbefalt daglig dose må ikke overskrides. Bivirkninger håndteres ved symptomatisk behandling, dosereduksjon og midlertidig behandlingsavbrudd, inntil aktuell bivirkning tillater fortsatt behandling. Behandling kan gjenopptas med full eller redusert dose på 100 mg 2 ganger daglig. Dersom redusert dose ikke tolereres, bør behandlingen seponeres. Ved avbrudd pga. økt ASAT/ALAT >3 øvre normalnivå, kan behandlingen gjenopptas med redusert dose (100 mg 2 ganger daglig) når transaminaseverdiene har retunert til utgangsnivået. Denne dosen kan etter hvert økes til full dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt leverfunksjon: Nedsatt leverfunksjon: Anbefalt dose ved lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A) er 100 mg 2 ganger daglig med ca. 12 timers mellomrom. Behandlingsavbrudd eller seponering bør vurderes for håndtering av bivirkninger. Anbefales ikke ved moderat og alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh B og C). Nedsatt nyrefunksjon: Justering av startdosen er uunnvendig ved lett til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ingen data ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (ClCR <30 ml/minutt). Barn og ungdom: Ingen data. Eldre: Ingen justering av innledende dose kreves.

**Administrering:** Bør tas til samme tid hver dag. Skal tas med mat, dvs. under eller straks før eller etter et måltid. Skal svelges hele med vann. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene, peanøtter eller soya.

**Forsiktighetsregler:** Gastrointestinale sykdommer: Første tegn på diaré bør behandles med hydrering og antidiarøika, som loperamid. Støttebehandling med antiemetika bør gis ved kvalme og oppkast. Behandlingsavbrudd eller dosereduksjon kan være nødvendig. Behandlingen kan gjenopptas med redusert eller full dose. Ved vedvarende, alvorlige symptomer bør behandlingen seponeres. Lever: Transaminase- og bilirubin-

nivåer skal måles før behandlingsoppstart og overvåkes under behandling. Behandlingsavbrudd, dosereduksjon eller seponering kan være nødvendig ved økte leverenzymnivåer. Behandlingen skal seponeres permanent ved kliniske tegn eller symptomer på leverskade. Blødning: VEGFR-hemming kan være assosiert med økt blødningsrisiko. Pasienter med kjent risiko for blødning, inkl. pasienter som er arvelig predisponert for blødning eller som får full dose antikoagulantia bør kun behandles med nintedanib hvis forventet fordel oppveier potensiell risiko. Tilfeller av blødning er rapportert etter markedsføring. Tromboemboliske hendelser: Basert på virkningsmekanismen, økt risiko for tromboemboliske bivirkninger. Forsiktighet må utvises ved forhøyet kardiovaskulær risiko, inkl. kjent koronarsykdom. Behandlingsavbrudd bør vurderes ved tegn eller symptomer på akutt myokardiskemi. Gastrointestinal perforasjon: Kan gi økt risiko for gastrointestinal perforasjon, og behandling bør seponeres permanent ved en slik utvikling. Hypertensjon: Kan øke blodtrykket. Blodtrykk skal måles jevnlig og som klinisk indisert. Sårtilheling: Kan svekke sårtilheling. Ved perioperativt avbrudd kan behandling gjenopptas etter klinisk vurdering av adekvat sårtilheling. Soya: Inneholder soya. Peanøttallergikere kan ha økt risiko for alvorlige allergiske reaksjoner på soyapreparater.

**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Nintedanib er et P-gp-substrat. Samtidig bruk av potente P-gp-hemmere kan øke nintedanibeksponeringen. Pasienten bør overvåkes nøye, og behandling av bivirkninger kan kreve avbrudd, dosereduksjon eller seponering av nintedanib. Potente P-gp-induktorer kan redusere nintedanibeksponeringen. Valg av alternativt legemiddel med ingen eller minimale P-gp-induserende egenskaper, bør overveies.

**Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Graviditet: Kan gi fosterskade. Dyrestudier har vist reproduksjonstoksisitet. Data fra gravide mangler. Graviditetstest bør utføres før behandling. Skal ikke brukes under graviditet. Hensiktsmessig prevensjon bør brukes under behandling og i minst 3 måneder etter siste dose. Barriereprevensjon bør brukes som tilleggsprevensjon. Amming: Små mengder utskilles i melk hos rotter. Risiko for diende spedbarn kan ikke utelukkes, og amming skal frarådes. Fertilitet: Ingen tegn på nedsatt mannlig fertilitet basert på prekliniske data. Ingen data for effekt på kvinnelig fertilitet.

**Bivirkninger:** Bivirkninger: Svært vanlige (≥1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme, abdominalsmerter. Lever/galle: Økte leverenzymmer. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Oppkast. Hjerne/kar: Blødning. Lever/galle: Økt ALAT, ASAT og GGT. Stoffskifte/ernæ-

ring: Vekttap, nedsatt appetitt. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Trombocytopeni. Gastrointestinale: Pankreatitt. Hjerne/kar: Hypertensjon. Lever/galle: Hyperbilirubinemi, økt ALP. Ukjent frekvens: Lever/galle: Legemiddelindusert leverskade.

**Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Økte leverenzymmer og gastrointestinale symptomer. Behandling: Behandling bør avbrytes, og støttebehandling igangsettes ved behov. Se Giftinformasjonens anbefalinger for proteinkinasehemmere L01X E side c.

**Egenskaper:** Virkningsmekanisme: Hemmer aktivering av FGFR- og PDGFR-nedstrømssignaler som er særlig involvert i proliferasjon, migrasjon og differensiering av lungefibroblaster/myofibroblaster. Absorpsjon: T<sub>max</sub> ca. 2-4 timer under ikke-fasteende forhold. Steady state nås senest 1 uke etter doseringsstart. Systemisk eksponering øker med ca. 20% når gitt samtidig med mat, sammenlignet med faste. Proteinbinding: Ca. 98% in vitro, i stor grad til serumalbumin. Halveringstid: Terminal t<sub>1/2</sub> ca. 10-15 timer. Metabolisme: Primært ved hydrolytisk esterasespalting, deretter glukuronidering vha. UGT-enzymmer. Utskillelse: Hovedsakelig via feces/galle (93,4%). Fullstendig utskilt etter 4 dager.

**Sist endret:** 19.01.2017  
(priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag)  
**Basert på SPC godkjent av SLV:** 02.09.2016

**Ofev, KAPSLER, myke:**

Styrke	Pakning Varenr.	Refusjon <sup>1</sup> Byttegruppe	Pris (kr) <sup>2</sup>	R.gr. <sup>3</sup>
100 mg	60 stk. (blistre) 197927	-	14125,00	C
150 mg	60 stk. (blistre) 484271	-	28206,90	C

- Gjelder forhåndsgodkjent refusjon. For informasjon om individuell stønad, se HELFO.
- Pakninger som selges uten resept er angitt med stjerne \* i kolonnen Pris. Det er fri prisfastsettelse for pakninger som selges uten resept, og maksimal utsalgspris kan derfor ikke angis.
- Reseptgruppe. Utleveringsgruppe.

## OFEV® (NINTEDANIB) ER INDISERT HOS VOKSNE TIL BEHANDLING AV IDIOPATISK LUNGEFIBROSE (IPF).<sup>1</sup>

Hvis du ønsker ytterligere opplysninger om OFEV® gå til ofev.no

### TEGN OG SYMPTOMER PÅ IPF:

#### BLI MISTENKSOM

Pasienter med IPF kan ha uspesifikke symptomer<sup>2,3</sup>



Uforklart, kronisk belastningsdypné



Tørrhoste

#### GJØR EN UNDERSØKELSE

En fysisk undersøkelse og innledende prøver kan gi kliniske indikasjoner som bidrar til å diagnostisere IPF<sup>3,4</sup>



Knatrelyder basalt i lungene ved auskultasjon



Restriktivt respirasjonsmønster ved lungefunksjonstester



Urglassnegler

#### SETT DIAGNOSE

En utredning hos lungespesialist er nødvendig for diagnostisering av IPF. Utelukkelse av andre kjente årsaker til en interstitial lungesykdom (ILD) er nødvendig<sup>4</sup>



En detaljert anamnese kan bidra til å utelukke ILD-er med kjent årsak.



Et mønster for vanlig interstitiell pneumoni (UIP), som kan karakteriseres av bikakemønster på HRCT, er påkrevd for diagnose.



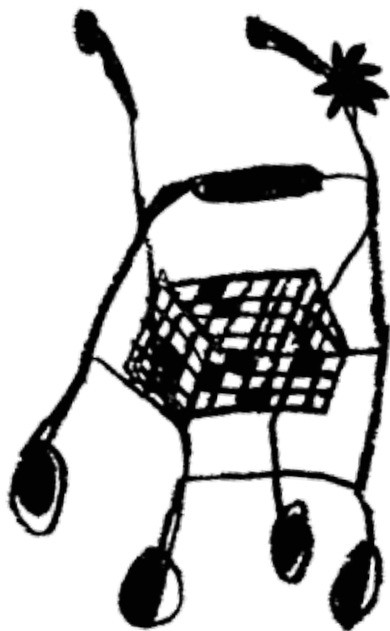
Funn av UIP-endringer på lungebiopsi kan være nødvendig for diagnose hvis HRCT-resultatene er uklare.

**Referanser:** 1. OFEV® Preparatomtale (SPC, pkt 4.2). Oppdatert 09.01.2017. 2. Lamas DJ, Kawut SM, Bagiella E, et al. Delayed access and survival in idiopathic pulmonary fibrosis: a cohort study. Am J Respir Crit Care Med. 2011;184(7):842-847. 3. Kekevan, A., M.E. Gershwin, and C. Chang. Diagnosis and classification of idiopathic pulmonary fibrosis. Autoimmun Rev. 2014. 13(4-5): p. 508-12. 4. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al; on behalf of the ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. Am J Respir Crit Care Med. 2011;183(6):788-824.

# Jeg vil ikke vente og se

Vi er ikke redde for å snakke om døden.  
Men legene holder ofte tilbake.

Av **Caroline Boda Sakariassen**, sykepleier



Som sykepleier har jeg all min erfaring fra eldreomsorgen. Mitt møte med døden har vært et trygt møte.

Jeg har ikke blitt redd for å dø når jeg blir gammel. Jeg har omsorgsfulle kollegaer som yter god pleie og omsorg ved livets slutt. Kompetente sykepleiere som lindrer, trøster og handler.

## **FORSKJELLIGE PERSPEKTIVER**

Når en person flytter inn til oss og skal tilbringe siste del av livet her, er det også hos oss vedkommende dør. Det å skulle møte døden for beboer og pårørende fordrer at vi skaper en god dialog rundt dette temaet. Men utfordringene kan starte allerede ved innkomst.

Som sykepleiere er vi ikke redde for å snakke om døden, vi er ikke redde for å snakke om HLR-status eller livsforlengende behandling. Det er ofte legene som holder tilbake. Legene som bare vil godt, men som gjerne vil behandle. Jeg har mange ganger merket en «kulturkrasj» mellom sykepleier og lege når det kommer til dette temaet. Som sykepleiere handler vi ut fra et omsorgsperspektiv, og legen handler ut fra et behandlingsperspektiv. Legen vil gang på gang behandle en urinveisinfeksjon, en lungebetennelse eller sende til sykehuset for mer intensiv antibiotikabehandling. De kan vegre seg for å snakke om HLR-status

og livsforlengende behandling på innkomstsamtaler med pårørende. De vil vente og se.

Vi sykepleiere vil ikke vente og se, vi vet hvordan livet på institusjon for den gamle og sårbare er. Det å leve i evig forvirring i sin demensdiagnose. Hvordan kroppen sakte, men sikkert forfaller, det kognitive svekkes mer og mer, hjertet og nyrer svikter stadig oftere.

Som sykepleier etablerer vi ofte nær kontakt med pårørende. Vi snakker, veileder, trøster og ler. Snakker om hvordan personen var før demensdiagnosen gjorde seg gjeldende, og hva som stadig er intakt av identitet og personlighet. Vi har de vanskelige samtalene om utfordrende atferd, nedsett matlyst og stadige fall. Legen vil vente og se. Vil kartlegge falltendensten, øke blodtrykksmedisiner eller hjertesviktmedisiner.

### NÅR ER MAN DØENDE?

Spørsmålet er: «Når er man døende?». Å stille denne «diagnosen» kan være vanskelig av mange grunner. Erfaring ligger ofte til grunn for å kunne stille denne diagnosen hos geriatrike pasienter. Ikke alle leger har denne erfaringen. Tilsynslegene har fått innvilget et visst antall timer til sykehjemsarbeid, og erfaring med døden er ikke lett å til egne seg på disse få timene.

Vi som er sammen med pasienten

nesten daglig og gjør våre observasjoner og registrerer funksjonssvekkelse, lærer oss raskt å se når det går mot slutten. Sakte, men sikkert ser vi små funksjonsfall, både fysisk og mentalt. Selvsagt skal vi også kartlegge somatiske tilstander i slike faser, som infeksjoner eller smerte. Men ofte ser vi at funksjonsnivået faller sakte, men sikkert. Og noen ganger må vi la være å behandle infeksjoner.

Da jeg begynte å jobbe i eldreomsorgen, husker jeg det ofte ble sagt: «Lungebetennelse er den gamles beste venn.». Kanskje ligger det noe i dette. Vi overbehandler. Dette er muligens en sterk påstand, men jeg mener vi overbehandler.

### BEHANDLINGSPLAN

Det å tidlig etablere en behandlingsplan gjør oss tryggere. Både oss som helsepersonell, men også de pårørende. Å skulle ta stilling til livsforlengende behandling og eventuell sykehusinnleggelse sånn plutselig, kan være vanskelig for mange pårørende. Ved å diskutere ønsker om behandling og den eldres totale helsetilstand tidligere i forløpet, kan man ha realistiske forventninger til levetid, til håp og til fremtiden. Men legen vil vente og se.

Kanskje er ikke alle leger slik, men vi som tilbringer mye tid med pasientene har gjerne et litt annet perspektiv enn legene. Vi har et omsorgsperspektiv hvor vi ser den daglige

«Det å tidlig etablere en behandlingsplan gjør oss tryggere.»

lidelsen, det daglige strevet, forvirringen og angsten. Legen vil gjerne behandle etter beste evne.

### METT AV DAGE?

Men når er det nok? Dette er et komplekst spørsmål. Det involverer medmenneskelighet, etikk, faglige vurderinger og omsorg.

Vi ser på døden som en venn for den gamle. Vi setter i gang lindrende tiltak som munnstell, lett kroppsvask og skift, lindrer smerte, surkling og uro. Legene må ofte overtales litt for å sette i gang med terminalmedikasjon. Noen ganger spør de etter CRP, temp, blodtrykk, puls og om vi skal sette i gang væskebehandling. Vi prøver høflig å avslå og ber dem komme på legetilsyn, slik at de ser det vi ser. Lar naturen gå sin gang. Vi kan lindre og vi kan gi omsorg, så vel til pårørende som til beboerne.

Å snakke om og å møte døden skal ikke være skummelt, og for mange eldre med en alvorlig demensdiagnose er døden en befrielse. ▼

## Intensiv: Den siste dagen

Foto: Stig M. Weston



3/8



4/8

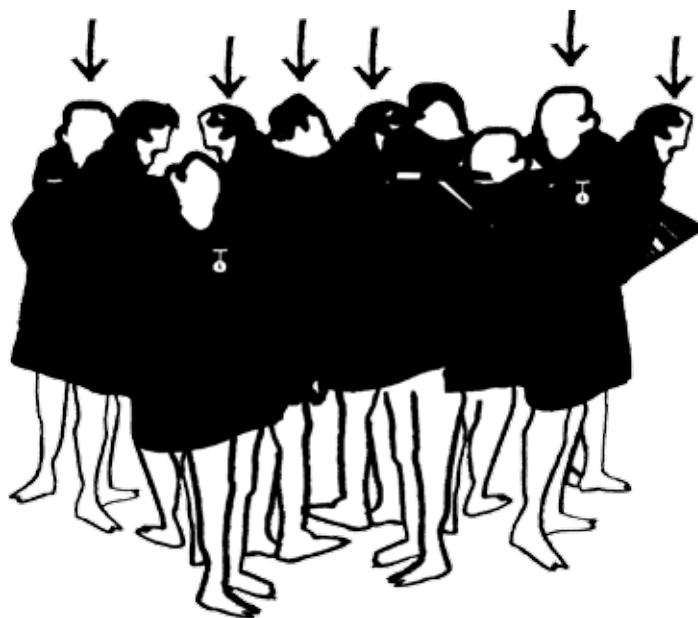


5/8

Seks av ti sykepleiere har gitt livreddende behandling de selv mente ikke ville være ønskelig eller gunstig for pasienten. Det viser Sykepleiens undersøkelse blant 1000 sykepleiere.

# Gjenoppliver mot bedre vitende

Tekst **Eivor Hofstad**, journalist





## HLR minus/HLR-



HLR minus, eller HLR-. Det lille minustegnet er alt som kreves for at en pasient ikke skal få livreddende behandling i form av hjerte- og lungeredning (HLR) når døden banker på.

### HLR innebærer vanligvis:

- Kraftige dunk i brystet.
- Utvendig hjertekompresjon.
- Innblåsing av luft i lungene.
- Stabilisering/stimulering av hjerterytme med elektrisk defibrillering.
- Medikamenter.
- Eventuelt trakealintubasjon og mekanisk ventilasjon.

Det hele er en nokså tøff behandling, særlig for et gammelt og alvorlig sykt menneske. At ribbeina knekker under kompresjonsbehandlingen, må man regne med.

### Dette er undersøkelsen:

- Sykepleien sendte en e-post-undersøkelse til 6 000 sykepleiere i januar 2017. Vi fikk svar fra 1141.
- Alle fylkene er representert
- 39 prosent jobber i kommunehelsetjenesten
- 38 prosent jobber ved lokal- eller regionssykehus
- 21 prosent jobber ved universitetssykehus
- 2 prosent jobber andre steder
- 82 prosent ble sykepleiere for over seks år siden

## Sykepleierne tar initiativ

Selv om det er lege som skal avgjøre om det skal settes HLR minusvedtak på en pasient, sier

**62%** 62 prosent av sykepleierne som har deltatt i Sykepleiens undersøkelse at sykepleier er den som oftest tar initiativ til å ta stilling til HLR-.

**27%** Bare 27 prosent sier at det er legen som tar initiativet.

**87%** De yngre skiller seg fra de eldre i dette spørsmålet. Blant dem under 25 år, er det 87 prosent som sier sykepleier tar initiativet, mens blant de eldre er det knapt 51 prosent som sier det samme.

## Handler mot egen overbevisning

Til tross for at sykepleierne sier de føler seg kompetente og at de oftere tar initiativ til HLR- enn legene, har likevel nesten seks av ti sykepleiere i undersøkelsen opplevd at en HLR-status har vært uklar og at det har blitt startet gjenoppliving eller andre akutt-tiltak, selv om de tror at det ikke ville være ønskelig eller gunstig for pasienten.

**52%** De kommunalt ansatte har opplevd dette i minst grad.

**67%** De ansatte ved universitetssykehus har opplevd det mest.

**80%** På intensivavdelinger er dette scenarioet vanlig. Der har over 80 prosent av sykepleierne vært med på gjenoppliving eller andre akutt-tiltak, selv om de mente det ikke var ønskelig eller gunstig for pasienten.

## Ønsker å dø, men blir behandlet

Over halvparten av respondentene har opplevd at pasienter med et uttalt dødsønske har blitt behandlet.

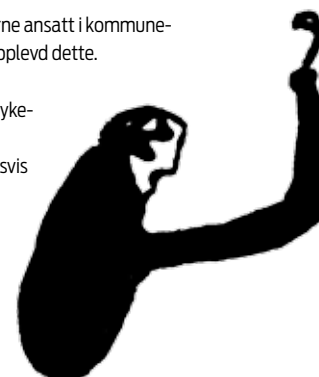
- 63% 63 prosent av disse har opplevd det som problematisk noen ganger, mens 32 prosent har opplevd det som problematisk hver gang. Det er liten forskjell i hvor sykepleierne jobber og hvor ofte de har opplevd at pasienter har blitt behandlet mot sin vilje. Men ser vi på de sykehusansatte, er det de på intensivavdelinger som har opplevd dette mest (over 64 prosent).
- 32%
- 64%



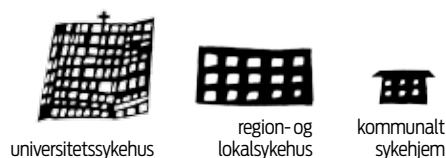
## Pårørende bestemmer over pasienten

Over halvparten har også opplevd at pårørendes ønsker om behandling eller ikke behandling har blitt lagt mer vekt på enn hva pasienten selv ønsker. Dette er særlig en problemstilling i kommunene.

- 68% 68 prosent av sykepleierne ansatt i kommunehelsetjenesten hadde opplevd dette.
- 45% Tallene for lokal/regionsykehusene og universitetssykehusene var henholdsvis 45 og knapt 42 prosent.
- 42%



## Kommunesykepleiere blir oftere hørt



	universitetssykehus	region- og lokalsykehus	kommunalt sykehjem
Mener at sykepleiere oftest tar initiativ til å sette HLR-	70%	55%	57%
Opplever å bli hørt når det skal tas viktige beslutninger om behandling av pasienter med kort livsutsikt.	47%	52%	73%
Er enig eller litt enig i at de har god kunnskap om kommunikasjon med alvorlig syke og deres pårørende.	87%	87%	94%
Har opplevd at en pasients HLR-status har vært uklar og det har blitt startet gjenoppliving selv om det, etter egen vurdering kanskje ikke ville være ønskelig eller gunstig for pasienten	58%	67%	52%
Opplever alltid eller ofte at leger og sykepleiere har ulik oppfatning av hva som er det beste for pasienten mot slutten av livet.	24%	18%	10%

## Legene utsetter den vanskelige samtalen

Sykepleierne kunne også fylle ut svarene sine med såkalt «fritekst». Her er noen av gjengangerne:

«Mange pasienter føler seg presset av pårørendes ønsker, mens pasientens ønsker ikke blir ivaretatt.»

«Pårørende forstår ofte ikke hvor syke pasientene er og legene bruker ikke nok tid på å informere pårørende.»

«HLR-status følger ikke med ved institusjonsbytter, for eksempel fra sykehjem til sykehus.»

«Pårørende presser fram behandling og legene gir etter og behandler, fremfor å la pasienten få en rolig og verdig død.»

«Legene behandler pårørende fremfor pasienten. Det blir lagt tid til lidelse i stedet for at det blir tid til livet.»

«Vaktlege vil ikke ta stilling til HLR eller visittlegen utsetter den vanskelige samtalen. Til slutt er det ingen som har tatt den.»

Les mer om hva sykepleierne svarte i undersøkelsen på side 110.

Og så var det den om sykepleieren som var så lei av legen som aldri ga seg med hjerte- og lungeredningen. Til slutt sa hun tørt: «Ja, får du liv i denne, går jeg ned i lik-kjelleren og henter én til!»

# Om leger, død og overbehandling

Tekst **Eivor Hofstad**, journalist

Vitsen om den gjenopplivingsglade legen og den irriterte sykepleieren er muligens en overdri- velse. Men flere sykepleiere i Sykepleiens spørreundersøkelse mener at legene går for langt i å behandle, og for ofte gir etter for pårørende som ønsker mer behandling. (Se også side 110.)

## **DEN LILLE FORSKJELLEN**

Lege Reidun Førde er professor ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Før har hun jobbet på indremedisinsk avdeling og i

allmennpraksis, og hun kjenner seg godt igjen i spørreundersøkelsen.

– Både forskning og arbeid i de kliniske komiteene støtter funnene i Sykepleiens undersøkelse. Det er etisk og juridisk problematisk at pårørende blir beslutnings- takere. Det fører til overbehandling. Dess- uten skal de ikke ha den rollen, sier hun.

– *Tenker leger og sykepleiere ulikt om disse tingene?*

– Leger blir nok preget av at de har større ansvar for beslutningene som blir tatt, mens sykepleierne har det enklere siden de ikke har hånden på knappen.

## **LEGER OG SYKEPLEIERE SAMMEN**

Morten Horn er overlege ved nevrologisk avdeling ved Oslo universitets- sykehus, Ullevål. Han ser også at pasi- enter noen ganger overbehandles fordi pårørende presser på, men er overras- ket over å se dette presentert som en «lege versus sykepleier»-sak.

– Min erfaring er at dette er et felt hvor leger og sykepleiere ofte står sammen, og hvor det særlig kan være de pårørende som er «motparten», sier han og utdyper:

– Det er viktig å tenke på at én del



«Det er etisk og juridisk problematisk at pårørende blir beslutningstakere.» Reidun Førde, lege og professor

av pårørende-rollen nettopp er å være en pådriver for at pasienten skal få behandling. Det er krevende, og ikke nødvendigvis riktig, for pårørende å ta initiativ til «å legge inn årene». Den bora – som kan være tung – er det særlig vi helsearbeidere som har et ansvar for å bære. Ikke minst legene.

#### **LETT Å SE, TYNGRE Å BESLUTTE**

Han mener det kan være lett å se at en pasient bør få slippe mer aktiv behandling, men tyngre å fatte beslutningen om at dette faktisk skal skje, med store konsekvenser for pasienten.

– Spesielt gjelder det hvis de pårørende presser på. Det er ikke vanskelig å forstå at leger kvier seg for å ta dette skrittet – spesielt ved avgjørelser som krever at du skal skrive under fullt navn i journalen at pasienten skal få dø dersom hjertet stopper. Likevel – dette er vårt ansvar som leger. Det er viktig at vi ikke abdiserer fra dette ansvaret, at vi føler tyngden av det, sier Horn.

#### **OVERBEHANDLER VED FAGLIG USIKKERHET**

Han understreker også at det er viktig

for legen med tverrfaglig støtte når slike avgjørelser skal fattes.

– At sykepleierne tydelig signaliserer at nok er nok kan være en kraftig stimulus for legen til å ta fatt på den tunge oppgaven.

Samtidig påpeker han at legens beslutning må bygge på en solid faglig vurdering.

– Min oppfatning er at legestyrte overbehandling, som jeg selv har bedrevet, i stor grad skyldes faglig usikkerhet rundt diagnose, behandling og prognose. Er man faglig sett i tvil, er det kanskje ikke så galt at man nøler med å velge døden framfor livet.

#### **UKLAR HLR-STATUS**

Flere deltakere i Sykepleiens undersøkelse nevner at HLR-status er manglende når pasienten skifter nivå, for eksempel ved overflytting fra sykehjem til sykehus.

– Er det et vanlig problem?

– Ja, dette er noe Maria Romøren nylig har dokumentert i en artikkel i Tidsskriftet for Den norske legeforening, sier Reidun Førde.

Hun tror sykepleierne har et større behov for å ha avklart HLR-status siden de

står mer alene med pasienten og risikoen er større for at de er der når det skjer noe.

– Hvorfor endres ikke bare rutine- ne så HLR-status overleveres ved slike forflytninger?

– Det er pussig at det ikke finnes bedre rutiner for dette i vår digitaliserte tidsalder. De ulike datasystemene ved ulike tjenestenivåer snakker for dårlig med hverandre. Vi kunne rigget oss betydelig bedre til!

– Hva kan gjøres for at det skal bli bedre?

– Noen av oss holder foredrag for helsepersonell så vi blir helt hese og prøver så godt vi kan å bidra til forandring, men ting drar i motsatt retning, sier Førde.

– Som hva da?

– Legene har dårlig tid, spesielt sykehjemsleger har lave stillingsbrøker. Men paradoksalt nok fører all overbehandling til at man gjør for mye og får enda dårligere tid, sier hun.

#### **HLR-STATUS ER FERSKVARE**

Morten Horn ser mye nytte av å overføre refleksjoner og erfaringer fra ett nivå til neste, men synes man skal være

► varsom med å overføre direkte en vurdering mellom nivåer eller institusjoner.

– HLR-status bør være ferskvare. Den må også forstås i den kliniske konteksten hvor den fattes. Den som til enhver tid har ansvaret for pasienten, må gjøre seg opp en mening om dette.

Han har mer tro på at epikrisen utformes som et virkelig arbeidsredskap for den som skal overta stafettspinnen, og er skeptisk til å omdefinere journalen som «pasientens eiendom».

– Jeg frykter at man reduserer dens nytte som helsearbeidernes arbeidsredskap.

– Skal ikke pasienter ha innsyn i sin egen journal?

– Jo, selvsagt. Men vurderinger om HLR- kan fortone seg som veldig brutale når de står svart på hvitt. Da kan det bli mer fristende å skrive slikt «mellom linjene», med den risiko at viktig informasjon kan gå tapt.

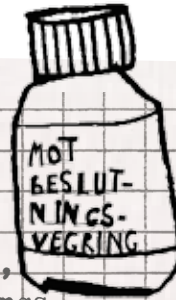
Horn synes sykehuslegen ideelt sett burde ringe fastlegen eller sykehjemslegen og slå av en prat, rundt pasienter som overflyttes.

– Det ville løst mange problemer, kanskje til og med også vist seg kost-nytteeffektivt. Men jeg tror det sitter langt inne, dessverre.

#### LÆRER LITE OM DØDSPROSESSEN

Da den indisk-amerikanske kirurgen og forfatteren Atul Gawande (51) var nyutdannet, fikk han sjokk da det gikk opp for ham at legevitenskapen kan tape mot døden. Selv om han er sønn av to leger, hadde han selv aldri sett noen dø.

Han hadde lært en haug av ting



De lærde strides, man kan behandle, beslutningsvegring gjør at man går videre.

han kom på akuttmottaket, gikk han i stans – og ble gjenopplivet. Pasienten slet med smerter i ribbein, etc. i ukesvis etterpå – og sa flere ganger at han skulle ønske at personalet på sykehuset ikke starter HLR.

Forsøk på gjenopplivning på en ny pasient på døgnnet, der det var vanskelig å manøvrere i journal i akuttsituasjon. HLR minus ble oppdaget etter pasientens død.

Akuttsituasjon, startet resuscitering da man ikke hadde opplysninger tilgjengelig nok

**Forhastede beslutninger tas.** Eksempelvis en pasient på sykehjem med KOLS grad 4, 86 år. Får respirasjonsstans på sykehjemmet, tubes og hentes med luftambulansse. Kjøres 20 mil til nærmeste sykehus, langt fra pårørende. Burde vært tatt stilling til HLR status på sykehjemmet. Da kunne han sluppet en brutal slutt på livet.

En pasient som hadde vært dårlig over tid, der lege ville sette i gang antibiotika behandling. Pasienten var ikke kontaktbar, begynte vise å tydlige tegn på marmoreing på bl. annet beina som utviklet seg mens jeg stod og argumenterte med at pasienten var døende.

Pasienten hadde ofte gitt uttrykk for at pasienten ville dø, men når pasienten blir bevisstløs foreligger det ikke klarhet i forhold til HLR minus og gjenoppliving ble igangsatt. Det gunstig-

En pasient ble sendt på sykehus etter at han (hos oss på rehab i kommunen), hadde sagt at han ikke ønsket å gjenopplives hvis hjertet hans skulle stoppe. Idet

HLR! for pasienten som ikke senere samme døgn, var på akuttmottaket hadde fått sovne stille inn.

Uttalelsene er hentet fra spørreundersøkelsen omtalt på s. 110.

«Er man faglig sett i tvil, er det kanskje ikke så galt at man nøler med å velge døden framfor livet.» Morten Horn, overlege



Foto: Ram Gupta

under medisinstudiet, men dødelighet og prosessen rundt døden var ikke en av dem. Han visste riktignok teoretisk at pasientene kunne dø.

«Men hver gang noen døde i virkeligheten, virket det som en forbrytelse, som om reglene jeg trodde vi spilte etter, var blitt brutt», skriver han i boka Å være dødelig.

Reidun Førde har boka på skrivebordet sitt.

– Jeg vil anta at legestudentene lærer lite om dødsprosessen i dag også. Vi hører jo om leger som går fort forbi rommene der noen er i ferd med å dø, sier hun.

– Hva burde de ha gjort?

– De burde gått inn, gitt adekvat symptomlindring og snakket med pårørende.

#### – KUNNE HATT BEDRE UNDERVISNING

Morten Horn sier det godt kan tenkes at Gawande har et poeng om selve studieplanen for medisinstudiet.

– Jeg tok en gang legestudentene med for å undersøke en ung pasient som var hjernedød, som skulle bli organdonor. Jeg husker at noen av studentene ble veldig opprørt. De fortalte meg at de hittil i studiet aldri hadde

møtt pasienter som var virkelig dårlige og skulle dø.

Horn tror legestudentene møter virkeligheten raskt i turnus og tidlige assistentlegeår.

– Men vi kunne absolutt bidratt til en bedre dødsomsorg gjennom systematisk undervisning om dette i medisinstudiet. Det hadde vært fint om flere leger hadde et indre bilde av hva som var et «optimalt» dødsleie, visste hvilke medikamenter og andre tiltak man har å spille på og kjente lovverket og sentrale etiske prinsipper rundt behandlingen av døende.

#### DRØMTE OM PASIENTENES LIK

Den nyutdannede Atul Gawande var for reservert til å gråte da han opplevde sine første dødsfall. I stedet drømte han om dem. Det var tilbakevendende mareritt:

«Jeg fant likene av mine pasienter i huset mitt – i min egen seng. «Hvordan havnet han her?», spurte jeg meg selv i panikk», skriver han.

Gawande visste at han ville få store problemer, kanskje bli buret inne, hvis han ikke fikk liket tilbake til sykehuset uten å bli oppdaget.

«Jeg forsøkte å løfte det inn i bilen, men

det var for tungt. Eller hvis jeg klarte å få det inn, oppdaget jeg at blodet silte ut som svart olje og oversvømte bagasjerommet. Noen ganger fikk jeg faktisk fraktet liket til sykehuset og lagt det over på en bære. Jeg trillet det nedover korridorene, på forgjeves jakt etter rommet der personen hadde ligget. «Hei, du der!», ropte noen og begynte å jage meg», skriver han.

Så våknet han opp ved siden av kona si, klam og med galopperende hjerte. Han følte at han hadde tatt livet av disse menneskene.

#### DEN LETTE VANSKELIGE SAMTALEN

Reidun Førde har ikke hørt om andre leger som har drømt om sine første døde pasienter.

– Men jeg hadde mareritt en gang etter at det hadde vært skuespill rundt senga til den døende. Ingen snakket ordentlig sammen før døden inntraff. Det plaga meg at vi ikke fikk til en god samtale, sier hun.

Førde mener overbehandlingen ved uklar HLR-status kunne vært unngått hvis man bare snakket med pasientene tidsnok.

– De aller fleste setter pris på en slik samtale, så det er egentlig lett å ta den. ▶

- ▶ Det viser en undersøkelse jeg har vært med på, sier professoren.

Hun og Pål Friis ved medisinsk avdeling på Sørlandet sykehus i Kristiansand snakket med geriatrike pasienter, og publiserte resultatene i Tidsskriftet for Den norske legeforening i 2015. De aller fleste ønsket en forhåndssamtale om fremtidig behandling, slik at deres ønsker er kjent dersom beslutningsevnen skulle gå tapt. Av 58 som fikk en slik samtale, var det kun én som opplevde samtalen som påtrengende og belastende.

Funnet er i tråd med en internasjonal kunnskapsoppsummering fra 2013 av Tim Sharp og kolleger. Den viser at mellom 61 og 91 prosent av gamle og

skrøpelige ønsket samtaler om behandling ved livets slutt, men at svært få hadde fått det.

#### STERKE DØDSMØTER

Morten Horn drømte heller ikke om sine første døde pasienter, men han husker fortsatt første gang han som turnuslegevikar i Drammen var til stede da en gammel dame bokstavelig talt trakk sine siste sukk.

– Det var en veldig sterk opplevelse. Jeg husker også veldig sterkt første gang jeg gjorde HLR, munn-til-munn, som legestudent på psykiatrisk avdeling. En ung familiefar hadde hengt seg og døde. Det tenkte jeg på lenge. De psykiatriske sykepleierne arrangerte

debrifing etterpå, men glemte å invitere oss to legestudentene som hadde stått for selve hjerte-lunge-redningen. De kom heldigvis på det etter hvert.

Horn tror de fleste leger får sterke møter med døden i sine første år, og at de i større grad burde få hjelp med å bruke slike opplevelser på en positiv og konstruktiv måte.

– Systemet vårt er innrettet for at leger skal takle slike ting på egen hånd. Det er visst slik at vi leger ikke trenger debrifing og den slags.

#### OPERERES SISTE UKA AV LIVET

Kirurg Atul Gawande hevder at det er den siste uka i livet vårt at vi har størst sannsynlighet for å gjennomgå en operasjon.

– Og i den uka får du alle kostnadene og all smerten ved en operasjon, men ingen av fordelene. Selvfølgelig ville det vært flott om legen visste når den siste uka di var, men da må vi være kompetente til å se når pasienter står overfor den muligheten, sier han i et foredrag fra 2015 som tenketanken New America har publisert på YouTube.

– Vi har 13 organsystemer og har oppdaget 60 000 måter disse kan feile på. Det er nesten alltid noe medisinen kan tilby, men det er ikke alltid en kur, og det reduserer ikke alltid lidelsen til pasienten, hevder han og fortsetter:

– Å ha det bra er mer enn bare å ha god helse og sikkerhet rundt seg. Folk har andre mål enn å leve lenger. Men helsepersonell spør dem ikke om det. Det må vi. Det bør bli en del av våre medisinske ferdigheter vi må lære i utdanningen og utvikle videre. ▼

### Spør pasienten om dette:

Atul Gawandes tips til samtalen man bør ta med pasienter som kan være nær avslutningsfasen av livet, slik at man kan styre pleien mer etter pasientens ønsker:

- Hva er din forståelse av hvor du er i din helsetilstand?
- Hva er dine mål og prioriteringer hvis du får kort tid igjen?
- Hva frykter du og hva bekymrer du deg for fremover?
- Hva er du villig og ikke villig til å ofre?

Kilde: Videoen «Being Mortal with Atul Gawande» fra New America.



**BLODIG:** Atul Gawande hadde blodige mareritt om sine første døde pasienter. Foto: Tim Llewellyn



# DINE RÅD KAN VÆRE VIKTIGE UNDER HELE BEHANDLINGEN

Forebygging av underernæring hos personer med kreft kan utgjøre en positiv forskjell<sup>1</sup>

## Mindre Volum

Kun 125 ml  
18 g protein  
300 kcal  
6 gode smaker

## Mer Næringstett

Ekstra høy energi-  
tetthet med 2,4  
kcal per ml.

## Mer Effektiv

Bedre compliance  
fører til forbedret  
ernæringsmessig status  
og større vektøkning.<sup>2</sup>

Kreftpasienter har økt behov for protein for å bevare styrken under sykdomsbehandlingen.<sup>3</sup> Det kan være vanskelig å få dekket behovet for protein- og energi gjennom et vanlig kosthold, på grunn av fysiske komplikasjoner eller bivirkninger som f.eks. kvalme. Derfor kan en kompa-

kt medisinsk næringsdrikk være et godt tilskudd. Nutridrink Compact Protein er den næringsdrikken med det høyeste innholdet av kalorier og protein per ml. på markedet i dag. Nutridrink Compact Protein er tilsatt essensielle vitaminer og mineraler og kommer i seks gode smaker.



Hjelp til å bevare  
kreftene gjennom  
behandlingen

1. Burden ST et al. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017.

2. Jobse et al. Compliance of nursing home residents with nutrient- and energy-dense oral nutritional supplement determines effects on nutritional status. J Nutr Health Aging. Nov 2014.

3. Arends J, et al. ESPEN Guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr 2016;doi 10.1016/j.clnu.2016.07.015:1-109.

Nutricia Norge AS

Tlf.: +47 23 00 21 00, Fax +47 22 44 88 88, E-post: [nutricia@nutricia.no](mailto:nutricia@nutricia.no), [www.nutricia.no](http://www.nutricia.no)

**NUTRICIA**  
**Nutridrink®**  
Compact Protein

**Ref.** 1. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 og 5.1. (09.01.2017). 2. Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (09.01.2017). 3. Lingway I, Manghi FP, Garcia-Hernandez P, et al. Effect of insulin glargine up-titration vs insulin degludec/liraglutid on glycated hemoglobin levels in patients with uncontrolled type 2 diabetes: the DUAL V randomized controlled trial. JAMA. 2016;315(9):898-907. doi:10.1001/jama.2016.1252. 4. Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (09.01.2017). 5. Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4 og 4.8. (09.01.2017). 6. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutid and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):311-322 7. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01959529> (8.12.2016)

## ▼ Xultophy «Novo Nordisk»

### C Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog.

ATC-nr.: A10A E56

**INJEKSJONS/VÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn 100 enheter/ml + 3,6 mg/ml: 1 ml inneh.:** Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

**Indikasjoner:** Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll i kombinasjon med orale glukosesenkende legemidler, når disse alene eller kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data for de ulike kombinasjonene).

**Dosering:** Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosertrinn. 1 dosertrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosertrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doserer iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. **Glemt dose:** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrert til samme tid hver dag ikke er mulig. **Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Anbefalt startdose er 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Overgang fra basalinulin:** Behandling med basalinulin skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra behandling med basalinulin er anbefalt startdose 16 dosertrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. **Som tillegg til orale glukosesenkende legemidler:** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetiskbehandling. Anbefalt startdose er 10 dosertrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt leverfunksjon:** Bruk kan ikke anbefales pga. begrenset erfaring. **Nedsatt nyrefunksjon:** Ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon ( $Cl_{CR} < 30$  ml/minutt), inkl. terminal nyresykdom. **Barn og ungdom <18 år:** Bruk ikke relevant. **Eldre >65 år:** Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. Erfaring med eldre  $\geq 75$  år er begrenset. **Tilberedning/Håndtering:** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosertrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosertrinn. Dosetelleren viser antall dosertrinn. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. **Blandbarhet:** Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. **Administrering:** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injiseres uavhengig av måltid.

**Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene.

**Forsiktighetsregler:** Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. **Hypoglykemi:** For høy dose i forhold til behovet, utelattelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendring. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselssymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselssymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarsel på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemi-angrep. **Hyperglykemi:** Utilstrekkelig dosering og/eller avbrutt behandling kan føre til hyperglykemi og potensielt til hyperosmolært koma. Ved seponering skal det sikres at retningslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hypoglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hypoglykemi. Ubehandlet hyperglykemisk tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. **Kombinasjon med pioglitazon:** Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. **Øyesykdom:** Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. **Antistoffer:** Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. **Akkutt pankreatitt:** Bruk av GLP-1-reseptoragonist inkl. liraglutid, er forbundet med risiko for å utvikle akutt pankreatitt. Få tilfeller av akutt pankreatitt er rapportert. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftede akutte pankreatitt, bør behandling ikke gjenopptas. Forsiktighet bør utvises ved tidligere pankreatitt. **Thyreoida:** Thyreoidaeabivirkninger, inkl. økt kalsinin i blodet, struma og thyreoidaneoplasme, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoidesykdom, og preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. **Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:** Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. **Dehydrering:** Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. **Følsomhet:** Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling med andre injiserbare diabetispreparater. **Ikke-undersøkte populasjoner:** Overføring til preparatet fra doser av basalinulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Preparatet er ikke undersøkt i kombinasjon med DPP-4-hemmere, glinider eller måltidsinsulin. Begrenset erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA III-IV, og preparatet bør derfor brukes med forsiktighet. Ingen erfaring hos pasienter med kongestiv hjertesvikt, NYHA III-IV, og preparatet anbefales derfor ikke.

**Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse.

Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Orale antikonseptiva, tiazider, glukokortikoider, thyreoidehormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hyppigere monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater.

**Graviditet, amning og fertilitet:** **Graviditet:** Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksitet og teratogenisitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. **Amning:** Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amning pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekt hos diende rotter. **Fertilitet:** Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet.

**Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av få dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi. **Svært vanlige ( $\geq 1/10$ ):** Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi<sup>1</sup>. **Vanlige ( $\geq 1/100$  til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, diaré, oppkast, obstipasjon, dyspepsi, gastritt, magesmerter, gastroøsofagal reflukssykdom, abdominal distensjon, Stoffskifte/ernæring: Redusert appetitt. **Undersøksel:** Økt amylase, økt lipase. **Øvrige:** Reaksjoner på injeksjonsstedet<sup>2</sup>. **Mindre vanlige ( $\geq 1/1000$  til <1/100):** Gastrointestinale: Gulping/raping, flatulens. Hud: Hudutslett, kløe, ervervet lipodystrofi<sup>3</sup>. Immunsystemet: Urticaria, overfølsomhet. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. **Undersøksel:** Økt hjertefrekvens. **Svært sjeldne (<1/100 000), ukjent:** Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt<sup>4</sup>). Immunsystemet: Anafylaktisk re-aksjon. **Øvrige:** Perifer ødem.

<sup>1</sup> Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeneffall, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall.

<sup>2</sup> Inkl. hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmfølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.

<sup>3</sup> Inkl. lipohypertrofi, lipofatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonsstedet innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.

**Overdosering/Forgiftning:** Begrensede data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. **Symptomer:** Varierer fra matthet, sult, svette og krampes til bevisstløshet (insulinsjokk). **Behandling:** Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall.

**Egenskaper:** **Klassifisering:** Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinohormonet humant GLP-1. **Virkningsmekanisme:** Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosesenkende effekt av insulin degludec skyldes at opptaket av insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multimerer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukosesenkende effekt med lav dag-til-dag-variasjon mht. insulineffekt. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukosesenkning involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Se SPC for ytterligere informasjon. **Absorpsjon:** Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. **Proteinbinding:** Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. **Halveringstid:** Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. **Metabolisme:** Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei.

**Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryseelementet. Skal ikke fryses. La penneheten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La penneheten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd.

**Pakninger og priser:** 3 x 3 ml (ferdigfylt penn) kr 1474,70.

### Refusjon:

#### A10A E56\_1 Insulin degludec og liraglutid

Refusjonsberettiget bruk: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC	Vilkår nr	ICD	Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	E11	Diabetes mellitus type 2
	225		225

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Sist endret: 10.01.2017

Basert på SPC godkjent av SLV: 09.01.2017

Pris per april 2017

# Xultophy® – én gang daglig<sup>1</sup> For bedre kontroll<sup>2</sup>



Studie<sup>†</sup> viste bedre resultater sammenliknet med Lantus® (insulin glargin 100 enheter/ml):

1,8 %-poeng versus 1,1 %-poeng reduksjon i HbA<sub>1c</sub><sup>‡,3</sup>

Vektnedgang\* med Xultophy®. Forskjell på 3,2 kg versus Lantus®<sup>Δ,3</sup>

57 % lavere forekomst av hypoglykemi<sup>¶,3</sup>

I studien ble alle pasienter behandlet med metformin.

## NYHET!

### Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn



\* Vektnedgang er ikke godkjent indikasjon. † Pasienter med type 2-diabetes utilstrekkelig kontrollert med insulin glargin 100 enheter/ml (Lantus®) og metformin<sup>1,2</sup>  
‡ Estimert forskjell -0,59 (95 % KI: -0,74; -0,45), P<0,001. Δ -3,2kg (95 % KI: -3,77; -2,64), P<0,001. ¶ Bekreftet hypoglykemi (alvorlig og/eller < 3,1 mmol/l) 2,23 vs 5,05 per pasientår. Estimert ratio: 0,43 (95 % KI: 0,30;0,61), p<0,001.

Xultophy® er et kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll<sup>4</sup>

#### Indikasjon

Xultophy® er indisert for behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll i kombinasjon med orale glukosesenkende legemidler når disse alene eller kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll (se SPC for tilgjengelige data for de ulike kombinasjonene).

#### Kontraindikasjon:

Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

#### Utvalgt sikkerhetsinformasjon<sup>5</sup>

- Xultophy® inneholder en kombinasjon av insulin degludec og liraglutid. Xultophy® administreres i dosettrinn. Ett dosettrinn inneholder 1 enhet insulin degludec og 0,036 mg liraglutid.
- Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdominalvegg. Injeksjonsstedene skal alltid varieres innen samme område for å redusere risikoen for lipodystrofi.
- Kan tas når som helst på dagen, uavhengig av måltider. Pasienter som glemmer en dose, anbefales å ta den når de oppdager det, og deretter gjenoppta det vanlige doseregimet med en daglig dose. Det skal alltid være minst 8 timer mellom injeksjonene også når administrasjon på samme tidspunkt hver dag ikke er mulig.
- Gastrointestinale bivirkninger, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige (≥1/100 til <1/10 brukere). Disse forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel.
- Hypoglykemi er en hyppig rapportert bivirkning (≥1/10 brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurdér dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk.
- Hos eldre ≥ 65 år: kan brukes. Måling av glukose intensiveres, og dosen justeres individuelt. Erfaring med behandling hos pasienter ≥75 år er begrenset.
- Ved lett eller moderat nedsatt nyrefunksjon, skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt.

#### Refusjonsberettiget bruk

Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

#### Refusjonskode:

ICPC	Diabetes type 2	Vilkår nr	225
T90	Diabetes type 2	Vilkår nr	225
ICD	Diabetes mellitus type 2	Vilkår nr	225
E11	Diabetes mellitus type 2	Vilkår nr	225

#### Vilkår:

Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

- Bruk av Xultophy® anbefales ikke ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CrCl <30ml/min), nedsatt leverfunksjon eller hjertesvikt NYHA-klasse III-IV
- Overføring til Xultophy® fra doser av basalinsulin < 20 og > 50 enheter er ikke undersøkt.
- Kardiovaskulære sikkerhetsstudier er gjennomført for liraglutid<sup>6</sup> og for insulin degludec<sup>7</sup>.

Skal ikke brukes hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose.

Unngå feilmisenering. Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen for hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy® og andre injiserbare diabetespreparater. Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser som oppstår under behandling rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatomtalen for forskrivning av Xultophy®.

## Intensiv: Den siste dagen

Foto: Stig M. Weston



6/8



7/8

# I behandlingsfellen

Sykepleiere følger familiene gjennom  
håp, håpløshet, angst og sorg.

Av **Astrid Rønsen**, førstelektor i sykepleie

**V**i må skille mellom nødvendig og unødvendig lidelse, sier palliasjonslegen M.J. Miller i en TED-talk fra mars 2015.

Som sykepleier med 35 års kontinuerlig erfaring fra klinikken, med alvorlig syke, døende og deres nærmeste, gjør jeg meg noen tanker om hvor vi er og hvor vi har beveget oss. De stadige nye mulighetene for behandling som pasienten stilles overfor, skaper nye dilemmaer. «Behandlingsmulighetenes begrensning» er blitt en av overskriftene i boken *Å fullføre et liv* som utkom i 2016 (Rønsen, A. Jakobsen, R, 2016). Her diskuterer vi nettopp disse dilemmaene. Er pasienter og familier blitt mer uforberedt på døden som en konsekvens av det store behandlingsfokus de stilles overfor?

## **LIVSFORLENGESENS LIMBO**

Livsforlengelse har blitt et suksesskriterium for medisinsk behandling når sykdommen ikke lar seg kurere og der sykdomstilstanden blir kronisk. Dette kan oppfattes som et gode for pasienter og familier; de får mer tid. For en del pasienter har de et bedre funksjonsnivå enn tidligere. De lever lenger og fungerer ofte bedre over en lengre periode. Men ikke alltid. Mange lever lenger med betydelige sykdoms- og behandlingsplager. Dette skaper nye utfordringer og dilemmaer.

Livsforlengelse på ubestemt tid kan bli et liv på vent. «Limbo» kalte en pasient jeg møtte dette mellomrommet. Hun hadde takket nei til mer behandling. Belastningen med mer kjemoterapi opplevdes som for stor. Hun ønsket å leve uten tilleggsplagene av mer behandling. Samtidig som hun var lettet over å ha tatt denne beslutningen, opplevde hun ikke situasjonen som lett. For hva skulle hun nå fylle livet sitt med? Det skapte en situasjon av en annen uro.

#### **HVOR LENGE HÅPET SKAL FÅ LEVE**

Livsforlengende behandling skaper også større uklarerhet om når man skal begrense ytterligere behandling eller avslutte det man i fagmiljøet kaller «nytteløs behandling». For hva er nytteløst, unødvendig og overbehandling når pasienter og pårørende i så stor grad knytter håpet til fortsettelse av behandlingen eller det å prøve enda en ny mulighet? Presset fra pasienter og pårørende er naturligvis stort når man kjemper med å innse at kroppen ikke lenger kan bære belastningen med sykdommen.

Når det finnes en mulighet for behandling, forventes det at den tas i bruk, uansett hvor urealistisk det er å få en effekt. I dette ligger dilemmaet. Denne forventningen fins ikke bare hos pasienten og/eller pårørende, men også hos helsevesenets egne.

Det er lett å forstå at legene her blir et offer for egen rolle og funksjon. Deres suksess er å redde liv – nærmest for enhver pris. Ofte påpekes nettopp legens utfordring med å innse, nærmest på eget fagfelts vegne, at de ikke har mer å tilby. Og hvor lett er det å predikere effekt av behandling når resultatet også er knyttet til individuelle forskjeller? Medisin er tross alt ingen matematisk øvelse. Så hvordan skal en da manøvrere?

#### **NÅR DET IKKE ER MER Å GJØRE**

At det ikke er mer å gjøre blir bare sant når målet er helbredelse, det å bli frisk. Det er i denne sammenhengen lindrende behandling og omsorg (hospicefilosofi) har sin begrunnelse og betydning. «Når du ikke kan bli frisk, er det så uendelig mye vi kan gjøre for deg og dine ...» har blitt en holdning som framfor alt ble satt ord på av hospice-pioneren Cicely Saunders på 1960-tallet og framover. Dette tverrfaglige fagfeltet, som har fått betegnelsen palliasjon i Norge, har også hatt oppmerksomheten rettet mot symptomlindring og medisinsk ekspertise, som er en selvfølgelig del av en slik forståelse.

Her er imidlertid pasienters ønsker og verdier styrende for hva og hvordan en fra hjelpeapparatet svarer med tiltak og tilnærming. Men kan det tenkes at helsevesenets medisinske ekspertise har gått i behandlingsfellen

«Vi sykepleiere møter pasientene ulike steder på deres vei gjennom sine sykdomserfaringer.»

også med tanke på livsforlengelse og lindrende behandling? Mye behandling igangsettes med en palliativ intensjon. Problemet er bare at det for pasienter og pårørende kan være vanskelig å forstå forskjell på eksempelvis kjemoterapi som gis med intensjon om å kunne gjøre deg frisk, og kjemoterapi med sikte på å forlenge livet, eller i beste fall lindre eller forebygge ytterligere plager. For de fleste pasienter er medisinsk behandling nettopp knyttet til håpet om effekt. «For de hadde vel ikke gitt meg kurer hvis de ikke trodde jeg kunne ha noen nytte av det?», sa min gamle tante for noen år siden, der hun brukte opp sommeren i korridorene på Radiumhospitalet i stedet for å oppleve blomstringen i hagen sin en siste gang. Etermiddagene ble tilbrakt på sofaen, utmattet med en bøtte ved siden av seg.

Når vi ikke i tilstrekkelig grad klarer

«Det er lett å forstå at legene her blir et offer for egen rolle og funksjon.»

- ▶ å møte pasienter og pårørendes behov for tid, rom og ro på slutten av livet, er det lett å forstå at den medisinske logikken overtar. For når du ser at du ikke har alternativer å tilby, blir det lettere å velge «minste motstands vei» ved å fortsette i samme spor; å fortsette i behandlingssporet framfor å stoppe opp og ta samtalene med pasient og pårørende. Disse samtalene som selvfølgelig burde være der kontinuerlig gjennom et helt sykdomsforløp.

#### **SYKEPLEIERES SMERTELIGE MØTER**

Når du blir dårligere, blir du flyttet til ekspertene – til spesialisthelsetjenesten. Det er i denne sammenhengen lett å forstå at pasienter blir tilbudt det spesialisthelsetjenesten er best på; medisinsk utredning og behandling.

Vi sykepleiere møter pasientene ulike steder på deres vei gjennom sine sykdoms-erfaringer. Det er smertefullt å se og forholde seg til pasienters unødvendige lidelse: Som når utmattete pasienter må streve med endeløs flytende avføring

etter stråleskadet tarm og i tillegg plages av smertefulle åpne sår nedentil som en følge av det samme. Eller når de plages av unødvendig surkling fordi de har fått intravenøs væske helt inn i døden. Dette er eksempler på lidelse som ikke har oppstått på grunn av sykdom, men som et resultat av medisinsk behandling.

En kan undre seg over hvor pasienter tar kreftene fra når de mobiliserer gang på gang. Mange uttrykker imidlertid ensomheten over ikke å bli møtt på behovet for å dele usikkerhet og uro. Men skal vi møte pasienters ønsker og behov underveis, også med tanke på å få et liv ut av behandlingsløpene, må vi ha noe å tilby. Når helsevesenet skal gjøre sine prioriteringer blir den kritiske faktoren ikke bare hva slags behandling pasientene kan tilbys, men om det er ressurser til å følge opp pasientene og pårørende med nødvendig sykepleie, støtte og omsorg. «Prisen» for pasienter underveis og pårørende som skal leve videre med minnene i ettertid, kan bli for høy uten et kvalitativt godt helhetlig tilbud. Tilbudet må henge

sammen for pasienter og pårørende, og vi som jobber der må kunne stå i og stå for det både faglig og menneskelig.

At sykepleiere er opptatt av «når nok er mer enn nok» er lett å forstå ut fra vår særegne rolle og funksjon nær pasienters erfaringer med sykdom, behandling og konsekvensene av disse. På mange måter kan en si at vi eksponeres for resultatet av mange enkeltbeslutninger, både medisinsk og helsetjenestemessig. Det kan være en krevende posisjon å stå i. Palliasjonssykepleier Marie Aakre har gjennom de siste årene skrevet mye om sykepleiernes moralske stress. Jeg tror at mye av stresset ligger her; vi erfarer både pasienter og familiers vanskelige reise gjennom håp, håpløshet, fortvilelse, angst og sorg. Det handler om håp knyttet til muligheter – håpet om mirakler. Det handler også om å favne lidelsen når sykdommen krever sitt eller bivirkningene av behandlingen blir det overskyggende. I dette faglige og følelsesmessige spennet står sykepleierne. ▼



Intranasal fentanyl SPRAY

**INSTANYL®**Instanyl «Takeda»  
Opioidanalgetikum.

ATC nr.: N02A B03

NESESPRAY, oppløsning 50 µg/dose, 100 µg/dose og 200 µg/dose: Hver dose inneholder: Fentanylisitat tilsv. fentanyl 50 µg, resp. 100 µg og 200 µg, natriumdihydrogenfosfatdihydrat, dinatriumfosfatdihydrat, rensset vann. **Indikasjoner:** Behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Pasienter som får vedlikeholdsbehandling med opioider defineres som de som får enten minst 60 mg morfin oralt daglig, minst 25 mikrogram/time fentanyl transdermalt, minst 30 mg oksykodon daglig, minst 8 mg hydromorfon oralt daglig eller ekvivalenstdose av andre opioider i én uke eller lenger. **Dosering:** Behandling skal initieres og gjennomføres under oppsyn av lege med erfaring i opioidbehandling av kreftpasienter. Dosen skal titreres og pasienten følges nøye under titreringsprosessen. **Voksne: Dosejustering:** Før titrering bør den bakenforliggende vedvarende smerten være kontrollert med opioidbehandling, og gjennombruddssmerteepisodene ikke overskride 4 pr. dag. **Startdose:** 50 µg i ett nesebor, titreres oppover om nødvendig. Ved utilstrekkelig smertelindring, kan tilsvarende dose gis i det andre neseboret, tidligst etter 10 minutter. Hver titrering (dosestyrke) bør vurderes ved flere episoder. Vedlikeholdsdose: Når dosen er fastslått, skal pasienten fortsette med denne dosen. Dersom smertelindringen er utilstrekkelig kan en ny dose med samme styrke tas tidligst etter 10 minutter. Maks. daglig dose: Høyst 2 doser med 10 minutters mellomrom ved inntil 4 episoder. Det bør være minst 4 timer mellom behandling av en ny episode, både under dosetilrette og vedlikeholdsbehandling. **Dosejustering:** Ved flere etterfølgende episoder med gjennombruddssmerter, som krever >1 dose, bør vedlikeholdsdosen økes. Dosejustering av den bakenforliggende opioidbehandling kan være nødvendig dersom pasienten stadig har >4 episoder pr. døgn. Dersom bivirkningene ikke er tolererbare eller er vedvarende, skal styrken reduseres eller behandling erstattes med andre analgetika. **Seponering:** Dersom pasienten ikke lenger opplever episoder med gjennombruddssmerter, bør behandlingen seponeres umiddelbart. Bakenforliggende smertebelagning beholdes som forskrevet. **Seponering av all opioidbehandling skal alltid skje gradvis for å unngå abstinensproblemer. Barn og ungdom <18 år:** Sikkerhet og effekt ikke fastslått pga. utilstrekkelige data. **Eldre:** Forsiktighet utvises da eldre ofte trenger titrering til en lavere effektiv dose enn pasienter <65 år. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- og nyrefunksjon. **Administrering:** Nasal bruk. Det anbefales at pasientens hode holdes rett opp ved administrering. **Kontraindikasjoner:** Kjent overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Pasienter uten vedlikeholdsterapi med opioider, da det er økt risiko for respirasjonsdepresjon. Behandling av andre akutte smerter enn gjennombruddssmerter. Alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer. Tidligere radioterapi i ansiktet. Tilbakevendende episoder med neseblødning. **Forsiktighetsregler:** Respirasjonsdepresjon kan forekomme. Pasienten må observeres for slike effekter. Ved kronisk opioidbehandling utvikles toleranse og risikoen for respirasjonsdepresjon er derfor redusert. Ved kronisk obstruktiv lungesykdom kan fentanyl redusere respirasjonskraften og øke luftveismotstanden. Skal gis med forsiktighet ved moderat til alvorlig nedsatt lever- eller nyrefunksjon. Skal brukes med forsiktighet ved tegn på økt intrakranielt trykk, nedsatt bevissthet, koma, cerebral tumor eller hodeskade. Kan forårsake bradykardi og skal derfor gis med forsiktighet hos pasienter med tidligere eller eksisterende bradykardi. Opioider kan forårsake hypotensjon, særlig hos pasienter med hypovolem og skal derfor brukes med forsiktighet ved hypotensjon og/eller hypovolem. Utvikling av serotoninerg syndrom kan oppstå ved samtidig bruk av serotoninerge legemidler som SSRI og SNRI, samt legemidler som nedsetter serotoninmetabolismen (inkl. MAO hemmere). Ved mistanke om serotoninerg syndrom skal fentanyl seponeres. Dersom tilbakevendende episoder med neseblødning eller ubehag i nesen forekommer, skal alternativt behandlingsform overveies. Toleranse og avhengighet kan utvikles ved gjentatt bruk. Iatrogen avhengighet ved terapeutisk bruk er imidlertid sjelden ved behandling av kreftsmerte. Seponerings-symptomer kan behandles ved å gi legemidler med opioid antagonistaktivitet eller analgetika som er blandet agonist/antagonist. Pasienten skal rådes til ikke å kjøre eller bruke maskiner ved dosighet, svimmelhet, synsforstyrrelser eller andre bivirkninger som kan påvirke evne til å kjøre eller bruke maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Samtidig bruk av fentanyl med et serotoninerg legemiddel, som SSRI, SNRI eller MAO-hemmer, kan øke risikoen for serotoninerg syndrom. Anbefales ikke til pasienter som har fått MAO-hemmere de siste 14 dagene fordi alvorlig og uforutsigbar potensiering av MAO-hemmere er rapportert. Metaboliseres hovedsakelig via CYP3A4. Samtidig bruk av kraftige CYP3A4-hemmere eller moderate CYP3A4-hemmere, kan potensielt forårsake fatal respirasjonsdepresjon. Pasienter som samtidig får moderate eller kraftige CYP3A4-hemmere, skal følges nøye i en lengre tidsperiode. Doseøkning skal gjøres med forsiktighet. Samtidig bruk av legemidler som inducerer 3A4-aktivitet kan redusere effekten av Instanyl. Samtidig bruk av oksymetazolin intranasalt reduserer maks. plasmakonsentrasjon av fentanyl med ca. 50%, mens tid til Cmax (Tmax) er doblet. Samtidig bruk av slimhinneavsvellende midler bør unngås. Samtidig bruk av andre CNS-depressiver, inkl. andre opioider, sedativer eller hypnotika, generelle anestetika, fentiaziner, beroligende midler, muskelrelaksantia, sederende antihistaminer og alkohol, kan gi additiv depresjonseffekt. Samtidig bruk av partielle opioidagonist-/antagonister anbefales ikke. **Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet:** Utilstrekkelige data ved bruk hos gravide. Skal ikke brukes under graviditet, hvis ikke strengt nødvendig. **Amming:** Utiskilles i morsmelk og kan forårsake sedasjon og respirasjonsdepresjon hos det diende barnet. Skal ikke brukes av ammende, og amming skal ikke gjenopptas før minst 5 dager etter siste administrering av fentanyl. **Fertilitet:** I dyrestudier nedsettes fertilitet hos både hanner og hunner ved sedative doser. **Bivirkninger:** Typiske opioide bivirkninger kan forventes. De alvorligste bivirkningene er respirasjonsdepresjon (som kan føre til apné eller respirasjonsstans), sirkulasjonsdepresjon, hypotensjon og sjokk. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Gastrointestinale: Kvalme, brekninger. Hjerter/kar: Kødme, hetetokter. Hud: Hyperhidrose. Luftveier: Irritasjon i svelget. Neurologiske: Døsighet, svimmelhet, hodepine. Øre: Vertigo. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Obstipasjon, stomatitt, munntørrhet. Hjerter/kar: Hypotensjon. Hud: Smerter i huden, pruritus. Luftveier: Respirasjonsdepresjon, epistaksis, sår i nesen, rhinoré. Neurologiske: Sedasjon, myoklonus, parestesi, dysestesi, dysgeusi. Psykiske: Avhengighet, insomni. Øre: Reisesyke. Øvrige: Feber. Ukjent: Gastrointestinale: Diaré. Neurologiske: Krampor. Luftveier: Perforasjon av neseseptum. Psykiske: Hallusinasjon. Øvrige: Tretthet, utilpasshet, ødem, fall, abstinenssyndrom. **Overdosering/Forgiftning: Symptomer:** Respirasjonsdepresjon er mest alvorlig. Andre symptomer kan være hypotensjon, nedsatt muskeltonus, bradykardi og hypotoni. Hovedsymptomene på intoksikasjon er dyp sedasjon, ataksi, miøse, krampor og respirasjonsdepresjon. **Behandling:** Stimuler pasienten. Antidot er spesifikke opioidantagonister som nalokson. Effekten av overdoseringen kan vare lengre enn effekten av antidoten. Gjentakende injeksjoner kan være nødvendig. Se Giftinformasjonens anbefalinger N02A B03 side c. **Egenskaper: Klassifisering:** Opioidanalgetikum. Fenylpiperidinderivat. **Virkningsmekanisme:** Interagerer primært med den opioide µ-reseptoren, som er en agonist med lav affinitet for - og -opioid reseptorer. **Absorpsjon:** Fentanyl er i høy grad lipofilt. Absorberes svært raskt gjennom neselimningen. Biotilgjengelighet er ca. 89%. Maks. serumkonsentrasjon (0,35-1,2 ng/ml) nås ca. 12-15 minutter etter administrering av enkelt doser på 50-200 µg/dose til opioidtolerante cancerpasienter. **Proteinbinding:** Ca. 80%. **Fordeling:** Distribueres raskt til hjerte, hjerte, lunger, nyrer og milt, fulgt av en langsommere redistribusjon til muskler og fett. Halveringstid: Ca. 3-4 timer hos cancerpasienter. **Metabolisme:** Primært i leveren via CYP 3A4. **Utskillelse:** Ca. 75% utskilles i urinen, mest som inaktive metabolitter, <10% uforandret. Ca. 9% gjennifines i feces, primært som metabolitter. **Pakninger og priser per 16.12.2015:** 50 µg/dose: 6 doser<sup>1</sup> (endosebeholder m/spraypumpe) 526,40. 10 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 836,50. 20 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 1 611,70. 10 40 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 3 162,10. 100 µg/dose: 6 doser<sup>1</sup> (endosebeholder m/spraypumpe) 559,70. 10 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 892,00. 20 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 1 722,80. 40 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 559,70. 10 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 892,00. 20 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 1 722,80. 40 doser<sup>1</sup> (glassflaske m/dosepumpe) 1 722,80. **Refusjon:** <sup>1</sup>Se N02A B03\_1 side. d. i Refusjonslisten.

**INSTANYL® NESESPRAY  
SOM ENDOSE OG FLERDOSE****RASK LINDRING AV  
GJENNOMBRUDDSSMERTER****BEHANDLING AV GJENNOMBRUDDSSMERTER****Karakteristikk av Instanyl®:**

Behandling av bakgrunnsmerter

Smertelindring innen 10 min<sup>1</sup>Varighet ~ 56 min<sup>2</sup>

Kan være velegnet til pasienter med tørr munn og kvalme

- Typisk episode av gjennombruddssmerter
- Behandling med Instanyl®

**Viktig å vite (se forsiktighetsregler):**

Instanyl skal ikke brukes:

- ▶ hos opioidnaive pasienter
- ▶ ved alvorlig respirasjonsdepresjon eller alvorlige obstruktive lungesykdommer
- ▶ ved tidligere stråling i ansiktet
- ▶ ved tilbakevendende episoder med neseblødning

Ved oppstart med Instanyl, skal det vurderes alternative administreringsformer for andre intranasale legemidler som gis samtidig.

**Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Palliativ behandling i livets sluttfase ICPC/ICD - 90.For ytterligere informasjon kontakt oss på Takedas informasjonstelefon: 800 800 30 eller send e-post til [infonorge@takeda.no](mailto:infonorge@takeda.no). Informasjon finnes også på [Instanyl.no](http://Instanyl.no)

Gjennombruddssmerter er en kortvarig forverring av smerte som oppstår hvor en ellers vedvarende smerte er kontrollert. Instanyl® er indisert for behandling av gjennombruddssmerter hos voksne som allerede får vedlikeholdsbehandling med opioider for kroniske kreftsmarter.

Sikkerhetsinformasjon til lege, farmasøyt og pasient er utarbeidet i samarbeid med Statens Legemiddelverk ([Disse kan lastes ned fra Instanyl.no](http://Disse%20kan%20lastes%20ned%20fra%20Instanyl.no))

Referanser: 1) Preparatomtale Instanyl® R 21.11.2016 seksjon 5.1. 2) Christrup LL, Foster D, Popper LD et al. Pharmacokinetics, efficacy, and tolerability of fentanyl following intranasal versus intravenous administration in adults undergoing third molar extraction: a randomized, double-blind, double-dummy, two-way, crossover study. Clin Ther. 2008;30:469-81

Overflødige operasjoner, aggressiv kjemoterapi, smertefulle inngrep. Den tyske legen Matthias Thöns har tatt opp kampen mot det han mener er økonomisk styrt overbehandling.

# – Haler ut smertefull dødsprosess

Av **Brigitte Teigeler**, journalist

**M**atthias Thöns er anestesilege med spesialfelt palliativ medisin og spesiell smertebehandling. Høsten 2016 utga han boken *Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende* (Pasient uten råderett. Når det gjøres butikk av livets slutt). I Tyskland skapte boken mye debatt om legenes praksis med å holde kreftpasienter i live til tross for at pasientens livskvalitet synker dramatisk på grunn av behandlingen.

Thöns mener at det er penger som styrer legene når de fortsetter å

behandle mot bedre vitende. Han oppfordrer sykepleierne til å ta et oppgjør med denne praksisen og mener de heller bør opptre som pasientens advokater.

Thöns bok havnet etter få måneder på fjerdeplassen over de mest solgte non-fiction-bøkene i Tyskland. Han er blitt møtt med kraftig kritikk fra legehold, men har også fått sterk støtte fra pasientorganisasjoner og pårørende. Saken har blitt heftig diskutert, både i tysk media og på sosiale medier.

– **Dr. Thöns, blir mennesker med**

## **livstruende sykdommer i dag utsatt for overbehandling?**

– Jeg er overbevist om at en stor del av gamle og alvorlig syke mennesker blir overbehandlet. Det er ikke bare noe teamet mitt og jeg har lagt merke til. Kjente organisasjoner bekrefter en behandlingsintensivering som ikke er til pasientens beste, men har økonomiske motiver.

– Professor Gian Domenico Borasio, Europas mest kjente palliasjonslege, regner med at annenhver pasient berøres av dette. En undersøkelse fra 2016



**KRITISK:** Spesialist i palliativ medisin, dr. Matthias Thöns, kritiserer det å «gjøre butikk på livets slutt». Han oppfordrer pleiere til å argumentere for pasientenes ve og vel. Foto: Andreas Vincke

viser faktisk at så mange som tre av fire unge kreftpasienter utsettes for en behandling som er for aggressiv den siste måneden av livet.

– **Hvilke konsekvenser får denne overbehandlingen?**

– Den intensive medisinske behandlingen bidrar i noen tilfeller til å hale ut en smertefull dødsprosess. I andre tilfeller er det også omdiskutert hvorvidt den dyre medisinen ved livets slutt overhodet fører til en forlengelse av livet. Det siste gjelder særlig for kreftmedisin.

– Vitenskapsfolk over hele verden

har lenge vært enige om at for mye medisin mot slutten av livet forkorter det og gir økt lidelse som følge av bivirkninger av behandlingen. Derfor kan man i dag entydig hevde at overbehandling ikke bare gir plager, den bidrar også til døden.

– **Men vil det ikke fra de pårørendes ståsted virke fornuftig å forsøke alt som gir utsikt til lindring eller forlengelse av livet?**

– Dersom noe forlenger livet eller reduserer lidelsene, skal dette, så lenge pasienten ønsker det, forsøkes. Det ville

vært svært uetisk og juridisk ulovlig å holde tilbake en slik behandling. Men hvis pasienten ikke ønsker livsforlengende behandling som innebærer operasjoner, kjemoterapi eller intensivmedisin, må det være helt klart at det er pasientens vilje som skal være øverste rettesnor. 70 prosent av pleierne, men bare av 36 prosent av sjeflegene og bare 23 prosent av de administrative direktørene bekrefter dette, ifølge en undersøkelse.

– **Men er ikke pasienten selv i stand til å vurdere hvilke tiltak som**

«Dette er dårlig, rett og slett pervers medisin, eller for å si det i klartekst: Det er økonomisk slakting av dødssyke.»

Matthias Thöns, anestesilege

► **gir mening for henne eller ham, og hvilke som ikke gjør det?**

– Nei, det krever god medisinsk kunnskap. En behandling som tar sikte på en mulig livsforlengelse, må åpent diskuteres med pasienten. Hvem ville vel gått med på en behandling med bukspyttkjertel-kreftmedikamentet Erlotinib hvis vedkommende visste at det statistisk øker levetiden fra 5,94 til 6,34 måneder? Særlig dersom hun eller han er klar over at det medfører seks måneder med kjemotabletter som har sterke bivirkninger. Jeg stiller meg tvilende til om pasienten får all den nødvendige informasjonen i disse tilfellene. Ovennevnte medikament er en bestselger.

– **Hva er årsakene til denne overdrevne behandlingen?**

– Her må jeg nok en gang si meg enig med professor Borasio som nevner tre grunner: 1) penger, 2) penger og 3) penger. Jeg får mye kjeft for at jeg koker det hele ned til pengemotivet, og det finnes helt sikkert også andre årsaker, som legens usikkerhet eller sykehusets rutiner, men det er viktig å legge merke til at det bare finnes et overbehandlingsproblem for dyre behandlinger. Jeg har ennå ikke lest noen rapport der noen klager over for mye psykoterapi eller en

eksplosiv utvikling i samtaler med psykoterapeuter. Også dette er livsforlengende og lindrende tiltak, men er mindre økonomisk lønnsomme.

– **Er det ikke ofte de pårørende som ikke vil la noe være uprøvd?**

– Selvsagt er det mange som ikke vil gi slipp på sine kjære, og som derfor ikke vil la noe være uprøvd. Men også her er det ene og alene ærlig informasjon som hjelper, ikke bare det å ramse opp hvilke muligheter som foreligger. Og til syvende og sist er ikke jobben vår å innfri de pårørendes ønsker, men å spørre dem ut som vitner for pasientens vilje og å handle i tråd med dette.

– **Hvor mye behandling trenger et døende menneske ved livets slutt?**

– Ofte kan mindre gi mer, men dette spørsmålet er det selvsagt ikke mulig å gi noe fast fasitsvar på. Når pasienten ikke lenger kan bli frisk, må det føres en åpen dialog om utsiktene til bedring og om påkjenningene ved videre behandling. Det bør på et tidlig stadium utpekes en palliasjonskontakt som følger opp pasienten. Det reduserer omfanget av aggressiv behandling, forbedrer livskvaliteten, reduserer depresjon og forlenger livet. Dette er dokumentert i mange studier.

– Den sørgelige virkeligheten er imidlertid at kjemoterapien ofte fortsetter til pasientene avviser den. De blir da etterlatt i et vakuu der palliative team som vårt blir ansvarlige for de gjennomsnittlig 18 resterende dagene av livet til vedkommende. Dette er dårlig, rett og slett pervers medisin, eller for å si det i klartekst: Det er økonomisk slakting av dødssyke. Intet samfunn kan tillate seg å behandle sine svakeste på denne måten.

– **Hva er etter ditt syn det viktigste døende mennesker trenger mot slutten av livet?**

– Å ha få symptomer ligger ganske sikkert høyt på listen. Mot slutten av livet gjelder dette i stor grad smerter og åndenød. Oppnår vi dette, følger det å være hjemme med sine kjære rundt seg, det å ha ordnet opp i problemer og å ha funnet fred med Gud og verden.

– **Hva kan jeg som pleier gjøre hvis jeg har følelsen av at en pasient utsettes for overbehandling?**

– Jeg skulle ønske vi hadde flere modige pleiere. Ingen kommer så nær pasientene, ingen vet så godt hva de ønsker og trenger. Pleiere har tradisjonelt en rolle som advokater for pasientens ve og vel. Jeg ønsker et nytt fokus på disse verdiene. Bort med kvalitetskontroll

og dokumentasjon, frem med pasientens velvære og ønsker! Vi har verdens beste grunnlov. Ingen kan tvinges til å iverksette tiltak som strider mot deres samvittighet, verken assistentleger, sykepleiere eller hjelpepleiere.

**– Hva kan hver enkelt gjøre for å gardere seg mot overbehandling mot slutten av livet?**

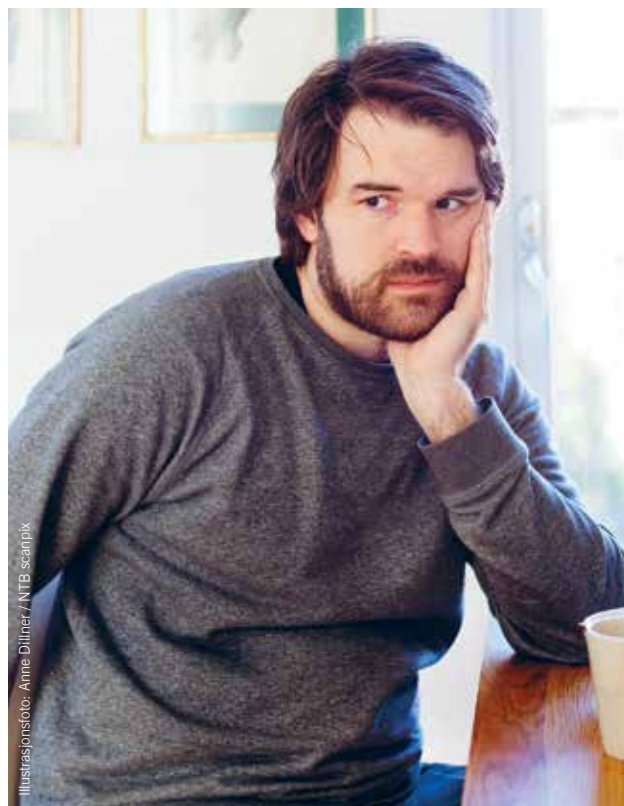
– Pasienten bør snakke med sine nærmeste om sine ønsker og gi noen fullmakt til å tale deres sak når de ikke lenger kan det selv. Mange frykter døden og unnlater derfor å snakke om den med familien. Så ender det opp med at legene tar alle avgjørelser.

– Slik taper man gjerne kampen om nyren med dialyse og om pusting med respirator. Til slutt gir hjertet etter, og man får smertefulle støt samtidig som pleierne brenner ribbeina på en. Ved en naturlig død er nyresvikt og surstoffmangel imidlertid forbundet med lykkefølelse. Dette styres av et eget hormonsystem.

**– Skal man kople inn en annen lege dersom man er i tvil?**

– Før store inngrep bør man alltid hente inn en second opinion. På denne måten unngår man mye meningsløs medisiner. Også dette er godt kjent. Derfor har vi leger når vi blir syke, en slags «innebygget second opinion». Derfor dør vi selv sjeldnere på sykehus, blir sjeldnere operert mot slutten av livet og holder oss unna intensivavdelingen de seks siste månedene vi lever. ▼

*Intervjuet er oversatt fra tysk av Akasie språktjenester AS.*



## Lurer du på noe om kreft?

## Treffer du pasienter som har mye på hjertet?

Kreftlinjen er åpen for alle – pasienter, pårørende, helsepersonell, arbeidsgivere og andre. Her kan du snakke med andre fagpersoner eller henvise andre som har spørsmål om kreft og kreftrelaterte emner som

- Hvordan man snakker med barn om kreft
- Nav, rettigheter og sykepenger
- Kreftkoordinator i kommunene
- Ny kreftbehandling

Kreftlinjen har 30 års erfaring og bred kompetanse innen kreftomsorg. Hos oss treffer du sykepleiere, sosionomer og jurister med taushetsplikt og tid til å lytte. Tjenesten er gratis fra fasttelefon og har vanlig takst fra mobil.

Åpningstider: mandag–torsdag: 0900–2000, fredag: 0900–1500. Vi snakker norsk og engelsk.

**Ring 800 57 338 eller chat med oss på [kreftforeningen.no](https://www.kreftforeningen.no)**



**KREFTFORENINGEN**

## Intensiv: Den siste dagen

Foto: Stig M. Weston





8/8



(hjerte-  
pasient)

av Arne Hugo Stølan



fra jul og til påske  
tok hun nesten ikke  
til seg mat

hun hadde lite igjen

hun hadde skinnet  
over skjelettet  
og en pacemaker  
som fortsatte  
å tikke tiden  
gjennom blodet

en krevende søvn  
nappet og slet  
i alle hjørnene  
av døgnet

hun lå  
i skvis  
mellom kroppen  
som hadde gitt opp  
og teknologien  
som pulserte livet  
videre

metronomisk  
usvikelig

fraktet hvert nytt  
sekund henne  
dypere innover  
i ansiktet

helt inn dit  
lidelsen mister grep  
og setter seg fri

hun tok tiden  
til hjelp  
hun hadde  
en strategi

hun ville fortsette  
arbeidet med  
å våkne  
til lyden  
av et hjerte  
som hadde

– Det hadde jo vært en grei måte å dø på, sier mor. Hun snakker om hjerteinfarkt for ett år siden.

# Mor overlevde

Tekst og foto **Marit Fonn**, journalist

**N**yttårsaften 2015 går mor og legger seg når fyrverkeriene dabber av. Hun bor alene, for hun har vært enke i ett år. Men nå er jeg – yngste datter – her, på tampen av juleferien.

Neste morgen finner jeg henne sittende på sengekanten. Hun har smerter i korsryggen, hun fryser og hun er uten krefter til å reise seg. Jeg hjelper henne med morgenkåpen, støtter henne inn på stuen, ned i stolen. Finer et teppe. Jeg regner med at hun er dehydrert, men hun orker ikke mer enn et par slurker vann. Hun dør.

Jeg ringer legevakten. Sykepleieren spør om det surkler i lungene. Jeg avkrefter. Få i henne væske, la henne sove, er rådet.

Hun blir ikke bedre. Neste gang jeg ringer legevakten, sender de ambulanse. Mor blir båret ned i bilen. På turen til legevakten registrerer ambulansarbeiderne at pulsen går voldsomt opp og ned. De stopper for å ta EKG. På legevakten sender legen henne rett til Haukeland sykehus.

## «HUSK AT HUN ER EN GAMMEL DAME»

Det blir konstatert hjerteinfarkt. Vi får høre at det ikke er uvanlig at det følger et nytt ganske fort. Og da som regel et større. Og vi må huske på at hun er en gammel dame.

Mor vet ikke hvor hun er eller hva som skjer. Hun sover for det meste. Hjertelegen spør meg om han skal journalføre HLR minus. (Altså at mor ikke skal gjenopplives hvis hjertet stanser eller hun slutter å puste.)

## Ingrid Fonn

Sykepleiens journalist Marit Fonn har intervjuet sin mor Ingrid Fonn, som bor i Bergen.

- Ingrid ble innlagt på Haukeland sykehus 1. januar 2016.
- Hun ble utskrevet til Storetvedt sykehjem, siden flyttet til Fyllingsdalen sykehjem og deretter Kolstihagen sykehjem.
- Hun bodde så hjemme i to måneder.
- Nå bor hun i omsorgsbolig på Ulrikstunet.

Svaret er enkelt. Det er ikke så mye å lure på. Mor har alltid vært kritisk til at folk holdes i live for enhver pris.

Mor blir mer våken. Det første hun spør etter er hårbørsten. Et godt tegn.

Hun kjenner igjen sine to døtre, men hun er stadig tilbake i fortiden, på gården der hun vokste opp. Hun snakker om de seks brødene hun må bake og om middagen hun må ha klar, så ikke de unge brødrene hennes skal gå sultne.

## VET IKKE HVOR HUN ER

Etter tre netter blir hun utskrevet. Ferdigbehandlet. Hun vet fortsatt ikke hvor hun er eller hvor hun skal. Sykepleieren har bestilt drosje, sykehjem er neste



**TRIVES:** Ingrid synes hun er heldig som fikk tildelt omsorgsbolig. Nå bor hun i et klasserom på tidligere Ulriken skole, der det før myldret av ungdommer, blant annet eldste datter.

stasjon. Der skal hun vurderes for videre behandling.

Hun får eget rom og rullator. Gradvis blir hun mer orientert. Hun forstår at hun har vært på sykehus da vi sier det. Da legen kartlegger forvirringsnivået, svarer hun rett på det meste.

Men en dag spør hun:

– Har du sett noe til pappa? Er det ikke rart at han ikke kommer?

Det kom uventet. Har hun glemt at far – hennes mann – døde for ett år siden? Er hun blitt dement? Må vi fortelle at han aldri vil komme?

Vi blir svar skyldig. Men hun spør ikke mer.

Hun flyttes til sykehjem nummer to. Hvor mye har

infarktett tatt på? Mye, ifølge legen, som prøver ut hjertemedisin og smertelindring. Når et smittomt magevirus inntar avdelingen, må også mor til pers. Hun må isoleres og kiloene renner av. Men hun kommer seg.

Hun flyttes til nok et sykehjem, det tredje på to måneder. Etter noen ukers rehabilitering skal hun hjem. Tanken på at mor skal være alene hjemme er ikke god, og mor vil gjerne trene mer med fysioterapeuten. Vi søker om å forlenge oppholdet. Forvaltningen i kommunen argumenterer mot: «Det beste er å bo hjemme, det er der hun kjenner seg trygg.»

Men to måneder senere er hun på plass i omsorgsbolig. ▶

«Jeg lurte på hvordan det skulle gå med hukommelsen min.» Ingrid Fonn

► – **NÆRMEST ET UNDER**

– At jeg skulle få hjerteinfarkt var veldig uventet, forteller mor.

Det har gått over ett år. Hun har funnet seg til rette i leiligheten i området der hun har bodd i over 50 år. Hun kan fortsatt se Løvestakken fra stuevinduet.

For lengst har hun fått tilbake sin gode hukommelse. Navn og fødselsdatoer til den store slekten sitter klistret som før. Men døgnene på sykehuset er vekkt.

– Veldig rart. Har ikke peiling på hva som skjedde. Men det første jeg lurte på da jeg kom til meg selv var hvordan det skulle gå med hukommelsen min. Det bekymret meg veldig, sier hun.

Nå er hun oppdatert på nyheter, og liker det dårlig når Bergens Tidende slurver med leveringen.

Når man er 93, enke og klar i hodet, gjør man seg sine tanker:



**BARNEBARN:** Ingvild Fonn Asmervik på besøk hos mormor Ingrid Fonn.

– Det hadde vært en grei måte å dø på. Og dere ville ha husket meg sprek.

Hun legger til:

– Men det nytter ikke å filosofere over det. Det har vært så mange tilfældigheter. Til min fordel. Man får tro på skjebnen. Av og til gjør jeg det. Det at det skjedde da du var der, for eksempel. Hadde du reist, ville jeg vært alene i huset. Da hadde jeg ikke overlevd. Det var nærmest et under at du var der akkurat da.

– Og da jeg var tre år, fikk jeg lungebetennelse. Jeg var veldig syk, men det var ingen medisin. De regnet med at jeg ville krepere, men så kviknet jeg til.

– **ALLE ER DØDE**

Hun slår fast at ingen i hennes slekt har blitt så gammel som hun er nå.

– Men folk blir jo stadig eldre.

Hun har overlevd to brødre og en søster, alle var yngre enn henne. Også jevnaldrende venner er døde. Absolutt alle er borte.

Men det har vært nære på for henne også, flere ganger: Da hun var 82 år, ble hun hasteoperert midt på natten. I to døgn hadde hun gått med sprukken blindtarm før legene fant ut hva som feilet henne.

Året etter ble det oppdaget en svulst i tykktarmen.

– *Det gikk greit med kreften?*

– Jeg var svineheldig, kan du skjønne. Jeg fikk forklart at det var risiko for utlagt tarm. Det var ikke kjekt å høre. Men det var en veldig flink kirurg. «Har dere fått med alt», spurte jeg. «Vi har fått med alt», sa de. Å få kreftdiagnose må være forferdelig, men jeg følte meg frisk. Tror ikke jeg helt fatta alvorret.

– Men hver gang jeg skulle på kontroll, da var jeg nervøs. Jeg måtte støvsuge, klarte ikke være i ro, før jeg skulle dit.

- *Hva hvis du måtte ha cellegift?*
- Jeg slapp heldigvis å ta standpunkt til det. Det hadde ikke vært kjekt. Men jeg var heldig. Jeg var i god form. Ingen bivirkninger etter operasjonen.

#### **VILLE DØ FØR FAR**

Mange ganger har hun sagt til mannen hun var gift med i 60 år: «Jeg håper og tror at jeg dør først.»

- Jeg håpet det så inderlig. Magnhild (søsteren) sa det

samme til sin mann. Hun fikk det som hun ville.

- *Men du har vel hatt et interessant år etter infarkt?*

– Ja, det er ikke bortkasta. Jeg har opplevd veldig mye. Har truffet masse folk. Betrakta dem, hvordan de er. Blitt kjent med helsevesenet. Det er ikke sant at det er dårlig. Jeg er heldig. Jeg har bare med greie folk å gjøre.

Dessuten har hun overrasket seg selv:

- Jeg har klart omstillingen veldig lett. På



**GLEMT:** De tre døgnene på sykehuset er borte fra hukommelsen. Utallige pleiere og leger har hjulpet henne på veien videre.

## «Det var et under at du var der akkurat da.» Ingrid Fonn

- ▶ Fyllingsdalen sykehjem trodde jeg at jeg nok kom til å bli værende. «Jaja, her er det jo ganske bra, hvis jeg først skal være på sykehjem», tenkte jeg da.

– *Du er ingen hypokonder?*

– Jeg har aldri vært redd når det gjelder meg sjøl, bare for familien.

– *Du har ikke rent ned dørene hos legen?*

– Nei, bevare meg vel. Jeg var over 30 år før jeg var til lege. Da var jeg på etterkontroll etter fødsel. Jeg har aldri vært syk.

Det vil si, en gang hun var over 60, hadde hun influensa. Da greide hun ikke å lage middag.

– Det var første gang det hadde hendt. Jeg tror dere var overrasket.

### VERST Å BLI GLEMSK

– Skulle ønske jeg kunne skru klokken tilbake. Men det går ikke, sier mor.

– *Du klarer deg bra fortsatt?*

– Ja, selv om jeg alltid har sagt at jeg ville dø først. Så ble det ikke sånn. Men jeg har klart å innstille meg på det. Jeg har det bra. Blir godt tatt vare på.

Likevel kan hun tenke: Hvordan vil det bli å være her?

– Jeg ser jo at mange er skrøpelige. Mange er i rullestol. De fleste er mer eller mindre glemsk. Det er det verste.

Hun ser at flere går med bleie. Hun håper at hun selv slipper.

– Men man vet jo ikke hvordan det blir.

Mor er redd for å falle. Hun vet hva lårhalsbrudd innebærer, og tar derfor ingen sjanser.

I hele sitt voksne liv har hun stabilt veid 50 kilo. Nå gjør mindre muskler sitt, men da hun var nede i 41 kilo, tok hjemmesykepleier Ruth affære. Hun sørger for næringstilskudd i mors mat og veier henne jevnlig.

– Sist var jeg 44,8. Det får holde. Jeg kan ikke tvangsfores heller. Jeg har ikke problem med appetitten, har bare ikke lett for å legge på meg.

### SYV ÅR TIL ...?

– Jeg hører dårlig. Nesten alle her gjør det. Det er plagsomt. Men jeg ser bra. Det er viktigere.

– *Du kan lese?*

– Det er det jeg kan. Jeg leser magasiner. Det er mye å lese, sier mor, som finner mye av interesse i Sykepleien.

– *Du kan bli over hundre år?*

– Å nei, det ønsker jeg ikke! Nå blir jeg 93. Syv år til – det blir for mye. Jeg leser i avisen om sykehjem som ikke har plass til å gjøre av folk. Standarden er flere på ett rom, dele toalett, dusj på gangen. Jeg tenker jeg er kjempelydig som har fått plass her.

– *Hva ser du fram til?*

– Jeg håper Edvard Hoem kommer med neste bok mens jeg fortsatt er her.

– *Har du lyst på oldebarn?*

– Å ja! Men jeg kan ikke forlange det. Alle spør om jeg har. Kunne vært artig det. Men det må være opp til dem sjøl.

Hun har fire barnebarn, så det er håp.

### HLR MINUS?

Tanken var å spørre hvordan hun stiller seg til HLR minus. Men for en vanlig pårørende er det ikke lett å spørre sin gamle mor om hun vil livreddes eller ei. Det var enklere på sykehuset. Men nå er hun jo frisk. Gammel, ja, men frisk. Og hva innebærer egentlig HLR minus?

Jeg må google. Bare når det «med meget høy grad av sikkerhet ikke kan forventes å ha annet enn en kortvarig effekt», står det. Men hva er kortvarig? En dag? En måned? Og hvor mange brukne ribbein vil hjertekompresjon kunne medføre?

– *Hva syns du om hjerte-lunge-redning hvis du får hjertestans?*

Mor vet ikke riktig hva hun skal si.

– Det kommer jo an på ...

Hun tenker seg om:

– Ikke for enhver pris. Å sette all verden i bevegelse



**KJERNEFAMILIEN:** Oddvin, Kari, Marit og Ingrid Fonn sysler med hvert sitt i 1958. Ingrid (93) skulle gjerne skrudd klokken tilbake til yngre dager. Foto: Privat

når man er så gammel, er vel ikke riktig, sant å si. Ikke for meg og ikke for dere.

Men dette rår vel ikke vi over. Dette må helsepersonell vurdere.

– *Hva med livsforlengende behandling?*

– Det har ingenting for seg, sier hun bestemt.

Mor kommer på Kristina-saken, som ble hyppig skrevet om i 2006. Fireåringen ble holdt i live i fem måneder fordi far ønsket det, mot sykehusets anbefaling. (Les side 95.)

– Det var håpløst. En trist sak, syns mor.

#### **AMERIKA-ARVEN**

– *Hvorfor liker du Hoem så godt?*

– Bøkene er lettleste, og han skriver det sånn som det var. Det var mange som reiste til Amerika for å få et bedre liv. Vi får innsikt i hvordan de hadde det. De kom ikke til duk og dekket bord. Det tok tid å komme seg opp og fram. De med god helse og som var flinke til å arbeide, klarte seg. Ikke alle gjorde det. Det vet vi.

Hennes bestefars bror dro til USA:

– De hørte ikke mer fra ham, så vidt jeg vet. Bestemors bror reiste også. Han fikk ingen familie der borte, og derfor kom det Amerika-arv. For de pengene kjøpte vi det første kjøleskapet vårt. Da du var født, hadde jeg ikke nok melk til deg. Derfor var det viktig at vi kunne kjøpe det. Det kostet 1 380 kroner. ▼

# Hvordan leger dør

Det er ikke som med resten av oss, men det burde det være.

Av Ken Murray, allmennlege

**F**or mange år siden fant Charlie, en høyt respektert ortoped og min mentor, en klump i magen sin. Han fikk en kirurg til å undersøke området, og diagnosen ble kreft i bukspyttkjertelen. Denne kirurgen var en av de beste i landet. Han hadde til og med oppfunnet en ny prosedyre for nettopp denne kreftformen, som kunne tredoble en pasients femårsoverlevelse – fra 5 prosent til 15 prosent – skjønt med dårlig livskvalitet. Charlie var ikke interessert. Han dro hjem neste dag, la ned praksisen sin og satte aldri sine ben i sykehuset mer. Han satset på å være sammen med familien og ha det så godt som mulig. Flere måneder senere døde han i sitt hjem.

Han fikk ingen kjemoterapi, stråling eller kirurgisk behandling. Medicare[\*] brukte ikke mye penger på ham.

Det er ikke noe det snakkes om særlig ofte, men leger dør, de også. Og de dør ikke som resten av oss. Det uvanlige med dem er ikke hvor mye behandling de får sammenliknet med amerikanere flest, men hvor lite. Enda så mye tid de bruker på å avverge andres død, tar de det gjerne ganske rolig når de selv står overfor døden. De vet nøyaktig hva som kommer til å skje, de er kjent med valgmulighetene, og de har

\* Medicare er et offentlig finansiert sykeforsikringssystem i USA. Det gjelder for personer som er minst 65 år eller handikappede. (O.a.)



som regel tilgang til all den medisinske behandling de kunne ønske seg. Men de avgår en stille død.

Selvfølgelig vil ikke leger dø; de vil leve. Men de vet nok om moderne medisin til å kjenne dens grenser. Og de vet nok om døden til å vite hva alle mennesker frykter mest: å dø i smerte, og dø alene. De har snakket om dette med familien sin. Når den tiden kommer, vil de være sikre på at ingen drastiske tiltak blir satt inn – at de aldri, i sine siste øyeblikk på jorden, skal få oppleve at noen brekker ribbena deres i et forsøk på å gjenopplive dem med HLR (det er det som skjer hvis HLR utføres riktig).

Nesten all medisinsk personell har sett folk bli utsatt for det vi kaller «unødvendig behandling». Det er da leger tar i bruk det siste på teknologifronten på et alvorlig sykt menneske ved livets ende. Pasienten vil bli lagt under kniven, gjennomhullet med slanger, koplet til maskiner og proppet full med medikamenter. Alt dette skjer på intensivavdelingen til en pris av titusener dollar om dagen. Det man får igjen, er lidelser vi ikke ville utsette en terrorist for. Jeg har ikke tall på de gangene kolleger har sagt til meg, med ord som kan variere litt: «Lov meg at hvis du finner meg slik, så tar du livet av meg.» De mener det. En del medisinsk personell bærer medaljonger inngravert med «NO CODE» – res minus – for å gi legen beskjed om ikke å utføre HLR på dem. Jeg har til og med sett det som tatovering.

Å gi medisinsk behandling som får folk til å lide, er en voldsom påkjenning. Leger er opplært til å samle inn informasjon uten å røpe sine egne følelser, men privat, blant kolleger, kan de gi luft for dem. «Hvordan kan noen gjøre det mot sine familiemedlemmer?» kan de spørre. Jeg har en mistanke om at det er en av grunnene til at leger har høyere forekomster av alkoholmisbruk og depresjon enn de fleste andre yrkesutøvere. Jeg vet at det er en av grunnene til at jeg sluttet å delta i sykehusbehandling de siste 20 årene av min praksis.

Hva skyldes dette – at leger gir så mye behandling som de ikke selv vil ha? Det enkle, eller ikke så enkle, svaret er dette: pasienter, leger og systemet.

For å forstå hvilken rolle pasienter spiller, kan du se for deg et scenario der noen har mistet bevisstheten og er blitt innlagt på akuttavdelingen. Som så ofte er tilfellet, har ingen lagt noen plan for denne situasjonen, og sjokkerte og redde familiemedlemmer føler seg fanget i en labyrint av valgmuligheter. De er overveldet. Når legene spør om de ønsker at «alt» skal gjøres, svarer de ja. Så begynner marerittet. Noen ganger mener familien virkelig «gjør alt», men ofte mener de bare «gjør alt innen rimelighetens grenser». Problemet er at de kanskje ikke vet hva som er rimelig, og opp i all sin forvirring og sorg spør de heller ikke om det eller hører ikke hva legen forklarer dem. For sin del vil leger som blir bedt om å gjøre «alt», gjøre det, enten det er rimelig eller ikke.

Dette scenarioet er vanlig. Problemet forsterkes av urealistiske forventninger om hva leger kan utrette. Mange mennesker anser HLR som en pålitelig livredder, mens resultatene vanligvis er ubetydelige. Jeg har fått hundrevis av mennesker brakt inn til meg på akuttavdelingen etter at de har fått HLR. Nøyaktig én, en sunn og frisk mann som ikke hadde hjerteproblemer (for dem som ønsker detaljer, hadde han tensjonspneumothorax), spaserte ut av sykehuset. Hvis pasienten er alvorlig syk, er av høy alder eller har en terminal sykdom, er sjansen for et godt resultat av HLR uendelig liten, mens sannsynligheten for at pasienten vil lide, er overveldende. Uvitenhet og feilaktige forventninger fører til en masse dårlige beslutninger.

Men selvfølgelig er det ikke bare pasientene som gjør at dette skjer. Legene bidrar også til at det blir mulig. Problemet er at selv leger som hater å gi unødvendig behandling, må finne en måte å komme pasientenes og familienes ønsker i møte på. Se nok en gang for deg akuttavdelingen med de sørgende,

«De vet nok om døden til å vite hva alle mennesker frykter mest: å dø i smerte, og dø alene.»

- ▶ muligens hysteriske familiemedlemmene. De kjenner ikke legen. Å skape tillit og trygghet under slike omstendigheter er en krevende affære. Folk er tilbøyelige til å tro at legen handler ut fra slette motiver, prøver å spare tid eller penger eller ressurser, særlig hvis legen fraråder ytterligere behandling.

Noen leger er flinkere til å kommunisere enn andre, og noen leger er mer ubøyelige, men presset alle står overfor, er noenlunde det samme. Når jeg sto overfor omstendigheter som innebar livs avsluttende valg, valgte jeg å presentere bare de valgmulighetene jeg anså som rimelige (slik jeg gjorde det i enhver situasjon) så tidlig i prosessen som mulig. Når pasientene eller familiene brakte urimelige valgmuligheter på banen, drøftet jeg dem i legmannsvendinger som tydeliggjorde ulempene. Hvis pasientene eller familiene insisterte på behandling jeg anså som meningsløse eller skadelige, tilbød jeg dem å overføre behandlingen til en annen lege eller et annet sykehus.

Burde jeg ha vært steilere i enkelte tilfeller? Noen av de overføringene plager meg nok fortsatt. En av de pasientene jeg var mest glad i, var en advokat fra en berømt politikerfamilie. Hun hadde alvorlig diabetes og elendig blodomløp, og på et tidspunkt utviklet hun et smertefullt sår på foten. Jeg var godt kjent med risikoen ved sykehus og gjorde alt jeg kunne for å hindre henne i å ty til kirurgi. Likevel rådførte hun seg med eksperter

som jeg ikke hadde noen kontakt med. De visste ikke så mye om henne som jeg og bestemte seg for å utføre en bypass-operasjon på de kronisk tette blodårene i begge ben. Dette gjenopprettet ikke blodomløpet hennes, og operasjonssårene ville ikke gro. Det gikk koldbrann i føttene hennes, og det ble nødvendig med tosidig benamputasjon. To uker senere døde hun på det berømte medisinske senteret hvor alt dette hadde skjedd.

Det er lett å finne feil hos både leger og pasienter i slike historier, men på mange måter er alle parter ganske enkelt offer for et større system som oppmuntrer til overdreven behandling. I enkelte uheldige tilfeller utnytter legene stykkprismodellen til å gjøre alt de kan, uansett hvor meningsløst, for å tjene penger. Mer vanlig er det imidlertid at legene er redde for å bli saksøkt og gjør alt de blir bedt om nesten uten å ta til motmæle, for å unngå problemer.

Selv når de riktige forholdsregler er truffet, kan systemet likevel sluke folk. En av pasientene mine var en mann ved navn Jack, en 78 år gammel mann som hadde vært syk i mange år og hadde gjennomgått 15 større operasjoner. Han gjorde det klart for meg at han aldri under noen omstendigheter ønsket å bli koplet til livsforlengende maskiner igjen. Men på en lørdag ble Jack rammet av et massivt hjerneslag og ble innlagt bevisstløs på akuttavdelingen, uten sin kone. Legene gjorde alt som var mulig for å gjenopplive ham, og satte ham på

livsforlengende behandling på intensivavdelingen. Dette var Jacks verste mareritt. Da jeg kom til sykehuset og overtok behandlingen av Jack, snakket jeg med hans kone og med sykehuspersonalet og hadde med meg notatene fra kontoret mitt med behandlingspreferansene hans. Så slo jeg av de livsforlengende maskinene og satte meg hos ham. Han døde to timer senere.

Selv med alle ønskene sine dokumentert hadde ikke Jack dødd som han hadde håpet. Systemet hadde grepet inn. Senere fant jeg ut at en av sykepleierne oven i kjøpet hadde anmeldt meg til myndighetene fordi hun anså min frakopling av Jack som et mulig drap. Det kom selvfølgelig ikke noe ut av det; Jacks ønsker var tydelig forklart, og han hadde sørget for å dokumentere dem. Men utsikten til en politietterforskning er skremmende for enhver lege. Det hadde vært mye enklere for meg å la den livsforlengende behandlingen av Jack fortsette mot hans erklærte ønsker, for å forlenge hans liv, og hans lidelser, noen uker. Jeg kunne til og med ha tjent litt mer penger, og Medicare kunne ha endt opp med en regning på ytterligere 500 000 dollar. Intet under at mange leger altfor ofte tyr til overbehandling.

Men legene overbehandler likevel ikke seg selv. De ser konsekvensene av dette hele tiden. Nesten alle kan finne en måte å dø fredfullt hjemme på, og smerte lar seg lindre bedre enn noensinne. Hospicepleie, som legger vekt på å gi terminale pasienter trøst og verdighet snarere enn unødvendig behandling, gir de aller fleste en mye bedre avslutning på livet. Forbløffende nok viser studier at mennesker som får hospicepleie, ofte kan leve lenger enn mennesker med den samme sykdommen som velger aktiv behandling. Det gjorde inntrykk på meg å høre på radioen nylig at den berømte journalisten Tom Wicker hadde «dødd fredfullt i sitt hjem, omgitt av familien». Slike historier blir heldigvis stadig mer vanlige.

For en god del år siden fikk min eldre fetter Torch (født hjemme i lyset fra en lommelykt) et slag som viste seg å være en følge av lungekreft som hadde spredt seg til hjernen. Jeg sørget for at han fikk snakket med forskjellige spesialister, og vi fikk høre at med aggressiv behandling av sykdommen hans, inklusive tre til fem sykehusbesøk i uken for å få kjemoterapi, ville han leve kanskje fire måneder. Når det kom til stykket, bestemte Torch seg for ikke å la seg behandle og tok simpelthen bare piller mot hjernehevelse. Han flyttet inn hos meg.

De neste åtte månedene gjorde vi en masse ting han satte pris på og hadde det mer gøy sammen enn vi hadde hatt på flere tiår. Vi dro til Disneyland, for første gang for hans del. Vi hygget oss hjemme. Torch var sportsidiot, og han trivdes godt med å sitte og se på sport og spise maten jeg tilberedte. Han gikk til og med litt opp i vekt, siden han spiste yndlingsmaten sin snarere enn sykehusmat. Han hadde ingen alvorlige smerter, og han var i godt humør hele tiden. Én dag våknet han ikke. De neste tre dagene lå han i en komalikhende søvn, og så døde han. Utgiftene til medisinsk behandling disse åtte månedene, til medisinen han tok, var omkring 20 dollar.

Torch var ikke lege, men han visste at han ville ha et liv med kvalitet, ikke bare kvantitet. Gjør ikke de fleste av oss det? Hvis det finnes en oppskrift på den beste livsavsluttende pleie, er det denne: død med verdighet. For min egen del har jeg gitt legen min beskjed om hva jeg har valgt. Valgene var lette å treffe, som de er for leger flest. Det vil ikke bli truffet noen drastiske tiltak, og jeg vil gå blid inn i den gode natt.[†] Som min mentor Charlie. Som min fetter Torch. Som kollegene mine. ▼

*Oversatt fra engelsk av Knut Johansen*

† En ironisk henvisning til diktet «Do not go gentle into that good night» av den walisiske dikteren Dylan Thomas (1914–53). O.a.

# RISSKOV BILFERIE

- alltid et godt reisetilbud!

MER  
ENN 700  
HOTELLER PÅ

WWW.RISSKOV.NO



Ved foten  
av Hardanger-  
vidda



Vår  
bestselger!

Østlandet | Rjukan

## Opplev høyfjellet

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ★★★

Skinnarbu Nasjonalparkhotell ligger vakkert til på en høyde med utsikt over Møsvatn.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters middag
- Gratis internett
- Gratis parkering

SPAR OPP TIL 1.171,-

Fra kun

979,-

Ank. 01/06 - 29/06-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



Inkludert  
halvpensjon

Ligger ved  
vannet



Sørlandet | Flekkefjord

## Fjordhotell i Flekkefjord

Maritim Fjordhotell ★★★★★

- 2 x overnatting m. frokostbuffé
- 2 x 2-retters middag
- 1 x velkomstdrink (alkoholfri)
- Gratis kaffe
- Gratis internett og parkering

SPAR OPP TIL 460,-

Fra kun

1.509,-

Ank. 01/06 - 30/12-17



Inkludert  
1 x 2-retters

På bryggen  
i idylliske  
Tvedestrand



Sørlandet | Tvedestrand

## I hjerte av Tvedestrand

Tvedestrand Fjordhotell ★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny
- Gratis internett
- Sentralt i Tvedestrand

SPAR OPP TIL 297,-

Fra kun

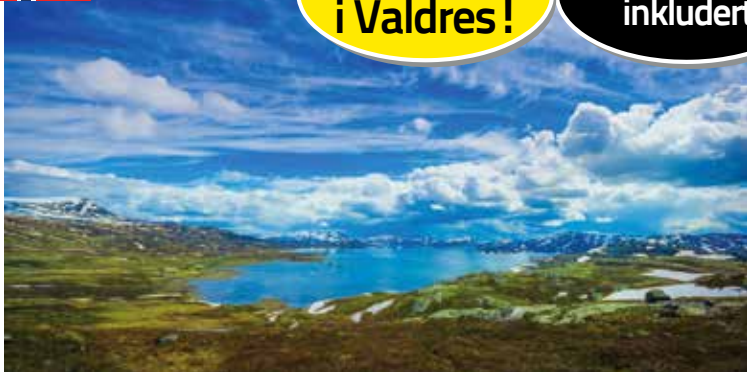
999,-

Ank. 01/06 - 30/10-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside



NYHET  
i Valdres!

Halvpensjon  
inkludert



Østlandet |

## Ved vakre Steinsetfjorden

Valdres Høyfjellshotell ★★★

Med fjellheimen rett utenfor døren.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- Gratis parkering
- Gratis internett

SPAR OPP TIL 701,-

Fra kun

999,-

Ank. 01/06 - 14/10-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

RISSKOV  
BILFERIE

Gode rabatter for barn i foreldrenes rom - for eksempel 0-5 år gratis - 6-14 år halv pris



Rimelig pris i hele Europa



Gjelder for alle Risskov Bilferies opphold: • Prisen er pr. person i dbl. vær. • Gode barnrabatter • Mulighet for flere dager • Ekspedisjonsgebyr fra kr. 79,-

# EUROPA TIL LAV PRIS

Så billig, at du ikke har råd til å bli hjemme



Book 1 natt  
fra 399,-kr

Bestselger i  
Danmark



🇩🇰 Nordjylland | Dronninglund

## Minipris til Nordjylland Dronninglund Hotel ★★★

Bo nær naturen og flotte slott på et hyggelig hotell på Jylland

- 2 x overnattinger m. frokostbuffé
- 2 x 3-retters meny/buffé
- 2 x kaffe og småkaker
- 2 x aperitif
- Inkludert miljøtillegg

Ank. 01/06 - 22/12-17 | Sesongtillegg 90 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR <sup>OPP</sup><sub>TIL</sub> 598,-

Fra kun

679,-



Populær  
turistby

Halvpensjon  
inkludert!!!

🇩🇰 Midt og Østjylland | Ebeltoft

## Miniferie i Ebeltoft Ebeltoft Park Hotel ★★★

Ferie med strand, natur, byliv, og attraksjoner samlet i en pakke.

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x 2-retters meny
- 1 x kaffe og kake
- 2 x ettermiddagskaffe

Ank. 01/06 - 28/09-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR <sup>OPP</sup><sub>TIL</sub> 278,-

Fra kun

899,-



Inngang til  
Spa

Vår bestselger  
på Sveriges  
vestkyst

🇸🇪 Vestkysten | Uddevalla

## Bestill innen 30.06. Bohusgården ★★★★★

- 2 x overnattinger
- 2 x frokostbuffé
- 2 x adgang til spa avdelingen
- Gratis internett
- Gratis parkering

Ank. 01/06 - 17/07-17 | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR <sup>OPP</sup><sub>TIL</sub> 534,-

Fra kun

869,-



Fantastisk  
beliggenhet

Bo på et av  
Sveriges beste  
spahoteller

🇸🇪 Vestkysten | Brastad

## Spa-luksus til minipris Vann Spa, Hotell & Konferens ★★★★★

- 2 x overnatting med frokostbuffé
- 1 x 2-retters meny/buffé
- Gratis inngang til SPA
- Badekåpe og tøfler på rommet
- Gratis internett og parkering

Ank. 01/06 - 30/08-17 | Sesongtillegg 100 NOK | Andre pakker + ankomster se hjemmeside

SPAR <sup>OPP</sup><sub>TIL</sub> 576,-

Fra kun

1.479,-

Ring & hør nærmere • Åpent hverdager 9-17.

Oppgi kode: REISE

[www.risskov.no](http://www.risskov.no) ➔ 32 82 90 00 ➔

Spær ift. hotellet's egen pris • Forbehold om utsolgte datoer • Evt. miljøtillegg betales på hotellet • Reisearrangør: Risskov Autoferien AG

RISSKOV  
BILFERIE



## Forskningens ABC

Sykepleien har utgitt en artikkelsamling som inneholder artikler om forskningsmetoder, statistikk, søk osv. i et hendig format på 164 sider.

Artiklene fungerer som en manual for alle som vil søke, lese, vurdere og bruke forskning. Boken er også nyttig for den som skal skrive oppgaver eller forskningsartikler på høyskole eller universitet.

### Bestill boken til kun 49 kroner!

Studentene har fått boken, men vi har flere som vi selger til medlemmer. Bestill boken ved å sende en mail til: [redaksjonen@sykepleien.no](mailto:redaksjonen@sykepleien.no)

**Sykepleien**



Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med helselag og demensforeninger over hele landet. Vårt mål er å bekjempe hjerte- og karsykdommer og demens. Dette gjør vi med forskning, informasjon, forebyggende tiltak og helsepolitisk arbeid. Vi er interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende.

## Søk midler til hjerte- og karforskning

Nasjonalforeningen for folkehelsen har støttet norsk hjerte- og karforskning siden 1960. I 2017 er vårt bidrag 22 millioner kroner.

### Nasjonalforeningens hjerte- og karforskning skal bidra til økt kunnskap om:

- ◆ Årsakssammenhenger og sykdoms-mekanismer
- ◆ Risikofaktorer
- ◆ Primærforebyggende tiltak
- ◆ Diagnostiske metoder
- ◆ Sekundærforebyggende tiltak
- ◆ Behandling og rehabilitering (ikke helsetjenesteforskning)

### Det lyses ut midler til:

- ◆ Doktorgradsstipender
- ◆ Postdoktorstipender
- ◆ Driftsstøtte til prosjekter

Postdoktor- og doktorgradsstipendene utlyses for tre år, driftsstøtte for ett år.

Midlene tildeles etter innstilling fra Nasjonalforeningen Det norske råd for hjerte- og karsykdommer.

Kontakt Øivind Kristensen for mer informasjon på telefon 40 44 57 93 eller e-post: [oikr@nasjonalforeningen.no](mailto:oikr@nasjonalforeningen.no)

### Søknadsskjema og retningslinjer finnes på:

[www.nasjonalforeningen.no/forskningsmidler](http://www.nasjonalforeningen.no/forskningsmidler)

### Søknaden leveres elektronisk innen

01.09.2017, kl. 23:30.

# del II: beslutningen



Hvem vet best  
hva som er  
et liv  
verdt  
å redde?

- legen
- sykepleieren
- pårørende
- pasienten selv
- klinisk etisk komite
- Helsedirektoratet

- 74 Dette sier loven om beslutninger i livets slutfase
- 78 En tid for å dø
- 84 Blodsbåndet
- 92 Livets siste dans
- 95 Kjente historier fra media
- 98 Komitémøter om liv og død
- 106 Noen dager om våren

## Tre måneder til hjemme

Foto: Stig M. Weston



Nina har ALS og har det siste halvåret vært avhengig av respirator. Hun ønsker sterkt å få bo hjemme til datteren har fylt 18 år. Hun har fått innvilget døgnkontinuerlig pleie-assistent og hjemmesykepleie, men vedtaket revurderes hver 3 måned. Dagen bildene er tatt følger kjæresten og assistenten henne til A-hus for å bytte kanylen i trakeostomien.





1/10



2/10



3/10

Beslutninger som angår livets slutt, oppfattes ofte som krevende. Enda vanskeligere blir det når det oppstår uenighet.

# Dette sier loven om beslutninger i livets slutfase

Tekst **Jørgen Dahlberg**, advokat og anestesilege

**H**elsepersonell oppfatter det tidvis uklart hva som skal styre beslutningene som angår livets slutt, og hvem som bør og skal treffe avgjørelsene. Avklaringene kan ofte by på utfordringer i form av vanskelig tilgjengelige regler og komplekse etiske forhold.

Noen uklarheter oppstår trolig som et resultat av manglende kunnskap rundt hva som gjelder for slike beslutningsprosesser. Gjeldende regelverk oppfattes trolig utilgjengelig for mange. Til tross for utviklete verktøy som veiledere og rundskriv (1-5) indikerer forskning at det allikevel kan være vanskelig for helsepersonell å avklare hva som er styrende i slike beslutningsprosesser. (Se intervju med Ingvild Haraldstad Skår-dal på s. 117)

#### KORT OM REGELVERKET

Utgangspunktet og den absolutte hovedregel er at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull (6) og at enhver beslutning skal treffes med pasientens informerte samtykke (7). Hensynet til pasientens selvbestemmelse skal veie tungt i den kliniske hverdagen. Dette forutsetter at kravet til informasjon, innhenting av et gyldig samtykke og involvering av pasienten etterlevs i den utredning og helsehjelp som gis.

Kravet til informasjon og medvirkning er utførlig regulert i lov om pasient- og

### Lovene

- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl)
- Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon §§ 3-1 og 3-2
- Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp §§ 4-1, 4-3 og 4-9 Lov om helsepersonell (helsepersonelloven – hpl)
- Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse §4 Forsvarlighet og § 7 Øyeblikkelig hjelp

brukerrettigheter (pbrl) (8) kap. 3 flg. Hovedregelen og utgangspunktet for bestemmelsene er enkle: Det skal legges til rette for at pasienten kan medvirke til de beslutninger som skal fattes (jf. pbrl. § 3-1). Pasienten har krav på all relevant informasjon om sin tilstand, om helsehjelpen og om mulige risikoer og bivirkninger (jf. pbrl. § 3-2).

Videre skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasienten samtykker til det eller om forholdene tilsier det (jf. pbrl. § 3-3). I praksis vil informasjonsplikt til pårørende stort sett inntre

der pasienten har samtykket til det, eller der pasienten ikke evner å samtykke. Med unntak for mindreårige er det lite tenkelig at nærmeste pårørende har krav på informasjon som en samtykkekompetent pasient har motsatt seg skal videreformidles.

Ivaretagelse av pasientens autonomi forutsetter at pasienten gis en reell beslutningsrett. Denne hovedregelen er inntatt i pasient- og brukerrettighetslovens § 4-1, som presiserer at helsehjelp bare kan gis med pasientens informerte samtykke, med mindre annet følger av lov eller annet særskilt rettsgrunnlag. Loven oppstiller ikke noen spesifikke formkrav til samtykket, og i praksis vil oftest muntlig samtykke eller en samtykkende handling være tilstrekkelig.

#### DE UTFORDRENDE UNNTAKENE

I situasjoner som angår spørsmål om behandling eller begrensninger av behandling i en livsavsluttende fase, er det ofte unntakene til hovedregelen over som er utfordrende.

Rett til å unnta informasjon er i pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2 avgrenset til der det er «påtrengende nødvendig» for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller der det er «klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær».

Unntakene fra kravet til samtykket bygger på andre vilkår, som likeledes er ▶

## «Avgrensningen for hva som er «påtrengende nødvendig» kan være vanskelig å tolke.»

- ▶ snevre. De to mest praktiske unntakene er:
  - påtrengende nødvendig helsehjelp etter helse
  - personelloven (9) (hpl.) § 7 (øyeblikkelig hjelp)

I livets slutfase er det ikke sjeldent at sykdom har satt et så stort preg på pasienten at evnen til å samtykke kan være redusert. Vurdering av om samtykkekompetansen har falt bort etter pasient- og brukerrettighetslovens § 4-3, 2. ledd må imidlertid gjøres konkret for hvert enkelt tilfelle.

Det er med andre ord ikke avgjørende om pasienten har en kjent demensdiagnose, om pasienten ble lagt inn med delir, eller om pasienten allerede er underlagt et annet tvangsvedtak. Bortfall forutsetter at pasienten er preget av en patologisk forstyrrelse som fører til at vedkommende åpenbart ikke forstår hva samtykket omfatter i det konkrete tilfellet.

### **ØYEBLICKELIG HJELP**

Det andre praktiske unntaket for

samtykke gjelder påtrengende nødvendig helsehjelp etter helsepersonellovens § 7. Denne bestemmelsen er i hovedsak utformet for øyeblikkelig hjelp-situasjoner.

Avgrensningen for hva som er «påtrengende nødvendig» kan være vanskelig å tolke og vil bero på et konkret skjønn for hvert enkelt tilfelle. Generelt er det blant annet vist til at vurderingen må legge vekt på om det er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av en helsestilstand (4).

I de tilfeller hvor pasienten er døende, kommer imidlertid ikke denne unntaksregelen til anvendelse (hpl. § 7, jf. pbrl. § 4-9), og i slike tilfeller vil således hovedregelen om krav til informert samtykke gjelde.

På samme måte kan imidlertid avgrensningen for hva som er «døende» være vanskelig å tolke, og også her vil vurderingen til dels bero på et konkret skjønn. Hensikten er å tillate pasienten å «... nekte å ta imot behandling der det ikke er utsikt til helbredelse eller

bedring, men bare til en viss livsforlengelse som i realiteten er en forlengelse av en pågående dødsprosess.».

Jeg har her ikke gått nærmere inn på de særlige reglene om rett til medvirkning, informasjon og vurdering av samtykkekompetanse for mindreårige. Men det kan kort bemerkes at reglene for mindreårige er under revidering (10) blant annet for å harmonisere bedre med FNs barnekonvensjon.

### **NOEN KJENTE PROBLEMSTILLINGER**

I en livsavsluttende fase vil det ofte være særlig viktig med en grundig og god beslutningsprosess. Like fullt forekommer det uenighet, og tidvis oppfatter også helsepersonell at slike beslutninger heftes med feil og mangler. Selv om helsepersonell oppfatter at de opptrer faglig forsvarlig og gir omsorgsfull hjelp (6), er ikke dette alltid likestilt med fullverdig hensyn til pasientens autonomi. Særlig her synes det å være flere klart definerte problemstillinger.

En kjent problemstilling er at pasientene ikke alltid blir involvert og heller ikke får fullgod og tilstrekkelig informasjon i en livsavsluttende fase (11). Forskning har i denne anledning pekt på at legene tenderer til å snakke mest om behandling, mindre om prognoser og minst om forhold rundt livskvalitet. I tillegg blir tidvis behandlingseffekt overdrevet (12).

Dette fremstår særlig problematisk da tilhørende forskning indikerer at pasientene forventer og ønsker åpen og ærlig informasjon om sin tilstand og prognose. Færre pasienter ønsker livsforlengende behandling når de får tilstrekkelig informasjon og full forståelse om sin sykdom (13).

Et tilgrensende problem er at helsepersonell ikke alltid klarer å holde fullstendig fokus på pasienten og vedkommendes autonome interesser i situasjoner hvor det oppstår uenighet. Eksempelvis fremkommer det at helsepersonell kan la pårørende få en for fremtredende rolle i disse beslutningene (11).

### SVEKKER PASIENTENS AUTONOMI

Det er i forlengelsen av dette naturlig å spørre hvorfor pasientens autonomi ikke alltid blir godt nok ivaretatt i en så viktig beslutningsprosess. Det finnes trolig ingen enkeltstående årsak; de medisinske utfordringene kan være store og derfor vanskelig å avklare, spørsmål om døden

kan være vanskelig å ta opp, det kan føles tungt å erkjenne overfor pasienten at det ikke finnes hjelp til overlevelse, det kan være vanskelig å motsi pårørende m.v.

Et særskilt forhold synes imidlertid å utpeke seg. Reglene er omfattende, til dels uklare, og gir stort rom for skjønn. På den ene side er pasientens rett til autonomi en absolutt hovedregel, mens på den annen side er de skjønnsmessige unntak fra kravet til samtykke i stor grad anvendelige ved livsavsluttende behandling.

Vurderingen av om pasienten er samtykkekompetent (forstår ikke) eller om det er en nødrettssituasjon (påtrengende nødvendig, døende/ikke døende) bygger på skjønnsmessige vurderinger som må gjøres av helsepersonellet der og da. I en presset klinisk hverdag kan det tenkes at utredningen av pasientens preferanser og reelle samtykkekompetanse er så krevende at det er lettere å treffe en beslutning som synes rimelig ut fra egne (og pårørendes) preferanser.

I den utstrekning det blir spørsmål om mer akutte vitale beslutninger, er det tilsvarende lett å se at helsepersonell lett kan gripe til nødrettsbestemmelsen. Det kan her bemerkes at den norske nødrettsbestemmelsen i helsepersonellovens § 7 går langt i å tillate inngrep i pasientens autonomi da verken spørsmål om pasientens evne til å samtykke eller pasientens motstand er avgjørende hvis

bestemmelsen kommer til anvendelse. Det har vært diskutert om dette ikke er å bringe inngrep i pasientens autonomi for langt (14). Men når bestemmelsen først gir en så vid adgang, er det lett å se argumentet for å gjøre et inngrep som vanskelig kan bli sett på som rettsstridig, når unnlatelsen av et inngrep (til tross for at dette kan krenke autonomien) motsetningsvis kan fremstå meget alvorlig. ▼

#### Referanser:

1. Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling, (2013).
2. University of Oslo FoM, Centre of Medical Ethics Forberedende samtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt 2017.
3. University of Oslo FoM, Centre of Medical Ethics. Murtaghs skjema for beslutninger om helsehjelp. 2017.
4. Helsepersonelloven med kommentarer, (2012).
5. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, (2016).
6. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 4, LOV-1999-07-02-64, § 4 hpl (1999).
7. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 4-1, LOV-1999-07-02-63, § 4-1 pbrl (1999).
8. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63 pbrl (1999).
9. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), LOV-1999-07-02-64 hpl (1999).
10. Høyringsnotat. Barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettlova, helsepersonell si ivaretaking av barn som pårørande og etterlatne, diverse andre endringar i helsepersonellova m.m., Helse- og omsorgsdepartementet (2016).
11. Romoren M, Pedersen R, Forde R. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. BMC Med Ethics. 2016;17:5.
12. Sei Lee AS. Survival estimates in advanced terminal cancer: UpToDate; 2017 [Available from: <https://www.uptodate.com/contents/survival-estimates-in-advanced-termina...>]. – HIO.
13. Finlayson CS, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997–2014. J Palliat Med. 2015;18(2):176–86.
14. Pedersen R, Nortvedt P. Når kan pasienten nekte helsehjelp? Kritisk juss. 2006;32 (03):229–53

# *En tid for å dø...*



Man snakker ofte om retten til et verdig liv – om livskvalitet.  
Hva innebærer det, og hvem definerer kriteriene?

Tekst **Karin Hake**, pårørende

*Alt har sin tid, det er en tid for alt  
som skjer under himmelen:  
en tid for å fødes, en tid for å dø,*

Bibelen. Forkynneren kapittel 3, vers 1–2

En ung kvinne ligger i sin seng. Hun kan ikke spise, ikke snakke, ikke bevege seg og har knapt nok blikkontakt. Hun er tungt medisinert.

Mor synger *Alle fugler og Ingen er så trygg i fare*.  
Hun blir roligere da.

### **ET VERDIG LIV – HVA ER DET?**

Den gangen den unge kvinnen kunne snakke, sa hun «Jeg orker ikke dette mer». Hun hadde hatt MS i 15 år.

Det ble en lang og smertefull kamp – for henne og for familien. Ikke for at hun skulle få fortsette å leve, men for at hun skulle få lov å dø. Vi har ikke rett til å ta liv i dette landet – til å gi aktiv dødshjelp. Men vi har plikt til å skjerme for lidelse, smerte og det som ser ut til å være et liv uten mening.

Geir Lippestad sier i sin bok *Et større vi* om sin datter: «Livet skulle avsluttes på en verdig og rolig måte. Ikke med akutt pustestans eller annen dramatik. Men hva er «verdig»? Og hva er «rolig» når vi vet eksakt på hvilket tidspunkt døden vil banke på?»

Et verdig liv – hvem har definisjonsmakten? Er det nok å kunne puste? Hvem bestemmer over liv og død? Hvis pasienten selv er samtykkekompetent og i stand til å gi sin mening til kjenne, er saken mye enklere. Men når pasienten ikke kan snakke eller er samtykkekompetent, hvem er det da som har «the final cut?»

### **EN ETISK GRÅSONE**

Hvem skal definere hva som er et liv verdt å leve og når døden skal få lov å komme? Noen absolutte kriterier finnes ikke. Både fagpersonell og pårørende kan oppleve «gråsoner», det kan bli en diskusjon på liv og død, bokstavelig talt, dem imellom. Dersom pårørende og fagpersonell har ulike holdninger til en eventuell livsforlengende behandling, hvordan håndteres da en slik uenighet? Hva innebærer dette for pasienten selv, og ikke minst for de pårørende, av smerte og avmakt? Beslutningene er kompliserte og reglene ikke helt entydige. Det handler både om etikk og medisin.

Dette er et vanskelig etisk dilemma som kan oppleves som uløselig. Er det bare tiden og naturen som skal gå sin gang mens pårørende befinner seg i en smertefull venteseorg?

Formelt sett er det legen som avgjør «liv eller død». Slik er reglene. Men diskusjonen og de vanskelige spørsmålene skal alltid foregå i samråd med pasientens nærmeste pårørende. «Hva er målestokken for det gode liv?» spør Geir Lippestad. Man snakker ofte om retten til et verdig liv – om livskvalitet. Hva innebærer det og hvem definerer kriteriene? Bare legene? En stadig tilbakevendende debatt er fylt av eksempler på enkeltskjebner.

### **KUNSTEN Å VÅGE**

Pårørende har, slik jeg ser det, en minst like vanskelig situasjon som fagfolkene. Jon Magnus sier i boken *Etter Karlsvogna*: «Jeg våger den påstand at de pårørende av og til har det verre enn pasienten». Fagfolk har dog en profesjonell distanse, det er deres jobb å bestemme over liv og død. For pårørende, derimot,

«Er det bare tiden og naturen som skal gå sin gang mens pårørende befinner seg i en smertefull ventesorger?»

- ▶ handler det om deres eget kjøtt og blod. Hvis livet avsluttes, er det jo ingen angrefrist.

De pårørende og deres kamp og smerte skyver på prosessen på sin måte. På en annen side vil de heller ikke miste sine kjære. Ottosen sier i boken *Må jeg dø i smerte*: «Det er godt dokumentert at den smerte som pårørende til alvorlig syke og døende kjenner kan være like sterk som pasientens selv om den har en annen karakter». Pårørende befinner seg i en følelsesmessig berg-og-dalbane med sin avmakt og hjelpeløshet. Vi vet at livet snart er slutt – men vi vet ikke når.

Å arbeide for at en nær pårørende skal få sitt liv avsluttet, innebærer både hjelpeløshet, håpløshet, selvbepreidelse og skyldfølelse. Det er et dilemma og en kamp som kanskje bare den som har følt den på kroppen, kjenner og vet hva innebærer. «Kunne jeg gjort noe mer?» blir av og til spørsmålet i etterkant.

Siden denne diskusjonen er så vanskelig og kriteriene uklare, spør jeg: Står vi overfor en

beslutningsvegring – blant fagfolk så vel som pårørende? Avgjørelsen om liv eller død er så vanskelig og smertefull at vi helt vil unngå den, eller iallfall utsette den. Jeg ser dette som «kunsten å våge» å ta en ugjenkallelig beslutning. «Så hvorfor slåss mot den evige Seierherredøden? Hvorfor ikke forson seg med det uunngåelige og avvente døden med kald og rolig realisme,» sier Per Fugelli i boken *Døden, skal vi danse?*

Døden er skremmende for mange. Er fagfolk og familie redde for å diskutere livredning kontra død? Å snakke om døden og livets avslutning blir neppe lettere hvis vi skyver unna debatten med et «hysj, hysj». Døden er vel ikke alltid negativ? Kan døden også virke som en hvile, en endelig fred?

«Vi må også kunne snakke om kampen for den gode død,» sier Olav Muller i Lippestads bok. Hadland og Thomassen sier i boken *Lidelse og omsorg ved livets slutt*: «Hvis vi innser at moderne medisin definitivt har tatt styringen over døden ut av «Guds hånd», kan vi lettere diskutere for



og imot aktiv dødshjelp ut fra det Vigeland kaller hensynet til hva som ville være i den håpløst sykes beste interesse.»

Når livet ikke står til å redde, står man på til det siste for å gi oss en verdig død. Hvor skal grensen gå, hvilke forestillinger har vi om hvordan menneskelivet skal være og om hva som er god livskvalitet? Dette er et tema som bør løftes frem og utdypes i langt større grad enn det som er tilfellet i dag. Denne diskusjonen hører ikke bare hjemme i faglige fora, men også i et generelt allmennmenneskelig forum.

### **PÅ LIV OG DØD**

«De mange innspillene i debatten som speiles i mediene fra tid til annen, viser at døden engasjerer», sier Lippestad. Men de viser også behovet for opprydding i begreper, og for et helhetlig perspektiv på mennesket, livet og døden.

Ut fra mine egne erfaringer ønsker jeg at samtalen om behandling og forholdet mellom liv og død, bør starte tidlig i prosessen når man aner hvilken vei en uhelbredelig sykdom vil gå. Jeg ønsker for et verdig samfunn og et verdig liv at denne vanskelige debatten blir ført sammen med pårørende og medisinsk personell i langt høyere grad og tidligere enn det som mange ganger er tilfelle i dag. Pårørende trenger også tid og ikke minst støtte i denne prosessen. Å bli møtt av fagpersoner med «vi har våre regler», føles nesten som en avvising, selv om den ikke er ment slik.

Det er viktig å løfte debatten og dilemmaene utover en enkelt pasients skjebne og familien. Kan man skape et felles fagforum sammensatt ikke

bare av medisinske spesialister, men også av vanlig mennesker som har følt dette dilemmaet på kroppen? Da vil man kunne høste viktige erfaringer både om prosessen i forkant og kanskje også når avgjørelsen om liv eller død skal fattes. Her trengs empati, ydmykhet og ikke minst erfaringskompetanse så vel som medisinsk fagkunnskap.

### **NÅ KAN DU FLY**

Det er «en tid for å dø» – men vi vet ikke når. Kan vi bli modigere, sterkere og tydeligere når vi snakker om døden, enten den er nært forestående eller bærer preg av en mer etisk prinsipiell diskusjon? Jeg tror ikke livet blir vanskeligere hvis vi gjør dette, snarere tvert imot. Jeg ønsker at døden ikke lenger inngår i rekken av våre tabutemaer. Da blir døden kanskje ikke så skremmende lenger.

Finnes det en god død eller en god avslutning?

I gjesteboken fra de siste to årene kan vi lese et slags klinisk bilde av hvordan sykdommen forløp. Men den gir også glimt av små gleder som ga slutfasen verdighet og en slags kvalitet.

Hun er snart ved veis ende. De små gleder, ikke minst for familien, handler om å være vakker og velstelt, lytte til julesanger og holde i hånden. I gjesteboken står det «Du er den tøffeste, modigste og sterkeste person jeg har møtt.»

Vi er her ofte nå. Hun er sjeldnere våken, men ser ut til å være uten smerter. Den som bare kunne tolke...

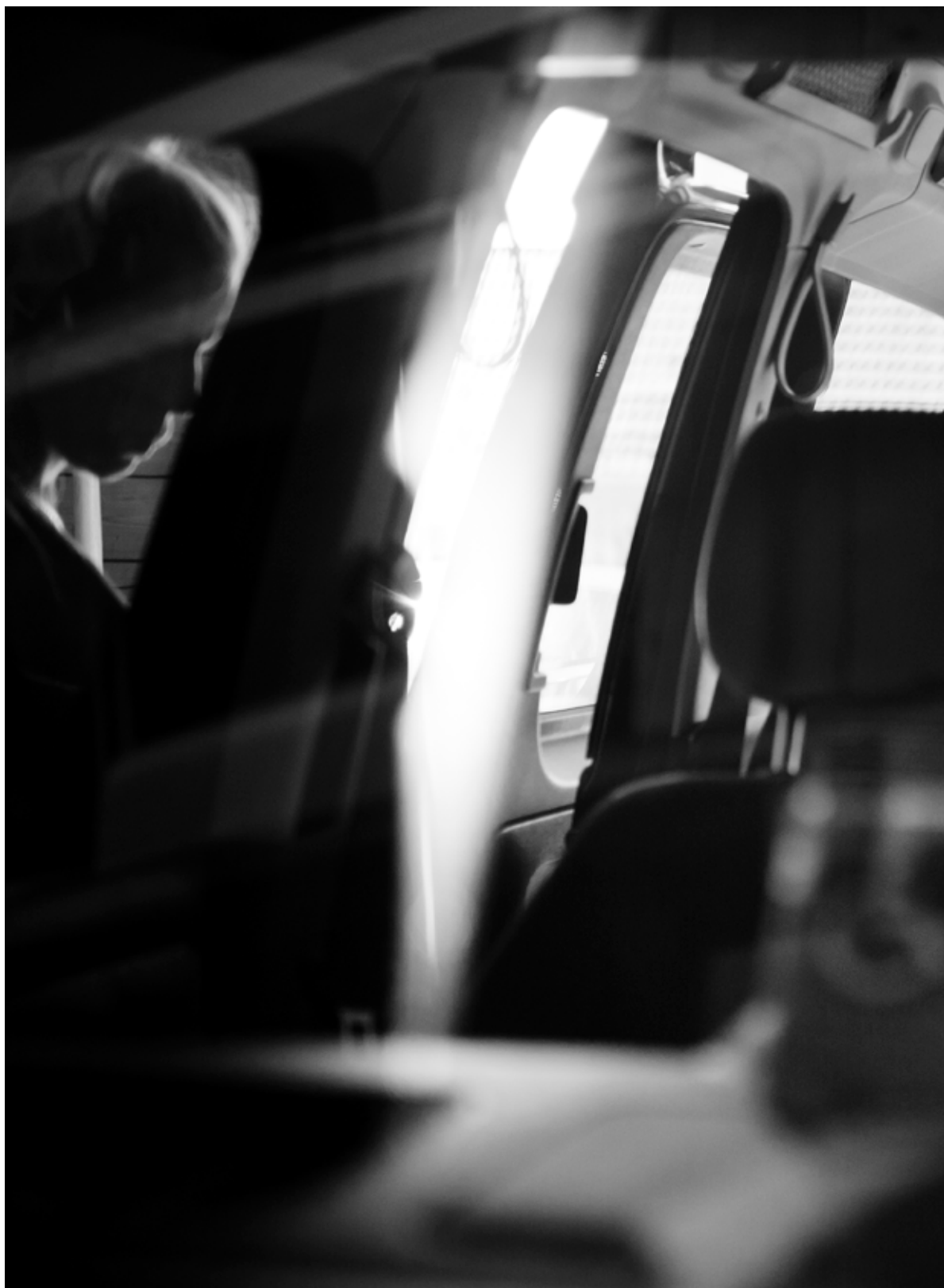
Veien til døden blir kortere og kortere.

All behandling og ernæring er avsluttet. Telefonen ringer lørdag morgen.

Nå kan du fly ... ▼

## Tre måneder til hjemme

Foto: Stig M. Weston





4/10



**NÆRE:** – I oppveksten var jeg alltid redd det skulle skje noe med broren min, sier Per Nortvedt, som står bak Finn.



# Blods- båndet

Hver morgen ringer sykepleierbrødrene hverandre. For å sjekke om det står til liv. Sånn er det å være tvilling.

Tekst og foto **Marit Fonn**, journalist

**D**a jeg fikk høre at jeg ikke er Finns nærmeste pårørende, støkket det i meg. Det rykket i genene, forteller Per.

Han er på Operaens restaurant i Oslo. Tvers over bordet sitter Finn. De to har like blanke skaller, identiske stemmer. Temmelig like ansikter, men ikke på en prikk. Som to bestiser har de kledd seg i olabukser og svarte gensere, uten å ha avtalt. De har nesten like briller.

Per og Finn Nortvedt (64) regner med at de er skapt av samme egg, men har aldri brydd seg med å ta en gentest. Nå studerer de menyen. De velger samme rett.

Per opplyser at det var kona Elin som sa det, at det ikke er han som er Finns nærmeste.

– Hun sa det er kona *hans*.

Han legger til:

– Det har med følelser å gjøre. Jeg kjenner jo lovverket, pårørende er dem pasienten velger. Hvis du ikke sier noe, er det kone. Ikke bror. Og har man ikke kone, så er det vel barna.

Finn selv synes det er naturlig at det er kona – Anne Marit:

– Vi har jo hatt 40 års samliv, forklarer han.

– Men noe skurrer, fastholder Per, – jeg har en annen og spesiell identitet til Finn enn til min kone. Det er blodsbåndet. Når jeg ser min datter, ser jeg egenskaper i meg selv. Slik er det ikke når jeg ser min kone. Når jeg ser Finn, ser jeg i hvert fall meg selv.

Pårørendedilemmaet har de løst fint. Om ikke lenge skal Finn ha forberedende samtale på Rikshospitalet, for i sommer skal han opereres i hjernen for å dempe motoriske symptomer på Parkinsons sykdom. Diagnosen fikk han for fem år siden. Med ham til samtalen blir både kona og broren.

– Da er vi jo to pårørende som kan stille spørsmål, konstaterer Per.

#### **VAR FINN SAMTYKKEKOMPETENT?**

I 2011 sto det om livet for Finn. Han var raskt på beina etter en kreftoperasjon i urinblæren. Men så fikk han magesmerter og stigende feber. I all hast ble han operert på nytt – for tarmslyng og sepsis. Han var fem døgn på intensiv, to av dem på respirator.

En dag da kona Anne Marit satt ved sengen, snakket de om samliv og hva som betyr noe. Da sa Finn plutselig:

### **Per og Finn Nortvedt:**

- Blir 65 år 12. juni.
- Sykepleiere med doktorgrad.
- Gift med sykepleier/jordmor.

**Finn:** Dosent på Høgskolen i Oslo og Akershus. Blir pensjonist 1. juli.

**Per:** Professor på senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

«Hvis det blir komplikasjoner nå, vil jeg ikke opereres en gang til. Da må dere la meg gå.» Han var fast bestemt på at han heller ville dø.

Etterpå fortalte Anne Marit det til Per. Han reagerte: «Finn er jo ikke samtykkekompetent!»

Siden har sykepleier-brødrene hatt heftige diskusjoner om dette. De har rikelig av både empiri og teori å ta av. Begge har doktorgrad. De har skrevet fagbøker, ofte handler de om etikk. En – om smerte – har de skrevet sammen. Men de to er fortsatt uenige om samtykkekompetansen.

– Det er vanskelig for helsepersonell å ta hensyn til en impuls fra pasienten, begrunner Per, som er i gang med fiskesuppen.

– Det var ikke en impuls. Det hadde røtter i en lang prosess, innvender Finn over sin tallerken.

– Det var tredje postoperative dag! påpeker Per.

– Fjerde eller femte, korrigerer Finn.

– Buken var ikke sydd igjen en gang, mener Per.

– Jo da, sier Finn.

Per holder på sitt:

– Du var nyoperert og ville ikke lemlestes en gang til. Men ingen kirurg ville ha hørt på deg, du var jo i krise. Du hadde hatt sepsis og blodtrykksfall to dager før. Neiiii ...

Finn innvender:

– Anne Marit har aldri sett meg så bestemt før. Ingen andre enn meg selv skulle få bestemme over kroppen min, mente jeg. Jeg kjenner den besluttsomheten ennå.

– Jeg skjønner godt at du var bestemt da. Men hva ville du sagt nå? spør Per.

Finn medgir at han har hatt noen av sine beste år etterpå.

– Men jeg følte meg bekvem med beslutningen. Jeg var ikke redd for å dø. Jeg kunne jo blitt liggende på



**UENIGE:** Ingen andre enn han selv skulle få bestemme over kroppen sin, mente Finn (t.v.). – Du var ikke samtykkekompetent, mener Per.

respirator hvis det ble et nytt inngrep. Anne Marit bare hørte på, hun sa ikke imot.

– Hun klarte vel ikke å si noe. Det ville ikke jeg heller klart. Det var jo et truende utsagn du kom med, sier tvillingbror Per.

#### **VILLE TAKKET KIRURGEN SOM IKKE HØRTE**

Finn lurte på hva helsepersonell gjør når pasienten ikke orker å bli skåret i en gang til? Per skulle gjerne visst om andre pasienter har samme erfaring – ikke en runde til, ikke enda en cellegiftkur.

– Kunne du tenkt som Finn, at nå er det nok, hvis du var dobbeltoperert?

– Det kunne jeg, mener Per.

– Det er nytt, sier Finn forbauset.

– Liggende nyoperert i en døs, med åpent sår, kunne jeg

også sagt at nok er nok. Men jeg vil absolutt ikke skrive noe livstestament. Jeg ville takket den kirurgen som ikke hørte på meg. Man er jo ikke ved sine fulle fem i en sånn situasjon. Det spesielle er at Finn mener det samme fortsatt, sier Per.

Han smetter inn historien om jagerpiloten Dax Cowart, som ble sterkt skadet i en eksplosjonsulykke. Han ønsket ikke å leve. Men legene hørte ikke på ham. Siden fikk han et bra liv, men han mente likevel at han skulle blitt hørt den gangen.

#### **VIL OG VIL IKKE SNAKKE OM DØDEN**

Det er ikke uvanlig at pasienter skifter preferanse etter som sykdommen utvikler seg, påpeker professor-Per.

– I tidlig sykdomsfase sier mange: Jeg vil ikke ha livsforlengende behandling. Når de blir dårligere, ombestemmer de seg. Får de pustesvikt, ønsker de hjelp til å puste. ▶

## «Jeg ville ikke opereres en gang til.»

Finn Nortvedt

► Per er medveileder for sykepleier Heidi Jerpseth som forsker på eldre pasienter med alvorlig kols.

– Leger og sykepleiere kvier seg for å snakke med dem om døden. Når Heidi intervjuer pasientene hjemme, sier de: «Hvorfor er det ingen som prater med oss? Vi vet vi ikke har lenge igjen.» Men lungelegene sier: «Skal jeg snakke om døden også, det blir bare en ekstra byrde for dem.»

Finn viser til Heidi Tuft, psykologen som hadde kreft i mange år og skrev flere bøker om det. Hun døde i 1995.

– Hun sa: «Legene er for direkte i sin informasjon. Jeg forstår selv at jeg skal dø.» Men hun sa også at det skiftet: Hun ville og ville ikke snakke om det. Det er vanskelig for både helsepersonell og pasienten å vite hva som er rett, sier Finn.

Legene sier at informasjon er like potent som medisin, påpeker Per:

– Derfor må den gis i riktige doser til riktig tid. Man må bruke litt tid.

– *Helsepersonell har ikke god tid?*

– Det er ekstreme krav som stilles til legene. De forholder seg til liv og død. De skal til og med beslutte, sier Finn.

Suppene er fortært, og Finn bestiller dessert. Per nøyer seg med kaffe.

– Men legene tenker mye biomedisinsk. Får de eksistensielle spørsmål, da går gardenen ned. Da kommer sykehuspresten, sier Per.

### **BRUTAL KIRURGI**

Finn vil tilbake til krisetiden:

– Etter så mange inntrykk hadde jeg behov for kontroll. Jeg ville forstå og snakke og var en pest og en plage for familien.

Han har blitt intervjuet og skrevet artikler om det også.

Per minner om faren deres som døde av kreft i 1979:

– Han ville ikke prate om sykdommen. Han klaget ikke heller.

– Men var vi der, undrer Finn, som måtte ty til psykolog.

– Hun sa: «Og så har ikke sjelen kommet på plass igjen?» Da skjønte jeg: «Der er dama mi!» Så lå jeg der på benken i månedsvis.

– Nå må du ikke snakke så mye om deg sjøl. Folk blir lei, sier Per.

Finn blir amper:

– Er du klar over hvor rystende det er å være så syk? Et kirurgisk inngrep er ikke hva som helst. Det setter spor. Man blir ikke kvitt tankene.

Per blir forsonende:

– Ja, du var bevisstløs, men kroppen husker det. Moderne kirurgi er fortsatt brutal. Det er lemlesting av kroppen.

Finn: – Men håndverksutøvelse på det ypperste. Sykepleiernes hender er lindrende, de virker helende. De er linken til livet. Det står i kontrast til kirurgens brutalitet.

– Det er en dobbelthet i det, påpeker Per, for også kirurgene ivaretar pasientene. Men de skjærer og dissekerer, og må derfor distansere seg mer. Det er et faktum at leger og sykepleiere ikke bare er snille, de deltar jo i tortur. 50 prosent av tyske leger var medlem i nazipartiet og deltok i folkemordet på jødene og avlivet psykisk utviklingshemmete. Noen mener at særlig medisinerer er utsatt for å bli avstumpet. De ser blod, de skjærer i kroppene.

Finn: – Det er invaderende.

Per: – Det kan gjelde sykepleiere og. Men vi ser at midtveis i medisinstudiet faller studentenes empati. De er redde for å bli berørt. Sykepleierne er redde for ikke å bli berørt nok.

### **VILLE OVERTALE EN 12-ÅRING**

En pasienthistorie har forfulgt Finn i alle år. Han var kontaktsykepleier for en 12 år gammel gutt med en dødelig sykdom. Han hadde 25 prosent sjanse for å overleve hvis han fikk en spesiell type behandling. Men gutten selv ville ikke behandles





**PREMATURE:** Per (t.v.) og Finn ble født prematurt, ble nøddøpt og måtte i kuvøse.



**OSLO-GUTTER:** Per (t.v.) og Finn Nortvedt har vokst opp på Grefsen i Oslo. Nå bor Per i Oslo og Finn i Sigdal i Buskerud.

## «Kirurgi er lemlesting av kroppen.»

Per Nortvedt

- ▶ – Jeg gjorde meg på en måte til hans kamerat med den hensikt å få hans tillit, for å få ham med på behandling. Det er jo etisk problematisk. Men det var den eneste sjansen vi hadde.
  - Behandlingen ble gjennomført.
  - Etterpå var han sint på meg.
  - Gutten døde.
  - Jeg hadde vært opptatt av å være systemets representant. Men jeg sviktet ham.
  - Per: – Kunne dere ikke brukt mer tid da?
  - Finn: – Jo, det var mye vi kunne gjort annerledes.
  - Per: – Ille for deg at du hadde sveket ham.
  - Finn: – Det viser at spranget mellom lykke og tragedie kan være kort. Det er veldig spesielt for både sykepleier- og legeyrket.

### **FORTRENGER AT BROREN ER SYK**

Finn mener han er eldst. Per er usikker, men bryr seg ikke. Det er jo bare tjue minutter.

De to babyene måtte i kuvøse, som akkurat var kommet til landet på den tiden. Det ble nøddåp. Foreldrene måtte fort finne navn til dem. Finn fikk farens navn. Per ble ikke oppkalt etter noen.

Nå er det han som vil snakke personlig. Om det å være to like:

– Båndene er så sterke. Tanken på å miste en tvilling er uutholdelig. Fortrengningsmekanismen er veldig stor når man er bror til en tvilling som er så syk, fordi man ser seg sjøl.

Finn: – Du ser speilbildet ditt. De kroppslige forandringene.

Per: – Tenk på saken om tvillingabort. Fosterreduksjon. Det er et forferdelig ord.

– *Er det personlig for dere?*

Finn: – Ja, ja.

Per: – Det handler om å fjerne et friskt barn. Pluss at det er fare for barnet som beholdes også. Får den som er igjen vite at tvillingen deres er fjernet, tro?

Finn er enig:

– Den biologiske kjærligheten er sterk, for tvillinger er den enda sterkere.

Per: – I oppveksten var jeg alltid redd det skulle skje noe med broren min. Jeg vet ikke om det er gjort noe på tvillingers sorg? Jeg fortrenger ting. Da Finn lå der på sykehuset, ble han sint på meg fordi jeg ikke forsto ham. Parkinsons er en gradvis, snikende sykdom, jeg skyver det fra meg, det er lenge til han blir alvorlig syk.

– *Tenker du at du kan få samme sykdom?*

– Nei, det er noe annet. Det er verre å forholde seg til at andre er syke, sier Per.

### **– DU BURDE VÆRE FIT**

– *Er det mer sannsynlig at Per mister Finn enn omvendt, tror dere?*

– Han mener det, sier Per.

– Statistisk sett, ja. Men Parkinsons er ikke en dødelig sykdom, sier Finn.

– Hvorfor tror du det da, spør broren.

– Jeg hadde jo blærekreft. Jeg er skåret i.

Per: – Du lever mer usunt enn meg, kanskje.

Finn: – Kunne trent mer.

Per: – Ja, så du fikk bedre lungefunksjon.

– *Moraliserer du over ham?*

– Har prøvd det hele livet, men jeg har gitt opp, sier Per.

– Når jeg har en god periode, da vil jeg slappe av, ikke trene. Jeg er hedonist. Et lystmenneske, sier Finn.

– Du skal gjennom en stor operasjon, da burde du være fit, sier Per.

Finn: – Ser du ikke at jeg er blitt tynnere?

Per: – Er det derfor du bestilte is?

Finn: – Skal vi bestille til deg, og?

Per: – Nei, jeg er asket, jeg.

### **BESTEMTE KONER**

– *Er dere forskjellige?*

– Jeg er mer utadvendt, sier Per.

Finn mener det er motsatt. Per mener han er mer i godt humør, mens Finn er mer depressiv og stille.

Finn hisser seg opp igjen:

– Jeg er ikke depressiv! Det er til og med bekreftet i undersøkelser.

– Jeg er idealist. Ga ti kroner av ukelønnen til Redd Barna, sier Per.

– Det gjorde ikke jeg, sier Finn.

De har aldri falt for samme damer, bedyrer de. Men konene deres har fellestrekk:

– Bestemte damer, sier Finn.

– Sterke, sier Per.

Så må Per forte seg til universitetet for å forelese. Finn skal hjem til Sigdal, men han har bedre tid. Han er sykemeldt og snart pensjonist.

De ringes hver morgen.

– Samtalen er en form for kvekking. En sjekk om den andre er i live. Det er ikke dypt, forteller Finn.

Det samme på ettermiddagen.

– *Hva synes konene?*

– At vi er rare. Hva er vitsen med å ringe uten å ha noe å si, lurar de på. ▼



**EN PRØVELSE:** Det kan være irriterende å ha en tvilling, mener både Finn (t.v.) og Per. De ser sine egne lyter. Å se den andre forelese er en prøvelse.

– Sykepleiere må stole mer på egen vurderinger, sier sykepleier Berit Hofset Larsen, som har jobbet med alvorlig kreftsyke i over 20 år.

# Livets siste dans

Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**, journalist

**D**et råder en særegen stemning i kaféen på Radiumhospitalet.

Lavmælte samtaler rundt små bord. En mann sitter alene og ser ut i lufta – uten lesestoff eller mobil. En kvinne triller rundt på infusjonsstativet hun er lenket til. En tynn lue over en blank isse glir forbi. Jeg kikker meg forsiktig rundt og håper jeg ikke møter blikket til et barn.

I stedet møter jeg det faste, trygge blikket til sykepleier Berit Hofset Larsen, som har gått inn og ut dørene her i snart tjue år.

– For å orke å jobbe her er det viktig

å finne balansen mellom å bli berørt og det å bli rammet, forteller hun.

## **KULTUR FOR KURASJON**

Vi finner oss et stille rom med sofa og utsikt. Det brukes gjerne til alvorlige samtaler og tunge beskjeder, får jeg vite.

– I denne jobben blir du stadig minnet om at livet er skjørt. Du lærer deg å sette pris på det du har.

Spesialsykehuset for kreftbehandling er oppkalt etter et radioaktivt grunnstoff, som visstnok gløder blålig i

mørket. Hit kommer pasienter fra hele landet. Ikke alle drar hjem igjen.

– Jeg er del av en kultur der det å forsøke å kure pasienten veldig lenge – noen ganger for lenge – er målet, sier Larsen.

– Jeg tror vi noen ganger er for sene med å oppdage når det er nok. Det er verdt å stoppe opp iblant og tenke gjennom om det vi gjør faktisk er en god ting for pasienten.

## **PASIENTAUTONOMIENS VILKÅR**

Larsen har selv stoppet og tenkt.

I sin praksis hørte hun ofte sykepleiere



**VANSKELIGE VALG:** Kreftsykepleier Berit Hofset Larsen har sett nærmere på hvordan helsepersonell forholder seg til alvorlig kreftsyke pasienters rett til medbestemmelse.

sette spørsmålstegn ved behandlinger de var med på. I refleksjonsgrupper fortalte de hvordan pasientens allmenntilstand, funksjonsnivå samt ressurser og vilje til å gjennomføre behandling i for liten grad blir tatt hensyn til ved behandlingsvalg. Dette ga spiren til masteroppgaven «Hvem fører i livets siste dans?» der Larsen har sett nærmere på pasientautonomiens vilkår ved beslutninger om livsforlengende kreftbehandling.

#### **IKKE ALLTID ET REELT VALG**

Hun har intervjuet fem leger og syv

sykepleiere tilknyttet en kreftavdeling i spesialisthelsetjenesten. Intervjuobjektene er rekruttert fra både sengepost og poliklinikk, og alle behandler alvorlig syke pasienter som sjelden blir friske av sin kreftsykdom.

Hun spurte ut legene om episoder der de mente pasientinvolvering hadde fungert godt og når det hadde fungert mindre godt. Sykepleierne ble på sin side spurt om hvordan de oppfattet legenes praksis med tanke på pasientinvolvering, samt om egne erfaringer på feltet.

– Selv om både leger og sykepleiere

anser retten til medbestemmelse som en selvfølge, gis ikke alltid den kreftsyke et reelt valg. Til det er informasjonen for mangelfull, selektert eller lite individtilpasset, mener Larsen.

Hun mener pasientene ofte gis for liten informasjon om de reelle kostnadene ved behandlingen. Det vil si hvordan det vil påvirke livskvalitet, at de kan få infeksjoner som krever innleggelse, menneskelige omkostninger, og så videre.

– Slike ting blir underkommunisert, mens den mulige gevinsten – uansett hvor liten – blir overkommunisert. ▶

## «Det skorter på både fora, kultur og tid for å diskutere de vanskelige tilfellene» Berit Hofset Larsen, sykepleier

### ► **SYKEPLEIER, ADVOKAT OG TOLK**

Utfordringene gjelder ikke bare mellom helsepersonell og pasient, men også helsepersonell seg imellom.

– Sykepleiere og leger snakker ikke godt nok sammen, mener Larsen.

– Det skorter på både fora, kultur og tid for å diskutere de vanskelige tilfellene.

Larsen viser til hvor vanskelig det kan være å stanse opp og vurdere om videre kurativ behandling er det riktige. Ikke minst når pasienter kommer inn for å starte behandlingen samme dag.

– Sykepleiere kan føle at de jobber som advokater for å formidle pasientenes interesser til legene. Samtidig fungerer de som tolk mellom lege og pasient.

### **MER BEHANDLING UANSETT**

Pasientautonomi tillegges noen ganger for lite vekt og noen ganger for mye. Ifølge Larsen ser det ut til at begge deler trekker i retning mer behandling.

– Noen ganger gir legen etter for pasienter eller pårørende som ønsker mer behandling enn det som er medisinsk begrunnet, forklarer hun.

– Andre ganger blir pasientens ønsker om å få slippe ikke hørt eller forstått. Man går ut fra at de vil ha behandling, og informerer ikke godt nok om mulige negative bivirkninger.

Larsen tror legene har et oppriktig ønske om å informere godt, men at behandlingskulturen og utdanningen vektlegger dette i for liten grad.

– De fleste leger vil nok si at kommunikasjon er viktig, men i praksis regnes det ikke som en integrert del av fagutøvelsen. Det er ikke noe de bedømmes etter.

– Pasientkommunikasjon er dessuten noe man må trene på. Leger blir kastet ut i kjempevanskelige situasjoner og i stor grad overlatt til seg selv.

### **FULLT INFORMERT?**

Det kan være stor forskjell på å overbringe informasjon og å informere.

Larsen tror enkelte leger i for stor grad er opptatt av å føre pasienten med nok informasjon av juridiske og formelle hensyn.

– I stedet for mengden informasjon, bør man tenke på kvaliteten og på at det som formidles faktisk blir forstått, understreker hun.

Informasjonsflyt – eller mangelfull sådan – går andre veien også, fra pasient til personell.

Larsen erindrer spesielt en episode fra noen år tilbake: Da en lege anbefalte videre kurativ behandling av en kreftsyk mann i 60-årene var det sykepleiere som stusset kraftig. De oppfattet mannen som svært dårlig og mente

behandlingen, som ikke hadde hatt den ønskete effekten så langt, ville innebære en for stor påkjenning.

Da de leste legens beskrivelse av funksjonsnivå, sa de rett ut at «nei, dette stemmer ikke».

– Jeg fikk da satt legen og sykepleierne ned rundt et bord, forteller Larsen.

Sykepleierne fortalte hvordan de oppfattet pasientens funksjonsnivå – kognitivt, ernæringsmessig, fysisk og så videre. Det var tydelig at legen ikke hadde denne informasjonen, og behandlingen ble redusert.

### **GODE SPØRSMÅL**

Berit Hofset Larsen hevder ikke å ha svaret på når nok er nok, men mener det er mye å hente på å stille bedre spørsmål. Og å stille dem oftere.

Hun mener pasientinformasjonen til alvorlig kreftsyke i dag i for stor grad er medisinsk orientert og at det vies for lite oppmerksomhet til mestring av alvorlig sykdom og forberedelse til naturlig død.

– Dette er et følelsesmessig vanskelig felt der mye er tabu, selv i vårt miljø. Det er alltid en risiko at vi velger å unngå elefanten i rommet, understreker hun.

– Mitt fremste budskap til sykepleiere er at vi må stole enda mer på egne vurderinger, være tydelige overfor legene og tenke at vår informasjon også er viktig. ▼

## Respiratoren til Kristina (4) ble skrudd av

Tekst Marit Fonn, journalist

### Sykehuset ville skru av respiratoren til Kristina. Faren hennes var uenig. Saken skapte mediestorm.

Natt til 14. september 2005 førte ekstremvær til et jordras som traff fem rekkehus i Fana i Bergen, det såkalte Hatlestad-raset.

Kristina Hjartåker var tre år da hun ble hardt skadet i raset. Hun lå i koma i fem måneder før hun døde 7. februar. Da var hun blitt fire år. Moren hennes og en annen kvinne døde også som følge av raset.

Kristina ble funnet bevisstløs og legene på Haukeland sykehus så ikke håp for bedring, og de mente at behandlingen kunne være smertefull for henne.

I slutten av september ville de skru av respiratoren. Kristinas far, Oddmund Hjartåker var uenig. Med advokathjelp ville han utsette avgjørelsen. Sykehuset og faren kom ikke til enighet.

I januar 2006 ble saken kjent i mediene og skapte storm. Debatten gikk om hvem som skulle ha det siste ordet – legene eller familien.

Legene ville skru av respiratoren i januar 2006, faren var fortsatt uenig. Beslutningen ble utsatt, og Hjartåker håpet lagmannsretten ville omgjøre den. Biskop Ole D. Hagesæther ville mekle i saken. Rettssak ble dermed unngått.

Far fikk støtte av toppolitikere:

– Ingen som kjenner Kristinas historie kan unngå å bli berørt, sa Monica Mæland (H) til Bergens Tidende.

Flere utenlandske sykehus sa nei til å behandle henne.



**Kristina-saken vakte storm i mediene. (Faksimile fra Bergens Tidendes nettside 8.2.2006.)**

1. februar dro tre leger, inkludert viseadministrerende direktør og sikkerhetssjefen på sykehuset, hjem til faren for å snakke med ham. Hjartåker var da syk og sengeliggende. Politiet ble tilkalt for å fjerne dem, og Hjartåker anmeldte dem for truende oppførsel. Sykehuset mottok hatbrev og drapstrusler.

Noen dager etter hjemmebesøket ble respiratoren skrudd av. 7. februar døde Kristina med familien rundt seg.

Saken ble politianmeldt og henlagt tre ganger, men i juni 2006 kritiserte Helse-tilsynet sykehuset for sviktende kommunikasjon med pårørende da ansatte møtte opp hjemme hos faren.

I en ny rapport i juni 2017 konkluderte Helsetilsynet med at Haukeland sykehus handlet riktig da den sterkt hjerneskadde fireåringen Kristina Hjartåker ble frakoblet respirator.

Kilder: Bergens Tidende, NTB, Wikipedia

## Koplet av Terri ernæringssonde etter 15 år

Tekst Marit Fonn, journalist

### Mannen til hjerneskadde Terri ville hun skulle få dø. Foreldrene hennes var uenig.

Amerikanske Terri Schiavo fikk hjertestans i 1990, men ble gjenopplivet. Hun hadde da fått en massiv hjerneskade og var i koma. Hun fikk næring via en magesonde.

Hennes ektemann ønsket at sonden ble fjernet. Han mente at Terri selv ikke ville ha ønsket aktiv behandling for å leve et liv i en permanent vegetativ tilstand.

Saken reiste debatt i hele verden, og engasjerte både la-lev-aktivister og retten-til-å-dø-aktivister. Saken involverte politikere på høyt nivå, inkludert president George W. Bush, og den gikk hele veien i rettssystemet i USA. I mars 2005 ble næringssonden koplet fra. Høyesterett avviste til slutt anken fra foreldrene om å kople til sonden igjen.

Terri døde 31. mars 2005. Hun var da 41 år.

Kilder: NBC News, VG og Wikipedia

## Tre måneder til hjemme

Foto: Stig M. Weston



5/10



6/10







7/10

Behandlingsbegrensning er en gjenganger i kliniske etikk-komiteer, men sykepleiere benytter seg i påfallende liten grad av ordningen, synes KEK-medlem Gunnar Grømer.

# Komitémøter om liv og død

Tekst og foto **Ingvald Bergsagel**, journalist

**V**erdier, holdninger og etikk i kliniske situasjoner er en ekstremt sentral del av yrket mitt.

Slik forklarer intensivsykepleier og assisterende leder ved postoperativ og intensivavdelingen på Ullevål sykehus, Gunnar Grømer, noe av motivasjonen for sitt mangeårige engasjement i sykehusets kliniske etikk-komité (KEK).

Grømer er eneste sykepleier blant de tolv faste medlemmene av KEK Oslo universitetssykehus, Ullevål og Aker sykehus. Komiteen teller for øvrig sju leger, én sykehusprest, én teolog, én jurist og én rådgiver.

– En utfordring for mange sykepleiere er at de går i turnus. KEK-møter kan havne på deres fridager, og hasteinnkallinger kan være vanskelig å stille opp på. Det krever at du har en fleksibel arbeidssituasjon eller får mulighet til å prioritere KEK-oppgaver ved behov.

## **ETISK BEVISSTE SYKEPLEIERE**

Grømer skulle gjerne sett at sykepleiere engasjerte seg mer i KEK-virksomhet, både gjennom å løfte frem saker og å melde sin interesse for å bli medlem.

– Jeg opplever at sykepleiere som yrkesgruppe er veldig opptatt av etikk, og

at etiske dilemma er noe som diskuteres omtrent daglig, i alle fall innenfor intensivfaget.

Likevel, forteller han, utgjør sykepleiere en forsvinnende liten andel av klinikerne som melder saker inn for KEK-en ved Ullevål og Aker.

I en landsdekkende undersøkelse fra 2008 kom 35 prosent av de innmeldte KEK-problemstillingene fra sykepleiere, mens 54 prosent av henvendelsene kom fra leger.

– Jeg tror dette delvis skyldes at sykepleiere er flinke til å diskutere mye ute i klinikk, men også at de synes terskelen



**KOMITÉMEDLEM:** Å delta i en klinisk etikk-komité er både meningsfullt, utviklende og krevende forteller intensivsykepleier Gunnar Grømer, som har ti års fartstid fra slikt komitéarbeide.

for å be om en KEK-drøfting er høy, sier Grømer.

#### FORA FOR REFLEKSJON

Det er over 40 år siden Rådet for lege-etikk fremmet forslag om at norske sykehus burde ha egne kliniske etikk-komiteer og 17 år siden Stortinget vedtok at det skulle være et krav.

Per i dag er 41 slike komiteer i drift ved helseforetakene, i tillegg til en håndfull etiske råd og komiteer i kommunehelsetjenesten.

Komiteene skal være tverrfaglig sammensatt, de tar imot både enkeltsaker

og prinsippsspørsmål til drøfting og skal fungere som fora for bevisstgjøring og refleksjon om vanskelige etiske problemstillinger.

Hvor langt bør man for eksempel gå med behandlingen av et alvorlig sykt barn når sjansene for å lykkes er små og belastningen betydelig, men pårørende nekter å gi opp håpet?

Hva slags helsehjelp kan ytes til barn av foreldre med uavklart oppholdssituasjon?

Hvor mye bør man presse på når en kreftpasient nekter behandling fordi han vil satse på alternativ medisin?

– Hver sak er unik. Jeg opplever

### KEK i tall

I mai 2008 ble det sent ut et spørreskjema til klinikere som hadde meldt inn saker for sin lokale KEK. Tallene her er basert på 43 slike skjemaesvarer, presentert i medisinstudent Guro Kalagers prosjektoppgave fra 2010 og i Tidsskrift for Den norske legeforening i 2011.

- 36% Andel sykepleiere blant dem som hadde meldt inn saker. (54 % var leger.)
- 56% Andelen henvendelser relatert til begrensning i behandling av alvorlig syk
- 38% Andel KEK-drøftinger som fikk praktiske følger
- 14% Andel saker der KEKs råd førte til at man avsto fra videre behandling eller avsluttet pågående (6 av totalt 42).

komiteens arbeid som svært meningsfull og faglig givende, sier Grømer.

#### INGEN FASIT

Oslo universitetssykehus har fire ulike KEK-er. Av totalt 23 enkeltsaker disse behandlet i fjor, dreide ni seg om behandlingsbegrensning. I tillegg var tre saker relatert til kreftpasienter som nektet utredning eller behandling.

– Saker som går på å avslutte eller begrense behandling er alltid utfordrende, innrømmer Grømer.

– Mange historier brenner seg fast, og vi preges av situasjoner der det er vanskelig

## «Etiske dilemmaer er noe som diskuteres omtrent daglig, i alle fall innenfor intensivfaget.»

Gunnar Grømer, intensivsykepleier og KEK-medlem

### ► å lande på råd eller handlingsløsninger.

Hastemøter, der situasjonen gjør at det blir kort tid for avklaring, synes Grømer er spesielt utfordrende.

– Men vi bruker mye tid på etterarbeid av saker. Komiteens arbeid blir grundig evaluert og vi ser om noe burde vært håndtert annerledes.

En KEK har ingen formell beslutningsmakt, og saker som tas opp til behandling, kan sjelden løses med to streker under svaret. Det er da heller ikke poenget, understreker Grømer.

– En KEK er verken en domstol eller et klageorgan, men skal bidra til å løfte den etiske bevisstheten ute i klinikk og bidra til løsninger på vanskelige, etiske dilemmaer.

### **ET HELT SPESIELT ROM**

Rommet som benyttes til komitémøter på Ullevål sykehus, er ikke helt som andre møterom.

I det gamle, verneverdige apoteket sitter historien dypt i veggene – bokstavelig talt.

Innfelte vitrineskap fungerer nå som utstillingsmontere for antikke porselenskrukker påmalt arkaiske, farmasøytiske termer. Veggene er dekket av Gunnar Tandbergs snart hundre år gamle fresker og Oliver Engholms treskjæringer.

Grømer er usikker på hvorfor nettopp

apoteket brukes til KEK-møtene. Kan det simpelthen være fordi det som oftest er ledig?

Eller bidrar selve rommet til et nødvendig, fysisk og mentalt brudd med arbeidsvirkeligheten komitémedlemmene forholder seg til daglig?

– Vi må være sensitive og ydmyke for at virkelighetsoppfatningen til brukere og pårørende kan være annerledes enn vår, sier Grømer.

– En pårørende kan for eksempel ha et sterkt ønske om å fortsette behandling, der erfarent helsepersonell ser det vil innebære mer lidelse enn nytte. Det må vi ha forståelse for.

### **SYKEPLEIERINTUISJON**

Selv om legestanden dominerer KEK-enes medlemslister, er alltid sykepleiere representert. Mange komiteer er også utstyrt med prest, jurist og brukerrepresentant, mens psykologer, sosionomer, fysioterapeuter og liknende dukker mer sporadisk opp.

Tverrfagligheten, og det å kunne belyse saker fra ulike synsvinkler, ansees som en vesentlig verdi ved komiteenes bidrag.

– Jeg mener at en så bredt sammensatt komité som mulig vil være nyttig, sier Grømer.

Han opplever ingen profesjonskamp mellom de ulike yrkesgruppene, men

## **Kliniske etikk-komiteer (KEK)**

- Tverrfaglige komiteer, primært innen spesialisthelsetjenesten, som har skal bidra til å «høyne kompetansen i medisinsk etikk og identifisere, analysere og om mulig løse etiske problemstillinger relatert til pasientbehandling».
- Spørsmål knyttet til begrensning i behandlingen av alvorlig syke er det som oftest meldes inn til komiteene, ifølge en undersøkelse fra 2008.
- Hvert helseforetak skal ha minst én KEK.
- Per i dag er det 41 operative kliniske etikk-komiteer ved norske helseforetak.
- I tillegg er det opprettet kliniske etikk-komiteer og etiske råd med liknende mandat i minst ti norske kommuner.
- Opprettelsen av KEK-er på norske sykehus ble først foreslått av Rådet for legeetikk i 1976.
- I 1993 bevilget Sosial- og helsedepartementet penger til en treåring utprøving ved Gjøvik fylkessykehus, Rikshospitalet og Ullevål sykehus.
- De første, faste komiteene ble etablert i 1996.
- Senter for medisinsk etikk ved Institutt for helse og samfunn (HELSAM), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo har ansvaret for nasjonal koordinering og fagutvikling av komiteene.

Kilde: HELSAM



**ROMFØLELSE:** Det gamle, verneverdige apoteket på Ullevål sykehus setter en historisk og høytidelig ramme rundt KEK-møtene.

ser likevel visse ulikheter som kan være relevante i KEK-sammenheng.

– Sykepleiere er tett på pasienten gjennom døgnet. De har ofte mye mer uformell kontakt med pårørende og blir tettere involvert i mange av forløpene. Det gjør at de ofte kan reagere nærmest intuitivt om de oppfatter at noe medfører unødig lidelse eller ikke gjør pasienten

godt. De kan stille spørsmål ved om eventuell nytte oppveier for ulempene.

#### **MER ENGASJEMENT**

Grømer skulle, som nevnt, gjerne sett at sykepleiere bruker kliniske etikk-komiteer mer enn de gjør i dag.

– Og dersom du er genuint interessert i etikk og opplever at du har noe å bidra

med, så synes jeg du bør vurdere å melde din interesse for å bli medlem, oppfordrer han.

– Jeg opplever i alle fall arbeidet vi gjør som svært verdifullt og givende. Det å dukke ned i store etiske dilemmaer – å reflektere og diskutere dem i fellesskap – er en øvelse som er faglig og personlig utviklende. ▶

## Fem perspektiver

Vi stilte følgende spørsmål til fem KEK-medlemmer med ulik bakgrunn:

**A)** Hva gir det deg – faglig og personlig – å delta i en KEK?

**B)** Hvorfor er det viktig at nettopp din type kompetanse er representert i KEK-en?

**C)** Hender det at dere behandler saker om livsforlengende og/eller livreddende behandling i din KEK, og hva slags etiske dilemma har i så fall blitt drøftet?

**D)** Alle klinisk etiske komiteer skal være tverrfaglig sammensatt. Hvilke forskjeller – om noen – merker du mellom de ulike profesjonene i hvordan de argumenterer og forholder seg til sakene som tas opp?



### Sykepleieren

**Kirsten Mostue**

Spesialsykepleier ved intensivavdeling og leder av KEK på Sykehuset Innlandet HF, Elverum

**A)** Økte kunnskaper og større bevissthet om etiske dilemmaer i praksis. Erfaring i systematisk drøfting av komplekse etiske spørsmål.

**B)** Sykepleieren er hos pasienten hele døgnet. De kommer tett på pasient og pårørende og har den daglige kontakten. Sykepleierens innfallsvinkel er pasientomsorg.

**C)** De fleste saker vi behandler berører disse spørsmålene. Det kan være uenighet mellom pårørende og behandlingsteam, så en tverrfaglig drøfting av utenforstående kan bidra til å belyse saken bedre. Det kan være følelsesladete situasjoner der misforståelser har oppstått, kommunikasjonen har stoppet opp og KEK kan gi et nytt blikk på situasjonen. Det kan være usikkerhet i beslutningsgrunnlaget der vi ønsker en tverrfaglig uttalelse som støtte eller råd for videre prosess.

**D)** En tverrfaglig sammensetning sørger for at de ulike faggruppene med hver sin kunnskap og fagtradisjon belyser saken forskjellig. Disse delene sørger til sammen for en helhet.



### Legen

**Pål Friis**

Overlege i geriatri, medisinsk avdeling og leder av KEK Sørlandet sykehus HF

**A)** Svært mange medisinske avgjørelser har en etisk side. Høy bevissthet om medisinsk etikk er derfor viktig for kvaliteten i helsetjenesten. Personlig synes jeg det er et spennende felt.

**B)** Hovedtyngden av medlemmene i KEK på sykehus bør være leger og sykepleiere som står i daglig pasientkontakt. De etiske dilemmaer i klinikken berører dem som tar og gjennomfører kliniske beslutninger der etiske overveielser inngår. Ekspertisen som KEK representerer, er først og fremst bygget på at det er erfarne medarbei-

dere fra det kliniske arbeidet som har skolert seg i systematisk etikkrefleksjon.

**C)** Spørsmålet om livsforlengende behandling er blant de vanligste sakene i KEK. Dilemmaene er oftest pasientens rett til å bestemme selv kontra en medisinsk vurdering av hva som er til pasientens beste. Det kan dreie seg om samtykkekompetanse og pårørendes rolle.

**D)** Jeg opplever ingen systematisk forskjell mellom yrkesgruppene i KEK-diskusjonene. Når saker meldes fra kliniske avdelinger, kan det være at leger og sykepleiere, med ulikt forhold til og ulike erfaringer fra pasientene, kan ha ulike syn, for eksempel på livsforlengende behandling. Veilederen for begrenning av livsforlengende behandling tar opp dette spørsmålet og anbefaler at slike saker diskuteres blant alt helsepersonell nær pasienten før legen tar beslutning om livsforlengende behandling. Denne viktige anbefalingen etterleves nok ikke godt nok.



## Presten

### Jens Dale

Sokneprest og medlem av Gjøviks klinisk etiske komité i kommunehelsetjenesten

**A)** Det er hyggelige og vettuge mennesker som kommer sammen i komiteen. Og det er innspill der jeg lærer en del om hverdagen i helse- og omsorgssektoren. Rent generelt tenker jeg at KEK ikke behandler spesielt mange saker.

**B)** I forbindelse med livssituasjonen for døende, kan jeg som prest ha vinklingen «omsorg for det hele men-

neske, også den åndelige dimensjonen». Det er et gode at et menneske kan oppleve at det er i «Guds hånd i liv og død». Noen ganger er troens trygghet veldig viktig for både den døende og de pårørende. De gamle salmene har et paradoksalt uttrykk som handler om å «dø søtt i Jesu navn». Dette kan være viktigere enn å forlenge livet en begrenset tidsperiode.

**C)** Ja, noen ganger kan slike problemstillinger komme opp. Det klassiske dilemmaet blir jo på hvilket grunnlag livsforlengende og livreddende behandling skal utføres. Hvordan skal avgjørelsen tas og av hvem.

**D)** Man kommer med ulike tilnærminger, men komiteens medlemmer er flinke til å se sakene fra ulike vinkler. Det er betryggende at komiteen er tverrfaglig sammensatt.

## Brukerrepresentanten



### Lise Connely

Fylkesleder i Sør-Trøndelag i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og medlem av KEK ved St. Olavs Hospital HF

**A)** Som brukerrepresentant i KEK var læringskurven bratt i starten. Det er viktig for meg at jeg kan delta med mine tanker og meninger på vegne av den brukergruppen jeg representerer. Dette er meget givende og en viktig oppgave man aldri blir ferdig utlært i.

**B)** Som brukerrepresentant er jeg den eneste som deltar uten helsefaglig bakgrunn. Jeg tror det er viktig at stemmen fra brukersiden er ivaretatt for å sikre at alle etiske dilemmaer og andre temaer også blir belyst fra dette perspektivet. Det er fort gjort at fagfolk blir opptatt av sitt felt og trenger en stemme som minner dem om hvem de faktisk er der for.

**C)** Alle diskusjoner rundt livsforlengende og livreddende behandling blir drøftet systematisk og fra ulike vinkler. Slike etiske drøftinger er spesielt vanskelige når det er snakk om barn.

**D)** Alle er forskjellige, og derfor vil det alltid være ulike meninger. Jeg opplever at medlemmene i KEK er meget reflekterte. Det er rom for diskusjoner, og alle blir hørt og respektert. Som brukerrepresentant føler jeg meg både sett og hørt på lik linje som resten av gruppen.



## Juristen

### Ida Mollerud

Juridisk rådgiver og medlem av KEK Sykehuset i Vestfold

**A)** Jeg blir kjent med ulike problemstillinger som så å si alltid har juridiske aspekter, i tillegg til det faglige og etiske, og jeg får trening i å sortere de ulike aspektene. Drøftinger i etikkomiteen gir meg kunnskap om ulike faggruppers tilnærming til problemstillingene. Jeg tar også med meg erfaringer fra KEK inn i andre problemstillinger jeg møter, både i og utenfor jobben. Det gir en god læring i refleksjon og bevissthet om at det ikke alltid er et entydig svar på et spørsmål.

**B)** Det er viktig at KEK har minst ett medlem med juridisk kompetanse for å sikre at de juridiske aspektene blir løftet frem og drøftet. Jussen setter rammer for diskusjonen på tilsvarende måte som de faglige rammene. Iblant er det ikke et etisk problem, men faglig eller juridisk. Jussperspektivet kan bidra til å «rydde saken» og formulere det etiske dilemmaet.

**C)** Vi behandler slike saker med ujevne mellomrom. Etiske dilemmaer som har blitt drøftet – der ett aspekt var fare for alvorlig skade eller død uten behandling – har for eksempel vært om det er riktig å avslutte livsforlengende behandling mot nærmeste pårørendes vilje, når slik behandling faglig sett ikke anses hensiktsmessig. Vi har også vurdert om det er riktig ikke å igangsette tvangsernæring hos en pasient med raskt synkende BMI, høy risiko for snarlig død og alvorlig psykisk lidelse.

**D)** Vi tar nok ofte utgangspunkt i det faget vi representerer og bidrar med ulike aspekter. Vi bruker drøftingsmalen fra Senter for medisinsk etikk. Alle øver på å se de etiske sidene av sakene, men der er noen mer erfarne enn andre og har mer basiskunnskap om ulike etiske aspekter og teorier.

# Tre måneder til hjemme

Foto: Stig M. Weston



8/10



9/10







10/10

# Noen dager om våren

Dere vet ingenting om min fars liv.

Av **Grethe Fatima Syéd**, pårørende

*Er det mening skapt i at sykepleieren  
den ene dagen sier  
Dette går bra  
Han er jo så sterk  
Nå skal vi i gang med fysioterapeut,  
ergoterapeut og logoped  
Bare svelgereflexen er intakt så  
Vi begynner i morgen  
og legen så å si neste dag  
Sånn vi vurderer det er ikke dette livet verdt å leve  
Hvordan kan hjelpepleieren den ene dagen si  
Hørselen er ofte det siste som forsvinner  
Så bare fortsett, det er bra, si fine ting til ham  
Snakk med ham, vi merker det, de blir ofte  
beroliget av å bli snakket til  
og legen, foran sengen hans  
foran ørene det ikke er mulig å lukke  
Sånn vi vurderer det er ikke dette livet verdt å leve*

For det var sånn det var. Denne pasienten, med sin skrukkete, myke og mørke hud, med sine armer med hår på, med sine øyne bak øyelokkene, tenner bak leppene, måtte ligge i en tilstand av noe vi ikke vet hva er. Bevisstløshet? Søvn? Døende dvale? Ro? Pasienten måtte høre – eller ikke høre – en lege han kunne vært bestefar til si med sine små tørre ord: «Sånn vurderer vi det.»

Men hvem er dette «vi»? Og hva slags grunnlag er vurderingen gjort ut fra?

Dere vet ingenting om min fars liv. Hvordan det har vært i over 80 år og frem til nå. At de siste dagene har vært gode, svært gode, at han har vært gladere, og roligere, tryggere og mer fornøyd enn på veldig veldig lenge. Han har roet ned

den frenetiske styringen. Vandrer ikke lenger hvileløst omkring, spretter ikke lenger opp så snart vi har klart å få ham til å sette seg. Snakker ikke manisk til de ansatte, til de andre beboerne, til oss. Vi har sett smilet hans igjen. Skal han ikke få lov til det? Skal ikke vi?

Rett nok skyldes dette slaget. Det har liksom overstyrt Alzheimeren og er ikke noe fremskritt. Vi vet jo det. Han kommer til å dø snart likevel, uansett hva vi finner på, uansett hvem som gjør eller ikke gjør hva. Men for oss tar disse ordene fra ham en verdi vi gjerne skulle sett han fikk beholde.

For hvem sier at det ikke kan gå bedre når det går dårligere? At ikke det å gå inn i den siste fasen av død kan være en god ting?

*Og han ser på oss og spør  
om han kan ta casen vår med  
til et seminar i døendeomsorg som  
skal være når han går av vakt  
Det er på et av landets fremste institusjoner dette  
De kan døing  
og de vil stadig bli bedre  
Tro for all del ikke annet*

Klart du kan. Klart det er fint at dere vil bli bedre. Men sånn du snakker gjør meg litt urolig. Det er liksom noe som mangler, noe du ikke sier. Kanskje fordi du ikke tenker på det, nemlig at det ikke er casen vår du tar med, det er ordene dine om casen vår. Ord som kunne ha vært noen helt andre avhengig av hvem som sa dem, et uendelig antall andre, og dermed et uendelig antall helt andre caser.

Casen vår ikke er noe case, det er liv, fire hele liv, der vi sitter på rommet rundt sengen hans og du forteller om

vurderingene dere har gjort. Og det er seks liv til i forlengelsen av våre. De er på skolen nå, disse livene, det er tirsdag, de har aldri mistet før, de vet ikke hva dette er og de forguder ham. Dette som nå bare er en kropp i en seng i en stripe sykehusskjorte, har båret dem frem og tilbake over stuegulvene fra de trakk sine første sukk. Det var oss du skulle tatt med, alle sammen, vi kunne fortalt om verdi og ikke verdi, vi kunne fortalt ett og annet om liv ordene henger fast i.

For hva er dette hastverket? Gi nå litt tid. Ikke flere ord som mitraljøser tvers over sykehussengen. Han puster jo, du ser vel det, dynen går opp, ned, opp, ned. Hva vet vel du om ord. Om liv. Om valg. Vi har også ord, vi snakker 50 års ord, det er en del flere enn dine. Men våre hviler. Dine gjør, de gjør av og på medisin, av og på liv, de gjør og gjør, mens alt vi vil er litt tid til å kjenne på denne mannen, denne faren, denne kroppen som snart nå bare er en kropp.

*Og når han våkner og ser på oss.*

*Og når han våkner og smiler.*

*Og når han våkner og strekker hånden mot oss, holder,  
fast, vil trekke seg opp og sykepleieren sier «Han er så sterk.»*

Ja, han er sterk. Ingen ord har han mer, men så var han heller aldri en mann av ord, han var en mann av blick, av hånd, av smil.

Kan man be et menneske skrive under på sin egen dødsdom? Kan man be et menneske som elsket ham om å gjøre det? Et menneske som hatet ham om å gjøre det? Blod som er gitt eller valg, valgt bort og frem i de tusen valg som hver dag gjøres, under panneluggen, over dampen fra kaffen og grytene, i søvne med ryggen vendt bort? Jorden og han, veggen i sengen, det våte i ganen ▶

- ▶ under hvelvingen som katedralen eller ribbeina på en strandet hval. Hatet i øynene, ordene som blir presset ut mellom tennene. Den bortvendte skulderen. Men likevel.

Inni ansiktet fins et ansikt. Bak huden, det er en annen beinstruktur der. Hverdagslig, men likevel streng.

Og legen snakker om kunstig. Om å forlenge livet kunstig. Men vi vet jo hva kunstig er. Han hadde vært død for femten år siden hvis ikke det var for noe kunstig. Hvis det ikke var for at sykebilene som kom og hentet ham tilfeldigvis var så nyfødte fra fabrikkene at vannet ennå ikke hadde tørket fra den, og hadde utstyr så glitrende nytt at det var mulig å sende informasjonen i forveien til sykehuset slik at alt sto klart da de kom. De sparte minst femten minutter, og det er kunstig at de femten minuttene ble femten år. Så kom ikke her og snakk om kunstig. Vi er ikke dumme heller, vær så snill, vis litt respekt.

*Men legen på sykehjemmet sa  
at lungebetennelse ikke er den verste måten  
å dø på  
at det fins vondere utganger  
mer smertefulle  
at den er skånsom  
ikke vond  
relativt barmhjertig  
etter måten  
en naturlig avrundning  
at det fins ulike alternativer; om han skulle få et slag igjen,  
og ofte gjør man det,  
så vil man ikke sette i gang livreddende tiltak  
Og sykepleieren som hadde vært nærmest ham sa*

*Han er så snill*

*Han har det ikke vondt*

*Han har ikke spist i dag, nesten ikke drukket heller*

*Vi får ikke i ham medisinen*

*Vi vil ikke plage ham heller*

*Han virker fornøyd*

*Han har ikke vondt noe sted*

*Han er så snill*

Noe av det siste min far gjorde, var å brette et grønt pledd. Vi hadde vært ute på benken utenfor sykehjemmet og hadde tatt pleddet med og hadde sittet en stund på det og sagt ingenting, med hendene i fanget. Etter en stund reiste han seg, dro i pleddet, nikket med pannen og jeg skjønnte: Vi skulle brette det sammen. Dette livet som nå snart var slutt, fremdeles ville han ha orden, ha verdighet, ha verdi. Så jeg reiste meg, vi strakk pleddet mellom oss, ristet litt på det og foldet kant imot kant, en rett linje fra mitt hjerte til hans, fra hans til mitt. Så gikk vi mot hverandre, løftet hver våre hjørner, møttes og la dem sammen. Det var en langsom dans, det var orden i universet, det var at verdi besto av at vi brettet et pledd. Ullen, det grønne. Tykk, kraftig vev, varme.

Han smilte, og vi ruslet inn igjen, svært sakte gjennom de doble dørene, bortover korridoren, inn i heisen. Det var vår, det var april, klar sol om dagene, hvitveis og smørblomster i eggglass på nattbordet. Ute var det kaldt. Han kunne – så vidt – uttrykke seg fremdeles, med ja og nei, si noe som liknet «Ha det», si «Dæ dæ dæ». Det var ikke så ulikt det han sa mens han ennå kunne snakke. Og en gang, en av de siste dagene han var på beina, talte han helt tydelig. En, to, tre, fire. Da satte han seg ned på sengen. Vi var fulltallige, han var fornøyd.

Dette er også en verdi. Snart er det sommer. ▼

# del III: stans!

Hjertestans!  
Tenk fort!

Skal pasienten

A: helst leve

B: kan få dø

C: vet ikke

- 110 «Pasienten trekker siste åndedrag mens pårørende krangler rundt henne»
- 114 Uklar HLR-status kan oppleves dramatisk
- 117 Flest kvinner ønsker HLR minus
- 120 Er unge leger overbehandlere
- 122 Å skynde seg langsomt, en konsekvens av plikt?



Sykepleiere forteller om mange uverdige situasjoner når det ikke er tatt stilling til HLR hos eldre og svært syke pasienter.

# «Pasienten trekker siste åndedrag mens pårørende krangler rundt henne»

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**, journalist

Sykepleiens undersøkelse «Når er det nok? Sykepleiere om behandling i livets siste fase.» (les mer side 32) ba vi sykepleierne om å sette ord på opplevelser de har hatt rundt uklar HLR-status (se faktaboks).

#### DESPERATE PÅRØRENDE

På spørsmålet «Har du opplevd at pårørendes ønsker om behandling/ikke behandling blir lagt mer vekt på enn hva pasienten selv ønsker?» svarer en av sykepleierne:

«Jeg ser at pasienten ikke ønsker mer lidelse og er «mett av dage», men familien er desperat etter å holde liv i dem. Pasienten blir satt på den ene antibiotikakuren etter den andre, og de får en kort, uverdigg livsforlengende behandling som de selv ikke ønsker.»

«Jeg må vel, for min sønns skyld»

En annen sykepleier forteller at de setter «pårørendedrypp»:

«Pårørende ønsker behandling inn i døden, mens pasienten ønsker fred og kommer med utsagn som «La meg få slippe» og «Jeg må vel, for min sønns skyld». «Pårørendedrypp», hvor det henges opp væske intravenøst for pårørendes skyld for å gi dem litt mer tid, kommer som dilemma med jevne mellomrom.»

#### KRANGEL INN I DØDEN

En pasient fikk noe som ikke kan sies å

være en rolig utgang på livet:

«Pårørende ville ikke at hun skulle dø, og forlangte at mye ble forsøkt. Det ble en lite god opplevelse rundt det hele som endte med at pasienten trekker siste åndedrag mens pårørende krangler rundt henne om manglende behandling og pleiernes inkompetanse.»

#### FLERE PROBLEMSTILLINGER

Her er noen av gjengangerne i fritekstsvarene:

- Pårørende forstår ofte ikke hvor syke pasientene er, og legene bruker ikke nok tid på å informere pårørende
- Pårørende presser fram behandling, og legene gir etter og behandler, fremfor å la pasienten få en rolig og verdig død
- Legene behandler pårørende fremfor pasienten. Det blir lagt tid til lidelse i stedet for at det blir tid til livet
- Mange pasienter føler seg presset av pårørendes ønsker, mens pasientens ønsker ikke blir ivaretatt
- Vaktlege vil ikke ta stilling til HLR eller visittlegen utsetter den vanskelige samtalen. Til slutt er det ingen som har tatt den
- HLR-status følger ikke med ved institusjonsbytter, for eksempel fra sykehjem til sykehus

## Fra Sykepleiens undersøkelse

Sykepleierne fikk flere muligheter til selv å sette ord på sine erfaringer rundt HLR minus. Det kom inn 550 svar på disse spørsmålene:

- Har du opplevd at pårørendes ønsker om behandling/ikke behandling blir lagt mer vekt på enn hva pasienten selv ønsker?
- Har du opplevd at en pasients HLR-status har vært uklar og det har blitt startet gjenoppliving eller andre akutttiltak selv om det etter din vurdering kanskje ikke ville være ønskelig eller gunstig for pasienten?
- Har du opplevd at pasienter med et uttalt dødsønske likevel har blitt behandlet?

I tillegg kom det inn 211 svar under «Andre kommentarer eller betraktninger om temaet».

Les alle svarene på sykepleien.no

### BRANNVESEN OG BRUKNE RIBBEN

Flere av sykepleierne forteller om behandling de har reagert sterkt på – mens pasienten er på dødsleiet.

På spørsmålet: «Har du opplevd at en pasients HLR-status har vært uklar og det har blitt startet gjenoppliving eller andre akutttiltak selv om det etter din vurdering kanskje ikke ville være ønskelig eller gunstig for pasienten?» svarer en:

«Det var en nettopp innkommet pasient med kjent stor hjertesvikt og svært dårlig kapasitet. Pasienten fikk hjertestans og gjenoppliving ble startet. Pasienten var i realiteten død på grunn av massivt infarkt, men hjertekompresjon og støt ble gitt. Til og med brannvesenet kom for å hjelpe til. Det ble holdt på i cirka 10 til 20 minutter før vaktlegen ba oss avslutte. Brystbeinet til pasienten må ha brukket, for det var et stort hulrom der kompresjonen foregikk. Vi skal jo redde liv, men dette gikk langt over grensa. Pasienten var etter min mening i sin fulle rett til å dø der og da.»

### SYKEPLEIER STOPPET

En annen sykepleier ba rett og slett alle om å avslutte en gjenoppliving som var i full gang:

«Har opplevd en svært dårlig pasient skulle sendes til sykehus og denne døde i hallen på sykehjemmet. Ambulansepersonell og en ung turnuskandidat

Dårlig pasient med langtkommen cancer-sykdom, store smerter og veldig kort forventet levetid, uten avklart HLR-status ble gjenopplivet ved hjertestans.

Har opplevd at det har vært startet HLR og at det har vært mumlet i stansteamet om at dette skulle ikke vært gjort. Og også at det etter stanssituasjoner har vært pratet om at det var uverdigg, uetisk og at det skulle vært satt HLR minus.

Sykehusinnleggelse på cyanotisk pas. som var svært terminal. Kunne ha vært værende på sykehjemmet. Døde få timer etter innleggeser.

Mangel av kommunikasjon mellom sykepleier og lege gjør at en nysatt HLR minus-status ikke oppdages før etter at man har gjort flere forsøk på gjenoppliving.

Akutt situasjon, startet resuscitering da man ikke hadde opplysninger tilgjengelig nok.

Helg og leger som ikke kjenner pasient og derfor ikke ta stilling til HLR-status. Det har vært diskutert, men ikke konkludert eller tatt opp med prøver, ei heller diskutert når HLR situasjon oppstår.

Ingen vil avslutte behandling fordi det kan ha effekt. Pasienten selv ønsker og avsluttes men blir ikke hørt, og pågående klamper seg til siste halvdel.

sa pasienten etter oppliving.

Eldre hvor leger var uenige i HLR-status fordi enkelte ønsket utredning/undersøkelse før det ble konkludert med status. Pasienten fikk hjertestans, gjenoppliving gjennomført og pasienten fikk en hjerneskade i etterkant.

Det er blitt glemt å skrive inn

HLR minus i journalen til en pasient, og en ukjent lege på nattevakt startet gjenoppliving da pasienter fikk hjertestans. Dette medførte at pasienten ble holdt i live, men med mye smerter. Pasienten døde noen dager senere, da var det avklart HLR minus også i journalen.

Uttalelsene er hentet fra spørreundersøkelsen omtalt på s. III.





«Sykepleiere forteller om mange uverdige situasjoner når det ikke er tatt stilling til HLR hos eldre og svært syke pasienter.»

startet hjerte-lunge-redning og de var i ferd med å legge inn tube hos pasienten. Da jeg fikk summet meg og fikk et overblikk, ba jeg alle om å avslutte gjenopplivingen. Dette ble hørt og respektert, og all behandling ble avsluttet. For meg ble det en uheldig og uetisk situasjonen overfor pasienten.»

#### **KIRURG VIL IKKE ØDELEGGE STATISTIKKEN SIN**

De neste to sykepleieropplevelsene viser at i noen tilfeller er ikke et tydelig uttalt dødsønske fra pasienten nok til å stoppe behandlingen:

«Gammel dame, skrøpelig og senge-liggende, ønsket å få dø. Ble sendt fra sykehjem til sykehus for amputasjon midt på låret, på grunn av sår. Ble re-amputert en gang etterpå, noe hun ikke ønsket selv. Døde tre uker etter siste amputasjon. Uverdige og trist.»

«Har hatt et par pasienter hvor det har vært satt HLR minus. Så blir det behov for en operasjon i lindrende øyemed, og da har HLR minus i flere tilfeller

blitt opphevet midlertidig for den første postoperative perioden, da legene ikke ønsker at operasjonen kan være årsak til dødsfallet og for å ikke ødelegge kirurgens statistikk! Det siste sier de direkte. Pasienten og pårørende blir i de tilfellene ikke spurt eller informert om dette. Gir mange diskusjoner i avdelingen blant personalet når det skjer. Veldig vanskelig situasjon.»

#### **SYKEPLEIER BLIR DØDENS DISIPPEL?**

Hvorfor er det så vanskelig å sette denne grensen for når nok er nok? Svarene er mange og sammensatte. En av sykepleierne peker på en redsel hun har og hvordan hun har lært å håndtere vanskelige vurderinger.

Sykepleieren skriver:

«Det gjelder spesielt i de tilfeller der pasienten har gitt uttrykk for at han eller hun har levd et langt liv og ikke har noe imot å dø.»

«Når så dagen nærmer seg og pasienten er mindre bevisst, krever pårørende

mer intensiv behandling med væske og parenteral ernæring, av redsel for at pasienten skal sulte eller tørste. Eventuelt sykehusopphold.»

«Problemet oppstår når jeg som sykepleier må argumentere overfor både lege (som gjerne vil føye pårørende) og pårørende, om at behandling er uetisk og kan gi uønskete komplikasjoner. Er da redd for å bli oppfattet som en dødens disippel som ikke ønsker å holde pasienten i live.»

«Samme problemstilling kan reises om smertelindring ved livets slutt, der noen leger kan være veldig restriktive, og glemmer å ta hensyn til den gode palliative effekten.»

«Som sykepleier har jeg lært meg å alltid være veldig tydelig overfor pårørende, forklare mine vurderinger, og har dermed skapt større trygghet hos pårørende.»

«Når uerfarne går i en felle, der pårørende presser legen, legges det et løp som er vanskelig å avvikle, og hele tje-nesten fremstår som uprofesjonell.» ▼

– Sykepleiere opplever det som dramatisk å være i situasjoner der plikten til å redde liv går på bekostning av å gi pasientene en verdig avslutning, sier forsker og sykepleier Irene Aasmul.

# Uklar HLR-status kan oppleves dramatisk

Tekst Ann-Kristin B. Helmers, journalist

**S**ykepleier Irene Aasmul, for tiden forsker ved Universitetet i Bergen, leverte i 2009 en master om hvordan sykepleiere opplevde det å stå i en situasjon hvor det ikke var tatt stilling til HLR minus, men burde vært det. (Se faktaboks)

Aasmul har jobbet som sykepleier på en medisinsk avdeling ved Haukeland universitetssykehus i ti år, og har undervist i temaet HLR minus ved sykehuset og ved Høgskulen på Vestlandet.

## **STERKE HISTORIER**

– Da jeg intervjuet sykepleiere om HLR minus til masteroppgaven, slo det meg hvor mange historier de bar med seg. Det var mange situasjoner de opplevde som dramatiske å stå i.

Gjennom sju dybdeintervjuer med sykepleiere ved Haukeland universitetssykehus fant hun ut at sykepleiernes moralske ansvar og hva de opplever som deres plikt er to potensielle motsetninger som kommer til uttrykk i

gitte situasjoner hvis ikke forhåndsvurdering av HLR minus er gjort.

Det kom også fram at kommunikasjonen om HLR minus var utfordrende, spesielt når HLR-status ikke var snakket om før pasienten var blitt svært dårlig.

## **VENTE OG SE**

Flere av informantene fortalte at sykepleierne presset på for å få en avklaring om HLR-status hos pasienten, mens legene skjøv på avgjørelsen.

Foto: UIB



«Sykepleiere er i en veldig sentral posisjon for å kunne påvirke disse spørsmålene.»

Irene Aasmul, sykepleier og forsker

Det var sjelden legen oppfattet tilstanden hos pasienten annerledes enn sykepleieren, men legene ønsket likevel oftere å se situasjonen litt mer an før de fattet beslutning om HLR minus.

Prosessen med «å se situasjonen an» mente flere av informantene varte for lenge, og de opplevde at legen måtte «mases» på gjentatte ganger.

Sykepleierne mente at det var store forskjeller på hvordan legene tok imot diskusjonen om en forhåndsvurdering av HLR minus.

#### FRUSTRETE SYKEPLEIERE

I sin masteroppgave skriver hun at det var en tendens til at sykepleierne ble frustrerte hvis legen ikke så at pasienten var så dårlig at det måtte vurderes å ta stilling til HLR minus.

En av sykepleierne hadde følgende erfaring:

«Legen ville ikke ta stilling til HLR minus, for det var gjort så mye, det var satset så mye. Det var snakk om millionbeløp over så lang tid. Flere av oss sykepleiere tok det opp gjentatte ganger. Nei, nei det var ingen ting å

diskutere, det er HLR pluss. Pasienten fikk hjertestans på en dagvakt, og det ble iverksatt tiltak og hjertet begynte å slå igjen. Etter den episoden var legen inne og satte HLR minus, og pasienten døde dagen etter. I denne situasjonen var det et sterkt ønske, særlig fra pårørende, om fortsatt liv, og det var jo satset store, store ressurser hele veien.»

#### VANSKELIG Å GJENNOMFØRE

Sykepleierne fortalte at de i noen situasjoner ville hatt store problemer med å starte gjenopplivning. Hovedårsaken

#### Om masteroppgaven:

Master i helsefag, sykepleievitenskap – Institutt for samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Bergen – høsten 2009  
Tittel: HLR minus, med rett til å la dø. Et møte med sykepleiers erfaring og opplevelse av forhåndsvurdering av HLR minus (Hjerte-lunge-redning minus)

var at det ville være en uverdigg situasjon for pasienten.

En av informantene beskrev en slik situasjon:

«Jeg visste jo at han var så dårlig at dette her går ikke bra i det hele tatt, men jeg følte at legen ikke tok sitt ansvar (...). Jeg kjente jo at jeg ble litt irritert på ham, når han ikke klarte å se at pasienten var såpass dårlig som han var. Akkurat i det tilfellet, hadde han fått en stans da, så hadde jeg hatt store problemer med å starte, tror jeg. Men jeg hadde nok gjort det, siden det ikke stod HLR minus.»

#### VIL IKKE HA FASTE PROSEDYRER

Aasmul understreker at bildet ikke nødvendigvis er så enkelt som at legen er «den store stygge ulven», mens sykepleieren ikke har noen annen utvei enn å utføre ordre:

– Når det er så dramatisk for sykepleierne å stå i disse uavklarte situasjonene, må de også jobbe for å få det bedre, mener hun.

I masteroppgaven konkluderer hun med at sykepleierne ser det som problematisk å skulle ha fastlagte prosedyrer

- ▶ for hvordan de skal håndtere situasjoner der de mener det skulle vært forhåndsvurdert HLR minus. Til det er pasientene og situasjonene for forskjellige.
  - Det de etterlyser er et faglig forum for diskusjon og refleksjon i arbeidsmiljøet, sier hun.

#### MÅ MARKERE SEG

– Sykepleiere er i en veldig sentral posisjon for å kunne påvirke disse spørsmålene. De har masse kompetanse om etikk og kommunikasjon, og de har det fortrinnet at de er nær pasienten, de ser og får historiene fra pasienten, mener Aasmul.

Hun mener det er viktig at sykepleierne markerer seg med sin fagkunnskap når disse spørsmålene kommer opp.

– Det er til sist legen som tar den endelige avgjørelsen, men det beste er om man i fellesskap kommer frem til gode løsninger for pasienten, sier hun.

Det er også viktig å stille spørsmålet om når og på hvilken måte temaer som for eksempel HLR minus skal tas opp.

– Pasienten og pårørende bør inkluderes, men ikke på en slik måte at vi som helsepersonell fraskriver oss ansvaret for avgjørelsen. Det er også viktig å være tydelig i kommunikasjonen til pasienter og pårørende: HLR minus er ikke det samme som å stoppe all behandling, for eksempel, sier hun. ▼

Når stansalarmer går kommer hele akuttteamet, og ingen av dem kjenner pasienten og starter umiddelbart. Når så indrenmedisiner dukker opp er det ikkesikkert han/hun heller kjenner pasienten og må lese seg opp. Vi kan ikke vente med HLR og starter gjenoppliving umiddelbart. De gangene du da lykkes har du kanskje skaffet deg en intensiv-pasient som ikke fikk en verdig død, men som senere dør på intensiv på respirator	kom jeg ikke frem til min hensikt med samtalen før ambulansen ble sendt grunnet indikasjon på sepsis. Pasienten hadde ikke respondert på AB-behandling ved sykehjemmet og overlevde heller ikke oppholdet på sykehuset.
Døende pasient i palliativ setting hvor Ahlr - ikke var satt. Pasienten var ikke lenger kontaktbar, hadde fått små lindrende doser morfin gjennom dagen. Var uhelbredelig syk og veldig døende. Pasienten fikk VT og ble sjokket, selv om alle sykepleiere og legen på vakt hadde store forventninger mot pasienten døde.	Nyresvikt og alvorlig, ny oppstått hjertesvikt. Dialyse ble utført til tross for at pas var terminal, døde noen timer senere
Vi hadde ikke god policy på jobben min den gang med å ha HLR status i fokus. Hadde derfor en meget syk kols person som helt klart skulle hatt HLR - som stod på HLR+, og som jeg måtte starte HLR på, vedkommende våknet aldri.	Pasient med akutt sepsis, startet antibiotika-behandling. Har i bunnen uhelbredelig sykdom som tok over flere funksjoner. Totalt pleietrengende. Uttrykt i flere år et ønske om å få dø.

Uttalelsene er hentet fra spørreundersøkelsen omtalt på s. 111.

# Flest kvinner ønsker HLR minus

Hvem er HLR minus-pasientene, og i hvilken grad har de selv en stemme? Dette har Ingvild Haraldstad Skårdal undersøkt.

Tekst **Ann-Kristin B. Helmers**, journalist

**T**urnuslege Ingvild Haraldstad Skårdal har undersøkt journalen til over 300 pasienter hvor det var bestemt at hjerte- og lungeredning ikke skulle settes i gang ved hjertestans, såkalt HLR minus.

Pasientene var innlagt ved en medisinsk avdeling. De var stort sett eldre og svært syke.

Ifølge pasientenes journaler var alder, sykkelighet eller en totalvurdering av den medisinske og etiske situasjonen hyppige årsaker til HLR minus-vedtaket.

– Den vanligste årsaken var imidlertid at pasienten selv ikke ønsket gjenopplivning, sier Haraldstad Skårdal.

## **LETTE ETTER SAMTYKKEKOMPETANSE**

Samtidig kom det ikke klart fram i pasientjournalen at pasienten faktisk hadde samtykkekompetanse.

I legejournalen og pleiejournalen lette Ingvild Haraldstad Skårdal etter beskrivelser som kunne gi en pekepinn på samtykkekompetansen.

For eksempel fant hun utsagn som: «Pasienten er våken, men har ingen sykdomsinnsikt» eller «pasienten er komatøs».

## **IKKE KLART DOKUMENTERT**

Etter å ha vurdert beskrivelsene, kom hun til at omtrent halvparten av

pasientene med HLR minus-vedtak kunne sies å være samtykkekompetente.

Men begrepet «samtykkekompetanse» ble sjelden eller aldri brukt i klartekst.

– *Er dette kritikkverdigg?*

– Ja, det mener jeg. Når HLR minus settes på bakgrunn av eget ønske, er vurdering av samtykkekompetanse og dokumentering av denne helt sentralt for å oppfylle lovkravene.

Hun sier det er en svakhet ved studien at den er gjort retrospekt, og at dette må tas med i betraktning når man tolker resultatene.

Samtidig er dette dokumentasjon som bør finnes i pasientjournalen. ▶

«Den vanligste årsaken var imidlertid at pasienten selv ikke ønsket gjenopplivning.» Ingvild Haraldstad Skårdal, turnuslege

- ▶ – Man kan jo i ettertid anta at legen som har involvert pasienten i avgjørelsen der og da har vurdert samtykkekompetansen. Men dette var altså sjelden eller aldri klart dokumentert.

### HLR minus-studien

- Studien ble gjort som et kvalitetsforbedringsprosjekt på et lokalsykehus med akuttfunksjon og nedslagsfelt for nærmere 200 000 pasienter.
- Studien ble gjennomført ved retrospektiv journalgjennomgang av pasienter innlagt på medisinsk avdeling i tidsrommet 01.01.2012 til 31.12.2012.
- For å identifisere HLR minus-pasienter ble det tatt ut rapport fra Dips. Det ble gjort spørring på vedtak registrert i «Kritisk informasjon». Dette er lett tilgjengelig informasjon om pasienten, og inkluderer blant annet informasjon om HLR minus, CAVE og liknende.
- Ingvild Haraldstad Skårdal er førsteforfatter. Andreforfatter er Reidun Førde.

### UTFORDRENDE BEGREP

– *Hvorfor gjøres ikke dette?*

– Flere leger jeg har diskutert spørsmålet med, sier at begrepet er krevende å bruke. Dessuten opplever de at det stiller høye juridiske krav.

Hun har inntrykk av at mange opplever det litt vanskelig og at det kan ta mye tid å vurdere samtykkekompetanse.

– Samtykkekompetanse er også et flytende begrep, og en pasient kan være kompetent til en avgjørelse, men ikke en annen. Det gjør det utfordrende.

– *Har du forståelse for det?*

– Ja, men i en diskusjon om HLR-status er vurdering av samtykkekompetanse essensielt, om man skal involvere pasienten i avgjørelsen. Ifølge norsk lov skal pasienten samtykke til behandling som gis, og derfor bør alle pasienter få vurdert sin samtykkekompetanse minst en gang i løpet av et sykehusopphold.

### KAN IKKE KREVE NYTTELØS BEHANDLING

– HLR minus kan settes etter pasientens eget ønske, eller fordi behandlingen er vurdert som nytteløs. Om det er nytteløst, er det ikke en plikt å involvere

pasienten. Ingen kan kreve medisinsk nytteløs behandling.

Hos en mindre gruppe av pasientene som var vurdert samtykkekompetente, ble pasienten selv ikke involvert i avgjørelsen om HLR minus.

– Blant disse så vi at hos noen var verken pårørende eller pasienten involvert, mens hos andre var pårørende involvert i stedet for pasienten selv.

– Om pasienten har samtykkekompetanse, og man velger å inkludere pasientens eget ønske i beslutningen, blir det feil å spørre de pårørende fremfor pasienten selv.

### KRYSNINGSPUNKT

Det er vanskeligere å vurdere informasjonsbehovet dersom HLR minus er bestemt fordi det er ansett som nytteløst å starte gjenoppliving.

– Ifølge loven har helsepersonell informasjonsplikt. Men mange synes nok at det er tøft å skulle informere pasienten om at det er besluttet at det ikke vil bli startet opppliving ved en hjerrestans, fordi det er nytteløs behandling.

– Legen kan ha tatt avgjørelsen, men pasienten får ikke vite det.



**UNDERSØKTE JOURNALER:** Ingvild Haraldstad Skårdal er turnuslege, men har interessert seg for HLR minus-pasientene siden hun jobbet som pleieassistent på en hjerte- og lungeavdeling. Foto: Erik M. Sundt

I dette materialet vurderte legene det i noen tilfeller som unødvendig belastende eller potensielt traumatiserende å skulle informere pasienten om HLR minus-vedtak.

– Her er det et krysningpunkt mellom medisin, etikk og juss, sier hun. Spørsmålet blir: Hva er til pasientens beste?

#### **PASIENTENE POSITIVE TIL SAMTALE**

Haraldstad Skårdal viser til at flere studier har pekt på at pasientene ofte er positive til å ta samtalen om HLR-status og annen livsforlengende behandling.

– De er ikke så opptatt av å bli skjermet som vi kanskje tror, sier hun.

– Jeg mener at flere bør få tilbud om forhåndssamtaler før pasienten mister samtykkekompetanse eller evnen til å kommunisere, og før en akutt situasjon oppstår. Da får pasienten mulighet til å ytre egne ønsker omkring behandling i livets slutfase, samt hva de ønsker av involvering og informasjon senere.

Fine settinger for å ta opp disse problemstillingene, mener hun kan være på fastlegekontor, på sykehjem eller eventuelt ved utskrivelse fra sykehus.

#### **«TROR DU JEG FÅR LOV TIL Å DØ I DAG?»**

Bakgrunnen for at Ingvild Haraldstad Skårdal har valgt å fordype seg i HLR minus-pasientene, ligger helt tilbake til tiden da hun jobbet som pleieassistent ved en hjerte- og lungeavdeling.

– De fleste pasientene var eldre og alvorlig syke. Mange var innlagt titt og ofte. De kunne spørre meg «Tror du jeg får lov til å dø i dag?» og uttrykke at de syntes det hadde vært greit å slippe fra.

– Jeg tenkte ofte: Får legen vite dette? Eller er det noe som bare blir sagt på badet under stellet her og nå?

#### **FLERE KVINNER**

I studien fant Haraldstad Skårdal flere ting som overrasket henne:

De fleste som hadde HLR minus etter eget ønske, var kvinner.

– Det var signifikant høyere andel kvinner som ønsker HLR minus, også når vi korrigerer for andre faktorer.

– Vet du noe om årsakene til det?

– Det er vanskelig å si, men jeg tenker at det kan være flere muligheter: Kvinner kan kanskje ha lettere for å diskutere emosjonelle problemstillinger?

Hun tror en annen forklaring kan være at eldre kvinner ikke vil være til bry, og at de derfor svarer at de ikke ønsker at det skal foretas hjerte- og lungeredning dersom hjertet stanser.

– Jeg har også tenkt på om dette kan være ensomme enker – som kanskje synes det er greit å slippe av den grunn. ▼

# Er unge leger overbehandlere?

Vi yngre leger har relativt god oversikt over behandlingsmulighetene, men dessverre dårligere kjennskap til hvilke liv som er nær fullbyrdelse.

Av **Frederik Emil Juul**, turnuslege

**S**tans-alarmerne utløste. Jeg hoppet ut av vakt sengen, fiklet på meg skoene og hastet nedover korridoren. Sykepleieren som utløste alarmen, møtte meg i gangen og viste meg til den livløse pasienten. Vi startet raskt hjerte-lunge-redning, men sykepleierne som ankom rommet var tydelig frustrerte over at det ikke var tatt stilling til HLR-status hos den gamle og – basert på opplysningene jeg ble gitt – åpenbart terminalt syke pasienten. Selv om alt tilsa at pasienten var i sin siste livsfase, våget jeg ikke å ta legebefalingen om å avslutte behandlingen. Først da en erfaren anestesilege ankom rommet og fikk beskrevet den samme sykehistorien, ble hjertekompresjonene avsluttet.

Hendelsen kan illustrere hvordan jeg som ung og uerfaren lege risikerte å overbehandle en pasient. Hvorfor er det slik at nyutdannede leger kanskje gjør denne feilen for ofte?

## **KJENNER IKKE PASIENTEN**

Det kan være mange grunner til at vi gir behandling som i ettertid viser seg å være uhensiktsmessig og kanskje til skade for pasienten. Å ta beslutningen om å stanse all aktiv behandling, eller markere «HLR minus» i pasientjournalen, krever tid med pasienten



og kanskje særlig god tid med pårørende. Mange pårørende, både med og uten helsefaglig bakgrunn, ber om at «sykehuset må gjøre alt», og på direkte spørsmål til pasienten bekreftes ofte ønsket til pårørende. Da blir det enda vanskeligere for legen å si at nok er nok, kanskje særlig når erfaringsgrunnlaget og samtaletiden med hver pasient er begrenset.

Nettopp hva pasienten sier til ulike helsepersonell tror jeg også spiller inn. For eksempel får legen og sykepleieren helt forskjellig beskrivelse av smerteintensitet. Mitt inntrykk er at sistnevntes mer kontinuerlige pleie og medikamentutdeling gir et mer personlig og helhetlig forhold til den syke. Legen er som regel innom pasienten noen minutter ved hverdagens morgenvisitt og risikerer å få et feilaktig øyeblikksbilde av pasienten. Dermed kan symptomer og plager bli undervurdert av legen, og sykepleieren kan bli oppfattet som «hysterisk». Det er synd! Jeg ønsker at sykepleiere og andre helsepersonell-kolleger fortsetter å gi sitt inntrykk av pasienten og si sin mening, noe Heggstad og Nortvedt også nylig oppfordret til i Sykepleien (nr. 3/2017). Det samlede inntrykket og erfaringen gir et bedre beslutningsgrunnlag for både uerfarne og veletablerte leger.

#### **VET MYE OM BEHANDLING**

En annen mulig årsak til overbehandling er de nyutdannedes fagkunnskap om alle behandlingsmulighetene som ofte blir undervist av leger ved sentralsykehus. Her, og i helsevesenet generelt, er det stadig større mulighet til å holde pasienter kunstig i live. Kombinert med et sterkt ønske om å hjelpe pasienten tror jeg dette øker risikoen for overbehandling og uhensiktsmessige overflyttinger.

Frykten for å gjøre feil kan bidra til legens beslutningsvegring. Redselen blir ikke mindre av at legen har behandlingsansvaret. Det at nasjonale nyhetsmedier rapporterer at Norsk pasientskadeerstatning får flere klagesaker, understreker at det er de objektive og dokumenterbare detaljene som gjelder. Dermed blir det vanskeligere å ta «menneskelige» beslutninger som ikke nødvendigvis omfattes av retningslinjer, og som pårørende lettere kan klage på i ettertid. Jeg tror resultatet lett blir overbehandling for å «dekke ryggen».

#### **SER ALDRI EN DØD PERSON**

Jeg tror også at dødens institusjonalisering spiller inn. Vi er ikke like vant til å se døende eller døde, og stadig færre opplever døden privat i ung alder. Både gjennom studietiden og

«Frykten for å gjøre feil kan bidra til legens beslutningsvegring.»

tidlig i yrkeskarrieren opplevde jeg å bli skånet for de aller sykeste. Med unntak av obduksjonssalen tror jeg det er mulig å gå gjennom hele medisinstudiet uten å se et dødt menneske. Dermed erverver en ikke den samme intuitive forståelsen av døden som en naturlig og uunngåelig avslutning på livet.

Nyutdannede leger er naturlig nok uerfarne i yrket, og ettersom vi ofte også er unge, sitter vi med begrenset livserfaring. Forhåpentligvis har jeg her klart å gi et innblikk i hvordan det kan resultere i uheldig overbehandling samtidig som jeg ikke har ønsket å komme med en forsvarstale og skyve ansvaret enda lenger vekk. Mitt håp er at alle sykepleiere og andre kollegaer kan fortsette å uttrykke sin faglige mening og inntrykk av pasienten. Det gir et samarbeid til det beste for pasientene, ikke bare for dem som er i ferd med å fullbyrde livet. ▼

# Å skynde seg langsomt, en konsekvens av plikt?

Helsepersonell – inkludert sykepleiere – skal ikke starte hjerte- og lungeredning (HLR) når det vurderes som hensiktsløst.

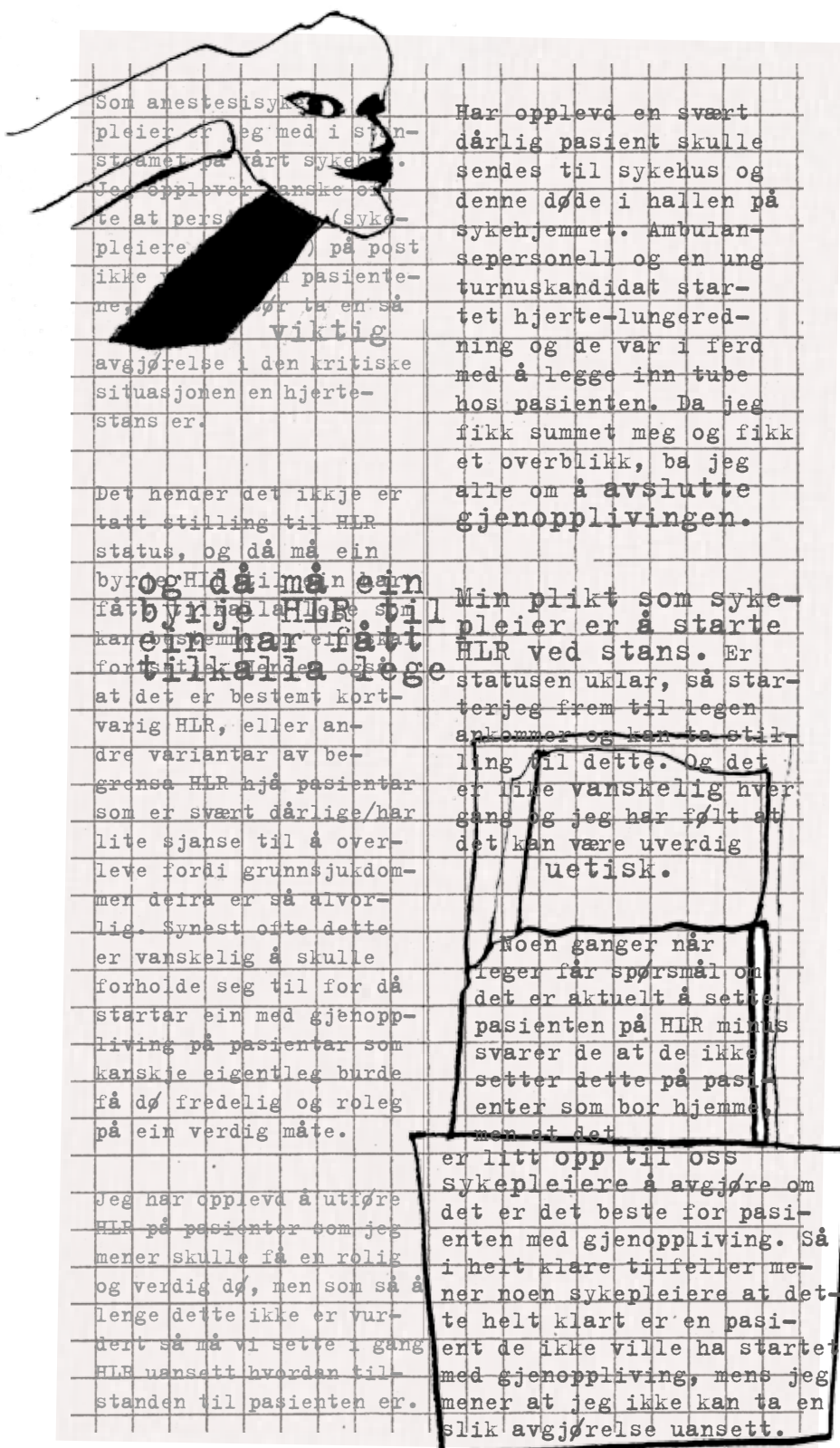
Av **Trygve Johannes Lereim Sævareid**, sykepleier og phd-stipendiat, **Lillian Lillemoen**, sykepleier og forsker og **Per Nortvedt**, professor i medisinsk etikk

**M**ange sykepleiere opplever en plikt til å starte hjerte-lunge-redning (HLR) ved hjerrestans dersom HLR minus ikke er journalført. Sykepleiere i ulike fora svarer bekreftende på dette gjennom samtaler vi har hatt med dem. Vi opplever at dette er en relativt utbredt holdning blant sykepleiere, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Selv der pasienten er døende eller pasienten vurderes å ha svært liten sjanse for å overleve hjerrestansen, hevder flere at sykepleieren har en plikt til å starte HLR når HLR minus ikke er journalført? Stemmer dette? Vi mener nei.

## **KAN TA VALGET**

Sykepleiere kan ta en avgjørelse om ikke å starte HLR for pasienter i de tilfellene der de mener det ikke er grunnlag for dette. Begrunnelsen er at man ikke kan kreve at helsepersonell utfører behandling som ikke er faglig forsvarlig. Loven sier at helsepersonell skal følge de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner,



arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Hvis pasienten er døende, eller det av ulike grunner anses som hensiktsløst å starte HLR, er det verken noen faglige eller etiske grunner til å gjøre dette. Det er ikke i pasientens interesse å gjennomføre et slikt tiltak. Dermed skal ikke helsepersonell, inkludert sykepleiere, starte HLR når det vurderes som hensiktsløst.

Vi mener sykepleiere i mange situasjoner er godt nok kvalifisert til å foreta en slik vurdering. Er sykepleieren derimot i tvil om hvorvidt HLR bør startes, og forhåndsvurdering ikke er gjort og pasientens eventuelle motforestillinger til HLR ikke er kjent, da bør HLR startes ved hjertestans.

#### Å SKYNDE SEG LANGSOMT

Når sykepleiere opplever en plikt til å starte HLR på pasienter de mener ikke burde få behandlingen, kan det få uønskete virkninger i den kliniske hverdagen. Enkelte sykepleiere har fortalt at de i slike tilfeller ville «skyndet seg langsomt» til pasientene.

Bevisste valg om å starte HLR for

► sent, avslutte behandlingen for tidlig eller velge kun å ta lette, ineffektive kompresjoner, er alvorlig. Pasienten gis ingen eller mindre sjanser til overlevelse, mens han eller hun tilsynelatende har fått behandling.

Det er moralsk betenkelig med slike såkalte «slow code»-handlinger. Intensjonen kan være god, men ved «slow codes» er ikke pasientens beste lenger det styrende for behandlingen. Behandlingen fremmer ikke helse, men bidrar heller ikke til en verdig avslutning av pasientens liv. Premissene for hvordan pasienten blir behandlet ved «slow codes» er altså i mindre grad å gjøre vel for pasienten, og i større grad styrt av helsepersonellens behov for å ha «ryggen fri» fra det de opplever som en plikt til å starte HLR.

#### **KREVENDE BESLUTNING**

Følelsen av plikt til å starte HLR dersom HLR minus ikke er journalført, bidrar til at sykepleiere tar initiativ til HLR minus.

Noen sykepleiere har fortalt at HLR minus gir økt ro i pleien av pasienter, større trygghet og mindre ubehag for sykepleieren. Dersom sykepleieren

har ansvaret for en pasient som sykepleieren mener bør ha HLR minus, men ikke har det, kan det være stressende for sykepleieren. Følelsen av plikt til å starte HLR øker dette stresset. For å dempe ubehag eller stress i arbeidet, i tillegg til ønsket om best mulig behandling av pasienten, er bakgrunnen til sykepleierens ønske. Mang en lege har nok erfart at sykepleiere tar initiativ til, og kanskje presser frem, en vurdering av HLR minus.

Beslutning om HLR minus er krevende: Lar man være å utføre HLR ved hjertestans, vil pasienten med sikkerhet dø. I tillegg til å være krevende, er beslutning om HLR fylt med usikkerhet. Kan pasienten få meningsfull tid i live hvis gjenoppliving forsøkes? Hva ønsker pasienten selv? Når er det svært liten sjanse for å overleve hjertestans?

#### **SKAL JOURNALFØRES**

Selv om beslutningen om å starte eller ikke å starte HLR ved hjertestans er krevende, gir *Nasjonal veileder om beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling* denne anbefalingen: «Når det er enighet

«Det er moralsk betenkelig med slike såkalte «slow code»-handlinger.»

i behandlingsteamet om at hjerte-lunge-redning ikke skal iverksettes ved hjertestans, skal dette journalføres».

At sykepleiere kan ta selvstendig valg om HLR ved hjertestans, gjør ikke behovet for HLR minus mindre. HLR minus øker muligheten for en verdig avslutning av livet for pasienten.

Å skynde seg langsomt er ikke et godt alternativ for pasienten. I stedet må vi skynde oss raskt for å avskaffe holdningen blant mange sykepleiere om at de – uansett pasientens tilstand – må starte HLR ved hjertestans når HLR minus ikke er journalført. ▼

# del IV: sistehjelp

Fyll ut de manglende ordene i disse setningene fra Sykepleiernes etiske retningslinjer.

Sykepleieren ivaretar pasientens  
\_ \_ \_ \_ og \_ \_ \_ \_ i møte med  
den teknologiske og helsepolitiske  
utvikling.

Sykepleieren \_ \_ \_ i beslutnings-  
prosesser om livsforlengende behand-  
ling, og bidrar til at pasientens  
stemme blir \_ \_ \_ \_ .

Sykepleieren bidrar til en \_ \_ \_ \_  
og \_ \_ \_ \_ død, og at pasienten  
ikke dør \_ \_ \_ \_ .

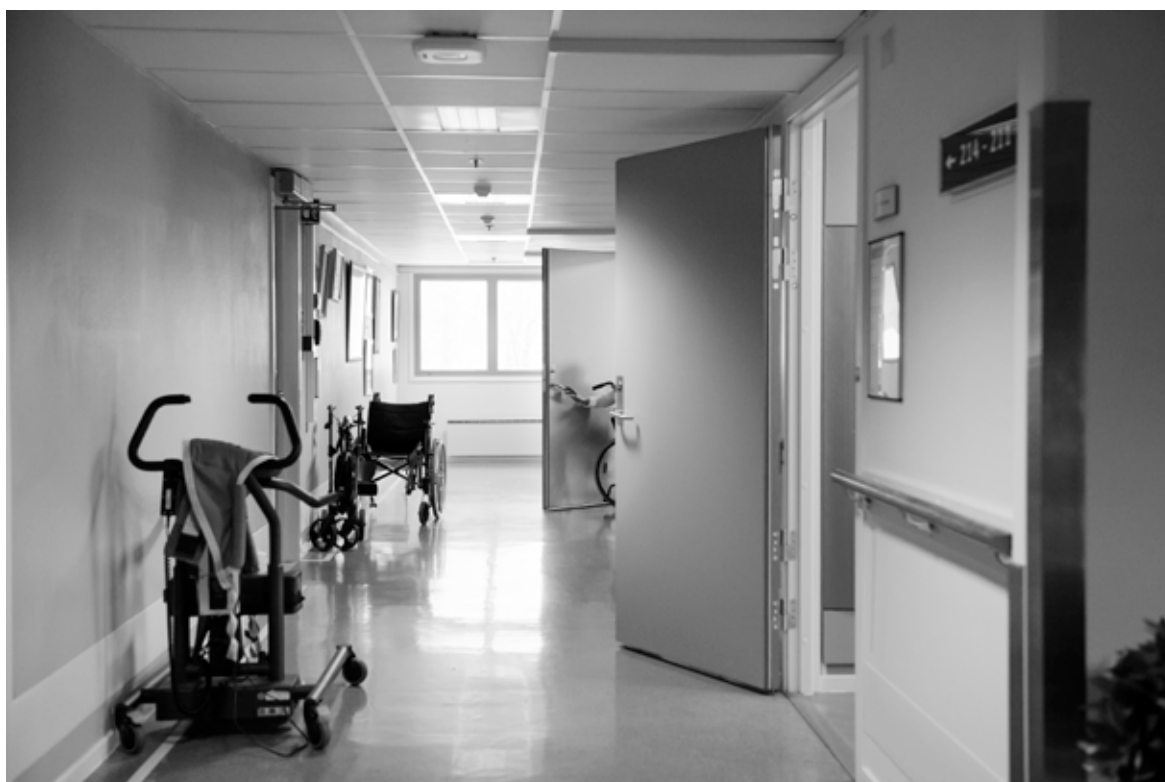
- 128 Snakk sant om døden
- 134 Bruker veilederen som verktøy
- 138 Mye tydet på at hun ville slippe
- 141 anbefaler sistehjelp
- 146 Liv til dagene – eller dager til livet?
- 148 Bokomtaler
- 152 Landing
- 153 Bidragsytterne i denne utgaven





## Sykehjemsdager

Foto: Stig M. Weston



2/11

Björg har langtidsplass på Oppsalhjemmet, avdeling Stovner. Hun har uheldbrekelig tarmkreft og KOLS. Hun sliter med mye smerter og tungpust. Før påske fikk hun vite at prognosene er dårlige. Hun føler seg godt ivaretatt på sykehjemmet, og dagene går med til mordmysterier på TV og trilleturer til røykerommet.

# Snakk sønt om døden

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene.

Av **Marie Aakre**, sykepleier og rådgiver

**S**ykepleieren forteller om en morgen på poliklinikken:

*«Han kom med ambulanse fra sykehjemmet i går, skulle ha sin andre polikliniske cellegiftkur for lungekreft. Vi fikk beskjed fra legen om at blodprøvene var ok og kuren skulle settes. Jeg fikk ikke kontakt med mannen. Han var blek, avmagret og svært skrøpelig, kunne ikke stå, var inkontinent og virket uklar. Han visste ikke engang hvor han var. Men jeg fant en seng på dagenheten, la inn kateter og fikk satt i gang cellegiftkuren.*

*Det var kjempetravelt og ingen vits i å snakke med legen. Han hadde heller ikke møtt pasienten før. Pasienten måtte hjelpes med drikke og mates, og jeg kjente motstand på det vi holdt på med. Heldigvis hadde han sykehjems plass, for vi hadde uansett ikke klart å finne plass*

*til innleggelse. Vi sendte pasienten tilbake til sykehjemmet i går ettermiddag.»*

## **MORALSK STRESS NÆR DØDEN**

De senere årene har det stadig oftere blitt rapportert betydelig moralsk stress fra ansatte, både i hjemmetjenester, sykehjem og sykehusbaserte palliative enheter. De fleste belastende situasjoner begrunnes med stor travelhet, faglig inkompetanse, mangelfullt tverrfaglig samarbeid, ingen tilgang på etisk refleksjon og utydelig lederskap.

De etiske og relasjonelle spenningsfeltene i praksis krever solid moralsk dømmekraft i sykepleie nær døden. I denne fortellingen fra poliklinikken ser vi at alle de grunnleggende verdiene i sykepleieres profesjonsetikk har det trangt.

Moralsk stress kan oppstå når jeg vet hva jeg bør gjøre,



men ikke får det til. Når grunnleggende menneskelige behov blir neglisjert, når yrkesetikken underkjennes eller tråkkes på, da reagerer vi. Det er ikke bare de berørende inntrykkene og arbeidsmengden som belaster, men kompleksiteten i handlingsvalg, sterke motkrefter og det moralske ansvaret.

Det ser ut til at de som har utviklet en sterk etisk sensitivitet, opplever det moralske stresset som særlig belastende.

### NATURLIG DØD

Begrepet «naturlig død» ble hentet inn igjen i sykepleieres profesjonsetikk i 2007. I yrkesetiske retningslinjer heter det nå;

- Sykepleieren har ansvaret for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse
- Sykepleieren deltar aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling, og bidrar til at pasientens stemme blir hørt
- Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene

Som sykepleier og verdiarbeider har jeg i mange år hatt følgende setning som en slags overskrift for min tenkning; «Snakk sant om døden, gi sorgen rom og tid». Døden og sorgen er jo ikke sykdommer, de hører livet til. Det er naturlig å dø, vi vet at ingen av oss overlever. Men gjennom livets slutt-fase er respekt for liv og verdighet stadig utfordret. Denne respekten er selve fundamentet for den etikk som både medisinsk og sykepleiefaglig virksomhet er forpliktet av.

Vi ønsker verken å forkorte liv eller å forhale og forlenge en plagsom og uverdigg avslutning av livet. Der døden er forventet og deles åpent som en naturlig del av å fullføre livet, bør ikke den medisinske behandlingen få størst oppmerksomhet. Den medisinske behandlingen, eller rettere sagt overbehandling hindrer ofte en naturlig og verdig død.

Våre grunnleggende humane og eksistensielle behov kan særlig bli utfordret av helsetjenestens ideologiske brytninger og stadig nye behandlingsmuligheter. Både urealistiske forventninger, utydelig og urimelig forvaltning mellom sykehus og kommunale tjenester, betydelig faglig

og relasjonell inkompetanse, overbehandling og marginaliserte handlingsrom preger tjenestene. I sykehjem og hjemmetjenester kan de største dilemmaene være lav kompetanse og et for svakt medisinsk tilbud. I sykehus er hensiktsløs utredning og overbehandling ofte årsak til de ansattes moralske stress.

Det fins ingen entydige svar på hvordan en beskytter og bevarer liv til det fra naturens side må anses som fullført. Begrepene «fra naturens side» eller «naturlig død» brukes nesten aldri i helsetjenestens språk. Plikten til å verne om livet innebærer at helsepersonell skal respektere livet helt frem til døden. Å fullføre et helt liv er å inkludere dødsprosessens faser, altså å la døden få plass i livet når tiden er inne.

### HAR VI EN FELLES IDEOLOGI?

En sykepleier forteller;

*Vi har en middelaldrende mann med ALS på vårt sykehjem. For cirka tre år siden fikk han pneumoni med pus-teproblemer og var veldig dårlig. Han ble lagt på respirator uten at det ble innhentet samtykke, fikk antibiotika og kom seg litt. Han har nå ligget på respirator i over tre år, og vi har ingen plan om hvor lenge dette skal fortsette. Pårørende ønsker at behandlingen skal fortsette. Vi i pleiepersonalet mener at vi stadig oppfatter tegn til at pasienten ikke vil mer. Han gir signaler om avvisning av ernæring og medikamenter, og slik vi kjenner ham fra før tror vi ikke han ville ønsket å ligge slik.*

Hun spør; Er dette krenkende overbehandling? Hva er mitt ansvar i dette?

Sykepleierens faglige og etiske ansvar er stadig å være kritisk spørrende og reflekterende overfor medisinske beslutninger som har konsekvenser for den sykes liv og verdighet. Sykepleieren skal også vise respekt og omtanke for pårørende. Det vil noen ganger medføre krenkende samtaler der sykepleiere møter motstand mot sine faglige og etiske argumenter om den døendes situasjon. Pårørende kan bidra til å belyse hva den døende ville ha ønsket, men bør aldri få ansvaret for faglige beslutninger. ▶

## «Moralsk stress kan oppstå når jeg vet hva jeg bør gjøre, men ikke får det til.»

► Den rette tid for når nok er nok av medisinsk behandling er ikke alltid lett å avgjøre. Daglig beslutter leger og sykepleiere hvilke tiltak som bør iverksettes, og disse valgene avgjør i stor grad både dødstidspunktet og verdigheten nær døden. Vi vet at det medisinsk sett er mulig å holde pasienter i live utover det vi anser som naturlig. Men det kan både være krenkende og respektløst å forordne videre utredning og behandling når pasienten kjenner at tiden er moden for å gi slipp på livet. Respekt for livet er også respekt for døden, og mange menneskers verdighet sikres kun ved at hensiktsløs utredning og behandling avsluttes, at falske håp ikke understøttes og at den tilmålte tid gir rom for å forberede en nødvendig avskjed.

Det er mulig å være langt tydeligere på vendepunktet der håpet om livsforlengelse er passert. Der alle de tiltak som iverksettes har til hensikt å lindre den sykes plager og søker å legge til rette for en verdig livsavslutning blir livsprosessen det sentrale. Når denne beslutningen er grundig drøftet og forankret tverrfaglig, blir behandlingsvalgene enklere. God palliasjon vil lindre de plager som alltid kan oppstå nær døden. Tilstedeværelse og moden vurderingsevne kan lindre mye.

Gjennom den døendes svingende sorgprosess er det velkjent at ønsket om å dø i perioder kan være sterkere enn lysten til å leve. Sykepleiere har relasjonskompetanse til å være medvandrere gjennom denne type avskjedsprosesser, der den døende gradvis gir slipp på sterke bånd til livet. Det er ikke uvanlig at denne nære prosessforståelsen hos sykepleieren ikke er samstemt med legenes forståelse og behandlingsplan. Likeverd og respekt i det tverrfaglige samarbeidet er derfor en forutsetning for en god behandlingsplan og et godt forløp.

### **BARE EN UTSETTELSE**

En sykepleier forteller:

*«Han er 67 år og har langtkommet kreft. De siste dagene har han mobilisert mye krefter for å feire bursdagen sin. Det ble en vellykket dag med venner og familie. Nå er han svært sliten, har økende smerter og er høyfebril på grunn av lungebetennelse.*

*Jeg kommer inn til ham om morgenen, for morgenstell og for å gi antibiotika. Han er feberhet og medtatt, og med svak stemme sier han: «Jeg klarer ikke dette lengre, jeg føler meg så syk, klarer ikke gå en ny natt i møte.» Jeg sier vi skal hjelpe ham så han får det bedre, øke smertestillende og lindre de andre plagene han har.*

*Han gjentar: «Jeg klarer ikke dette lenger». Jeg svarer: «Betyr det at du ikke vil at jeg skal henge opp antibiotika?» Jeg står med posen i hendene, klart for tilkopling. Han nikker. Jeg angret på spørsmålet med det samme, skulle stilt et åpent spørsmål slik at han selv fikk si at han ikke ville ha mer behandling. Jeg forklarer han hva han kan forvente av bedring hvis behandlingen gis, hva som vil bli lettere for han. Han sier: «Det vil jo bare være en utsettelse». Jeg sier: «Jeg skjønner du har det vanskelig nå, er det noe du tenker kunne gjort situasjonen lettere for deg?» Hans svar er: «Å få dø».*

*Han er febervarm og dårlig, og for å være sikker på at han virkelig mener at han ikke vil ha antibiotika, spør jeg en gang til: «Vil du at jeg skal henge opp antibiotikaen?» Til min forbauselse nikker han denne gangen. Jeg henger opp dryppet og går ut til previsitt. Under legevisitten diskuteres situasjonen, og i samråd med pasienten og hans kone avsluttes behandlingen samme dag. Pasienten dør to dager senere.»*

**NÅR ER NOK?**

Her ser vi hva behandlingstilstand kan handle om. Den som skal dø, vet det, men legen har forordnet behandling uten at pasientens stemme er involvert. Sykepleieren ser ut til å være i et ubehagelig press mellom legens forordninger og pasientens ønske.

Å forhale og forlenge en lidelsesfull dødsprosess blir ofte uverdigg og krenkende. Her kreves moralsk dømmekraft, kompetent åpenhet om døden og sorgen og mot til å være tydelig, og å handle faglig forsvarlig og omsorgsfullt.

Mange finner det særlig krevende å skuffe alvorlig syke mennesker og deres nære pårørende.

Vi har i flere år hatt en nasjonal veileder å støtte oss til i krevende beslutninger nær døden. (Beslutningsprosesser ved begrensnng av livsforlengende behandling, Helsedirektoratet 2009). Veilederen blir stadig mer kjent, den er grundig evaluert, og anbefalingene bør brukes aktivt som kvalitetsmodell og beslutningsstøtte der vi møter dilemmaer om livsforlengende behandling.

Mange trenger hjelp til å forstå den store forskjellen det er mellom å la den naturlige dødsprosessen gå sin gang, altså å la dø, og aktiv dødshjelp, som betyr å ta liv eller drepe et menneske med medikamenter.

**SAMSTEMT TVERRFAGLIGHET OG PALLIATIV KULTUR**

Mennesker kan ikke hjelpes med oppskrifter. Helhetlig, god behandling og pleie gjennom den siste livsfase er krevende å planlegge eller forutsi. De fleste alvorlig syke og døende har betydelige behov for kompetent pleie og omsorg. Dette gjelder ikke bare kreftsyke mennesker, men alle som snart skal dø. Når vi mangler ressurser og verdier har det trangt, blir prioriteringene tydeligere. Mykere sider og laveste hierarki i virksomheten rammes mest. Vi ser stadig at ressurser til avansert behandling blir uberørt mens knappe ressurser til bemanng i pleiefunksjoner må slankes. Etter samhandlingsreformen, med dramatisk reduksjon av sykehusplasser,

er det dobbelt så mange som dør på sykehjem der kompetanse og pleieressurser er svært begrensede. Det er nesten ikke mulig å bygge en solid palliativ kultur. Omkostningene for både pasienter, pårørende og pleiepersonalet er store. De som har kompetanse opplever betydelig moralsk stress.

Sykepleierens «portvaktfunksjon» til legen når de samhandler om pasienter i hjemmet og på sykehjem kan her bli helt avgjørende.

**HVA KAN VI GJØRE I STEDET?**

Det er aldri sant at vi ikke kan gjøre noe mere. Men hva kan vi gjøre i stedet for utredninger og nytteløse livsforlengende behandlingsforsøk? Dame Cicely Saunders introduserte det forløsende begrepet «The total pain». Når helbredelse ikke lengre er mulig, flyttes oppmerksomheten til avansert palliasjon i et helhetsperspektiv, der lindring og trøst i møte med døden er det sentrale, både for den som skal dø og de nære pårørende.

Lidelse er et bredere begrep enn smerter. Sykepleieres profesjonsetikk og rolleidentitet gjør at vi lett føler oss på hjemmebane i avansert helhetlig palliativ praksis. Faglige kulturer må bygges der vi påtar oss å hjelpe hele mennesker til å fullføre hele liv. Både sykdomslidelsen, behandlingstilstand, livslidelsen, familielidelsen og omsorgstilstand krever oppmerksomhet og språk.

Kanskje opplevelsen av stress i særlig grad kan begrunnes med mangel på felles språk i et sårbart etisk og eksistensielt landskap. Det er dessverre fortsatt vårt aller største hinder at vi etter mange års kompetanseutvikling i palliasjon fortsatt ikke har lært oss å snakke åpent og sant om døden. Også ansatte i sykehjem der de fleste dør forteller at døden er tabu. Frimodig åpenhet om de store ordene håp, mening, tro, tvil, ensomhet og død bør sikres plass i hverdagsspråk og fagkulturer. Å navigere i opprørt etisk og eksistensielt farvann nær døden kan gjøre oss både klokere og tydeligere der vi setter tydelig språk på det som faktisk skjer. ▼

# Sykehjemsdager

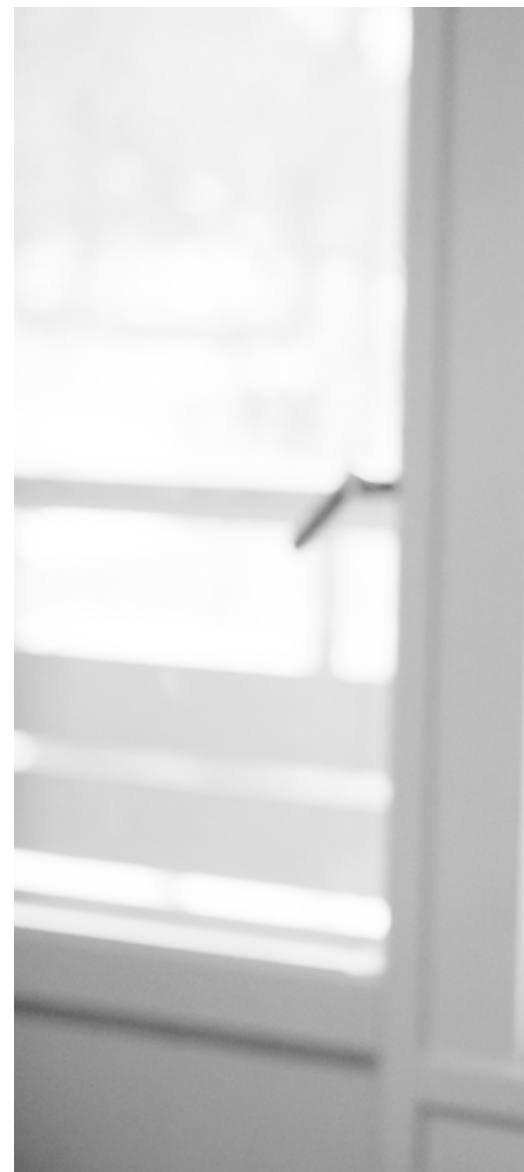
Foto: Stig M. Weston



3/11



4/11





5/11

Når det er snakk om liv og død holder det ikke med synsing og personlige meninger. Det har ledelsen og sykepleierne ved intensivavdelingen på sykehuset i Elverum tatt konsekvensen av.

# Bruker veilederen som verktøy

Tekst Bjørn Arild Østby, journalist Foto Stig M. Weston

**A**vdelingsledelsen og sykepleierne ved intensivavdelingen på Sykehuset Innlandet i Elverum har gjennom flere år jobbet med å gjøre kjent og ta i bruk den nasjonale veilederen fra 2009: *Livsforlengende behandling, beslutningsprosesser ved begrenset av livsforlengende behandling*, når avdelingen står ovenfor denne type beslutninger.

Intensivsykepleierne Sykepleien møter på sykehuset i Elverum har bare positive erfaringer med bruk av den nasjonale veilederen. Til avdelinger som ennå ikke har satt seg inn i og tatt i bruk veilederen, er meldingen: Start i dag!

Intensivsykepleierne Kirsten Mostue, Sølvi Håberget, Anette Kjøgx Sørby og

Marianne Jørgensen er enige om at veilederen har vist seg å være et unikt verktøy. Ikke bare setter den dem i stand til å stille de riktige spørsmålene, den hjelper dem også å finne svar. Veilederen bidrar til at det er gode prosesser bak beslutningene.

## LITE HELHETLIG HOLDNING

Intensivavdelingen i Elverum har i mange år hatt en stabil sykepleiergruppe, erfarne sykepleiere med forskjellig tilleggskompetanse ut over intensivutdanning.

Det faglige og etiske engasjementet har alltid stått høyt på dagsorden i avdelingen. Blant annet ble det tidlig på 2000-tallet opprettet en egen faggruppe

som skulle medvirke til å øke og opprettholde bevisstheten rundt kjerneområdene innen sykepleiefaget. Avdelingen har også en ledelse som over tid har satset på sykepleierne.

I 2012 ble gruppa, bestående av overnevnte intensivsykepleiere, bedt om å se på høringsnotatet til ny HLR-prosedyre ved sykehuset. En prosedyre som bygget på den nasjonale veilederen.

Avdelingen hadde da i en periode benyttet mange legevikarer med ulik nasjonal og kulturell bakgrunn. Sykepleierne opplevde at det var en lite helhetlig holdning blant legene rundt spørsmålene om behandlingsbegrensning og avsluttende behandling. De følte



**PUSTEHJELP:** Ventilasjonsstøtte med maske er et alternativ til respirator for pasienter med pusteproblemer. Her demonstrerer, fra venstre: Sølvi Håberget, Anette Kjøgx Sørby, Åse Espelund, Kirsten Mostue og Marianne Jørgensen.

at de ble en del av utøvelsen av beslutningen, uten å være en del av selve prosessen fram til beslutningen ble tatt.

Det var på den tiden mye frustrasjon blant sykepleierne rundt begrepet HLR minus som avgjørende og eneste dokumentasjon. Spørsmålene rundt beslutningene var mange: Når ble bestemmelsen tatt? Av hvem? Og på hvilket grunnlag?

#### **FÅR INNHOLD I BEGREPENE**

Gruppen startet med å gjøre seg kjent i veilederen. De så fort at den ga dem både belegg for og mulighet til å medvirke til en god prosess fram til at en beslutning om behandlingsbegrensning ble fattet. Den bidro også til å gi økt kjennskap og større bevissthet i bruk av lovverk og andre styrende dokumenter,

oppsummerer de fire intensivsykepleierne. Arbeidet med å implementere veilederen på avdelingen har vært et felles prosjekt.

Sykepleiere har lett for å strø om seg med begreper som «verdighet», «verdilig liv» og «livskvalitet». Gruppen ønsket derfor å benytte gjennomgangen av veilederen til også å reflektere mer omkring disse

## «Vi vet hva som kreves og hvordan beslutninger bør fattes.» Terje Tvetter, avdelingssykepleier

- ▶ begrepene på avdelingen. Dette gjaldt også de tunge juridiske begrepene «øyeblikkelig hjelp», «nytteløs behandling», «samtykke til helsehjelp» og det kompliserte «samtykkekompetanse». Og «døende pasient»: Hva er det? På intensivavdelingen?
  - Det vil alltid være behov for å øke kompetansen rundt slike spørsmål, og å skape trygghet når denne type spørsmål kommer. Og spørsmålene kommer, og det stadig oftere, sier fagsykepleier Åse Espelund.

### FELLES FAGKVELD

Seinere startet gruppa prosessen med å gjøre veilederen kjent blant kolleger og bruke den som et felles redskap for hele avdelingen. Det startet med en fagkveld for alle på avdelingen.

De tok utgangspunkt i kasuistikker fra praksis, presenterte problemstillinger og organiserte grupper som så skulle drøfte disse med hjelp av helselovene, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og nasjonal veileder. I tillegg var en ekstern gjest invitert som belyste vesentlige aspekter ved behandlingsbegrensning. Fagkvelden er senere blitt gjentatt.

### KONTINUERLIG ARBEID

De fire i gruppa ser på dette som et

kontinuerlig arbeid som avdelingen aldri blir ferdige med og ikke bør føle seg ferdige med.

De synes det å reflektere over fag og egen rolle er en god øvelse for å luke bort synsing og tilfeldige, personlige meninger. På den måten vil sykepleiere framstå som mer profesjonelle og bli tryggere i samtalen med de øvrige medlemmene i behandlingsteamet rundt pasienten. Det vil også gjøre dem tryggere og sterkere når det gjelder å ta initiativ til drøftinger om for eksempel behandlingsbegrensning, påpeker de.

Det handler mye om kommunikasjonsferdigheter. Evne til å stå i det vanskelige. Finne ordene, finne tidspunktet, våge å være ærlige og inkluderende.

– Å følge felles retningslinjer gjør det lettere for alle å stå i disse vanskelige situasjonene. Vi vet hva som kreves og hvordan beslutninger bør fattes, sier avdelingssykepleier Terje Tvetter.

Han er helt klar på at tilrettelegging for arbeidet, for eksempel ved å gjøre kjent den nasjonale veilederen, er et lederansvar.

### DE VIKTIGE SPØRSMÅLENE

Til hjelp i den kliniske hverdagen er det i den nasjonale veilederen satt opp en

liste med spørsmål som er relevante når behandlingsteamet rundt pasienten skal ta stilling til begrensning av livsforlengende behandling:

- Er det medisinske grunnlag for prognostisk vurdering tilstrekkelig?
- Er pasienten beslutningskompetent i situasjonen?
- Hvis ikke, er de pårørende informert og hørt?
- Er pasientens innstilling til, og ønsker om livsforlengende behandling kjent?
- Hvordan er forholdet mellom nytte og byrde ved behandling?
- Er alle aktuelle behandlingsmuligheter uttømt?
- Hvilke intervensjoner skal begrenses?
- Er det drøftet i behandlingsteamet?
- Er god palliasjon og pleie sikret, og pasientens verdighet ivaretatt?
- Er det uenighet om beslutning, eventuelt hvem skal trekkes inn?
- Er prosess, begrunnelse og beslutning dokumentert?

### UTGANGSPUNKT I HVERDAGEN

Avdelingen har i dag etablert et fast morgenmøte på en knapp halvtime en dag i uka. Her drøftes problemstillinger rundt hverdagsdilemmaer og kjente pasientsituasjoner som har funnet sted på avdelingen. De kaller denne stunden «betydningsfulle bagateller» etter Florence Nightingale.

Det er disse refleksjonene de prøver holde levende i avdelingen. Det kan gi dem en form for beredskap når de står i vanskelige dilemmaer, forteller de fire.

I gruppa finnes kompetanse innen





**FAGUTVIKLING:** Veilederen er utgangspunkt for kontinuerlig fagutvikling. Her fra venstre: Åse Espelund, Anette Kjøgx Sørby og Kirsten Mostue.

forskjellige fagområder, som kreftsykepleie, palliasjon, veiledning og etikk. I gruppa er det ikke alltid enighet, men det gjør at de kan vurdere problemstillingene ut fra forskjellige faglige ståsteder og på den måten gjøre hverandre tryggere.

#### **NÅR ER NOK NOK?**

Helsepersonell er lært opp til at det er deres oppgave å redde liv. Gjøre det som er mulig der og da. Men ofte dukker spørsmålene opp: Hva gjør vi nå? Når er nok nok?

Det er vanskelig, og slike spørsmål skal være vanskelig, men det er ikke lenger

like frustrerende å stå i dette for sykepleierne på intensivavdelingen i Elverum. Nå handler det om å kunne avslutte på en god og verdig måte. En avslutning skal, så langt det er mulig, være: Gjennomdrøftet, kommunisert, avklart, og gjennomføres på en anstendig og fredelig måte.

Det påstås at sykepleiere er mer utålmodige enn legene når det gjelder når man skal avslutte aktiv intensivbehandling. Det kan bero på at det er sykepleieren som er ved pasienten og ser at det kan handle om å forlenge lidelse mer enn å fremme liv og livskvalitet. Det kan også ha å gjøre med at sykepleiere

«slipper» å føle seg direkte ansvarlig for beslutningen, mener de fire og forteller om en overlege på sykehuset som pleier å si: «Hva er det som haster så?». Dette synes de er et godt korrektiv.

Å være alvorlig syk strekker seg over tid. De fire synes det er en utfordring å vite hvordan de kan bruke den tiden de har til rådighet på en best mulig måte. Er det ved å snakke med pårørende? Ordne tid til at barnebarn kan komme? Det er i sykepleiens fagtradisjon og profesjonsansvar å få fram disse aspektene i prosessen rundt begrensning av behandling.

De må stadig spørre seg selv hva de er utdannet til. Hva er sykepleiens kjerne? Det er en utfordring i en hektisk arbeidshverdag.

Mange sykepleiere etterspør fagutvikling. Intensivsykepleierne på sykehuset i Elverum mener det er fagutvikling i praksis å jobbe etter den nasjonal veilederen. Fagstoffet finnes i veilederen.

– Kall den gjerne et studiehefte i sykepleiens kjerneområder, sier de. ▼

### **Livsforlengende behandling**

Beslutningspersoner ved begrensning av livsforlengende behandling.

IS-2091 utgitt 01.04.2013

Veilederen kan lastes ned fra

[helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no)

# Mye tydet på at hun ville slippe

De pårørende var langt unna, og ingen visste hva kvinnen egentlig ønsket.

Av **Berit Liland**, intensivsykepleier og **Håkon Johansen**, geriatrisk sykepleier, medlemmer av Rådet for sykepleieetikk

**J**eg møter pasienten for første gang denne helgevakten på sykehjemmet. Kvinnen er i 60-årene og har hatt en stor hjerneblødning for seks uker siden. Hun har lammelser i den ene siden av kroppen, svelgevansker, lungebetennelse, gjentatte episoder med respirasjonssvikt og har gradvis blitt svekket etter hjerneblødningen.

Hun får ikke i seg tilstrekkelig væske og ernæring, og det ble derfor lagt inn nasogastrisk sonde på sykehuset. Hun er også plaget av infeksjon i munnhulen og har diaré. Denne vakten er hun urolig. Hun klarer ikke å fortelle hva som plager henne, men forsøker å dra ut ernæringssonden.

Det er lett å fortsette i det sporet kollegene før meg har trukket opp og ikke stille kritiske spørsmål. Leger og sykepleiere på sykehuset har skrevet sine journalnotater og overflyttingsrapporter, og egne kolleger på sykehjemmet legger planer for å følge opp behandlingen som ble startet da kvinnen var innlagt på sykehuset.

Likevel berører kvinnens fortvilelse meg, og det oppleves vanskelig å gjøre det som har blitt vurdert som kvinnens beste, men som tydeligvis er i konflikt med det hun ønsker selv.

For meg ser det ut som om hun mest av alt ønsker å bli kvitt ernæringssonden; hun ønsker å få være i fred.

## **STILNET PASIENTSTEMME**

Yrkesetiske Retningslinjer sier at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til

faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. Sykepleieren skal også delta aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling, og bidra til at pasientens stemme blir hørt, og sykepleieren skal bidra til en naturlig og verdig død. Hva vil det si å dø en verdig død? Og hva gjør vi når pasientens stemme er uklart eller har stilnet når valgene om liv eller død blir påtrengende?

#### **BLIR IKKE BEDRE**

Målsettingen for oppholdet på sykehjemmet er om mulig å få pasienten til å spise selv og å trene med utgangspunkt i gjenværende ressurser. Det gjøres forsøk på mobilisering, men pasienten er for svak. Til å begynne med spiser hun litt, men etter hvert klarer hun bare å ta til seg slurker med vann.

Nærmeste pårørende er en nevø, men ut fra journalnotatene fra sykehuset har de ikke hatt så mye kontakt de senere årene. Kvinnen har en bror som bor i utlandet. Han sier i en telefonsamtale at «dette ville hun ikke ønsket, å bli liggende slik».

Pasienten blir dårligere ettersom dagene går på sykehjemmet. Det blir startet antibiotikabehandling på grunn av pneumoni, og det går et par uker uten tegn til bedring.

Hun er sengeliggende, døser mye på dagtid, og har urolige netter. Man står snart ved et veiskille; fortsatt behandling med ernæring og antibiotika eller fokusskifte fra aktiv behandling til palliasjon?

Kvinnen har tidligere gitt uttrykk for

at hun ikke orker mer, men behandlingsteamet er usikker på om hun kan regnes som samtykkekompetent. Hun virker deprimert og har begynt å rote mer med hvor hun er og hvorfor. Behandlingsteamet heller mot en avgjørelse om å avslutte den aktive behandlingen. De ser få tegn til restitusjon, det er negative virkninger av ernæringsbehandlingen, og det er et økende behov for lindring.

Behandlingsteamet ønsker å involvere pårørende og få deres støtte for å avslutte behandling med antibiotika og ernæring. Imidlertid er det vanskelig å få til et møte på kort varsel, og avgjørelsen om å eventuelt avslutte aktiv behandling er utsatt til nevøen kommer til samtale i avdelingen ut i neste uke.

#### **FIRE TYPER VERDIGHET**

Hvordan kan vi ivareta kvinnens verdighet i denne situasjonen?

Verdighet er et sammensatt fenomen, og Nordenfelt (1) deler verdighet inn i fire typer:

For det første det overordnede menneskeverdet vi alle har i kraft av at vi er mennesker.

Dernest meritverdigheten, som er knyttet til sosial status og prestasjoner, og den moralske verdigheten knyttet til uegennyttig innsats for andre og det å leve i samsvar med eget verdisyn.

Og til sist identitetsverdigheten, som er knyttet til integritet, autonomi og fysisk og kulturell identitet. Menneskeverdet trues når vi ikke lenger behandles som mennesker, og det er sårbart når vi er som mest syke og overlatt til andres omsorg.

Identitetsverdigheten er ikke minst sårbar under sykdom når vi erfarer kroppslige, psykiske og sosiale tap. Den påvirkes av en følelse av å være hel og av å ha kontroll over det som skjer med en, av en følelse av integritet og autonomi (1).

#### **FØLER SEG IKKE SOM SEG SELV**

Kvinnens identitetsverdighet er uten tvil under press. Hjerneblødningen har ført til et stort fysisk funksjonstap. Alvorlig sykdom kan gjøre at pasienten ikke lenger føler seg som den personen hun eller han var før sykdommen (2).

Plagsomme symptomer og avhengigheten av helsepersonellet forsterker opplevelsen av å ikke lenger være seg selv (3).

Svekket evne til å kommunisere gjør at hun ikke får gitt uttrykk for hvordan hun har det og heller ikke får fortalt hva hun ønsker i situasjonen hun er i. Dermed er det også utfordrende for helsepersonell å gi hjelp når pasienten ikke kan snakke om de vanskelige følelsene.

Psykisk støtte fra familie og helsepersonell i situasjonen påvirker også pasientens verdighet (2). Og når pasienten mangler nær familie blir det å få støtte fra helsepersonell desto viktigere.

#### **USIKRE PÅ HVA HUN VIL**

Kvinnen forsøker å dra ut ernæringssonden, og behandlingen hun mottar synes å stride mot det hun ønsker. Hun har ikke lenger kontroll over egen kropp og får ikke bestemme hva som skal skje med henne.

Er vi for raske til å sette selvbestemmelseretten til side når det verbale svikter? Burde vi i større grad ta på alvor andre

## «Menneskeverdet trues når vi ikke lenger behandles som mennesker.»

- ▶ uttrykksformer? Eller kan vi stå i fare for å feiltolke pasientens atferd og å avslutte en behandling som kunne gitt pasienten noen flere dager, uker eller måneder å leve?

Prognosen ved denne pasientens sykdom er dårlig, og det er fare for nye vaskulære hendelser med blødning eller slag (4). I den siste levetiden vil hun mest sannsynlig ha store plager, og hun vil ha begrensede muligheter til å fortelle om sin situasjon og til å få hjelp med vanskelige følelser og tanker.

### TID FOR LINDRING

En viktig side ved palliativ omsorg og behandling er å observere og erkjenne når personen nærmer seg avslutningen av livet (5). I denne fasen av sykdommen er det ofte medisinsk forsvarlig og etisk riktig å vektlegge lindrende omsorg og behandling, og å begrense livsforlengende behandling (6, 7).

Begrensning av livsforlengende behandling forutsetter normalt samtykke fra personen (6, 7). Respekt for personens selvbestemmelse er et grunnleggende etisk prinsipp i dagens helsetjeneste. Selvbestemmelsen ivaretas vanligvis gjennom informert samtykke (6). Kvinnen har redusert kognitiv funksjon og vansker med kommunikasjon. Dermed kan hun ha redusert evne til å forstå informasjon om den medisinske situasjonen hun

er i og om konsekvenser av å avslutte eller opprettholde livsforlengende behandling med ernæring og antibiotika (8).

### FORMODET SAMTYKKE

Når en pasient mangler samtykkekompetanse, gjelder i stedet et formodet samtykke basert på hva helsepersonellet antar at personen ville ha ønsket dersom han eller hun hadde evne til refleksjon over sin situasjon og kunne gi uttrykk for det (7). Et formodet samtykke vil blant annet bygge på tidligere utsagn om verdier og preferanser for livets siste fase, og utsagn fra pårørende om hva de tror personen ville ha ønsket (9, 10).

Forberedende samtaler kan gjøres rutinemessig i god tid før medisinske kriser oppstår. I slike samtaler utforskes pasientens verdier og preferanser for omsorg og behandling i livets siste fase (6).

### DEN VIKTIGE SAMTALEN

Om forberedende samtaler med både pasienten selv og pårørende var gjennomført og dokumentert i historien over, kunne behandlingsteamet hatt et tryggere grunnlag for å ta beslutningen om fortsatt livsforlengende behandling eller å avslutte den. Dessuten kunne samtaler som gikk i dybden på kvinnens tanker og følelser når katastrofen rammet, ha gitt en klangbunn for relasjonen

mellom pasient og sykepleier når evnen til verbal kommunikasjon forsvant. Man føler seg så hjelpeløs som sykepleier når man ikke vet noe særlig om den alvorlig syke pasienten, om levd liv og hva som er viktig for ham eller henne.

Med gode forberedende samtaler på sykehuset og i de første dagene på sykehjemmet, hadde det vært lettere å ivareta denne kvinnens verdighet gjennom å respektere hennes ønsker og vilje. Og gjennom å gi hjelp til best mulig å bevare en følelse av å være den hun var før hjerneblødningen. ▼

### Referanser:

1. Nordenfelt L. The Varieties of Dignity, An International Journal of Health Care Philosophy and Policy. 2004;12(2):69-81.
2. Johnston B, Papadopoulou C, Östlund U, Hunter K, Andrew J, Buchanan D. What's Dignity Got To Do With It? Patient Experience of the Dignity Care Intervention: A Qualitative Evaluation Study. SAGE Open Nursing. 2017;3:2377960817699839.
3. Chochinov HM. Dignity-conserving care – a new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA. 2002;287(17):2253-60.
4. Poon MTC, Fonville AF, Salman RA-S. Long-term prognosis after intracerebral haemorrhage: systematic review and meta-analysis. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2013; jnnp-2013-306476.
5. Ellershaw J, Wilkinson S. Care of the dying: a pathway to excellence. 2nd ed. ed. Oxford: Oxford University Press; 2011.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder. Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. 2013.
7. Nortvedt P. Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2016.
8. Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH. Medisinsk og helsefaglig etikk. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. ed. New York: Oxford University Press; 2013.
10. Gjerberg E, Lillemoen L, Førde R, Pedersen R. End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes – experiences and perspectives of patients and relatives. 2015.

Mange knekte ribbein eller en stille rolig død?  
Pårørende er usikre på hva sykehjemspasienten ønsker.

# Anbefaler sistehjelp

Tekst **Marit Fonn**, journalist

**M**an snakker ikke om døden. Spesielt pårørende til sykehjemsbeboere gjør ikke det, sier Georg Bollig.

Med en ganske fersk doktorgrad kan den tyske sykehjemslegen og palliativmedisineren slå dette fast. I mange år har han jobbet i Bergen, men nå har han flyttet tilbake til Tyskland, mens han leder et palliativt team på et sykehus og et hospice i Sønderjylland i Danmark.

## **TAKKET OG TAKKET FOR SAMTALEN**

I doktorgradsarbeidet intervjuet Bollig beboere og pårørende på sykehjem i Norge. Han fant ut at det er få forbedrende samtaler på sykehjem. Beboerne mente at deres pårørende vet hva deres ønsker er for livets avslutning. Men de pårørende selv er usikre.

– Som lege og forsker kom jeg og

snakket om liv og død. De fleste beboerne takket og takket meg hundre ganger for samtalen. Det forundret meg. Ingen hadde snakket med dem om det. Beboerne og deres pårørende snakker heller ikke om døden, de prøver å skåne hverandre, sier Bollig.

De fleste dør på sykehjem.

– Derfor er det fint at avgjørelser som tas på vegne av pasientene er i tråd med det de selv ønsker, påpeker han.

## **PÅRØRENDE BLIR STRESSET**

Men mange pårørende blir altså stresset av å ta en avgjørelse, ifølge Bollig.

– Ofte er det avklart og greit. Men kan ikke pasienten uttale seg, må helsepersonalet snakke med pårørende.

– *Det vil si når pasienten er dement?*

– Ja, men det kan også skje hvis pasienten har fått en urinveisinfeksjon eller

lungebetennelse og ikke lenger er i stand til å snakke fordi de er blitt så dårlige av infeksjonen. Da er det vanlig å snakke med pårørende. Og det er da stresset oppstår.

– *De vet altså ikke hva de skal mene?*

– Det kan oppstå konflikter. Særlig skjer det at pårørende ønsker behandling, men ikke pasienten. Man ender opp med å gi behandling pasienten ikke vil ha.

Eksempler er at man gir antibiotika intravenøst, kunstig ernæring eller at pasienten blir sendt på sykehus selv om han ikke ønsker det.

## **DEN IDEELLE SAMTALE**

Bollig anbefaler å innføre forberedende samtaler som fast rutine:

– *Hva skal de handle om?*

– Alt mulig. Det ideelle er at både lege, pleiepersonell, pasient og pårørende er med. Kanskje ikke en dement pasient

## «Spør du de gamle, så vent lenge nok på svar.»

Georg Bollig, sykehjemslege

- ▶ som ikke kan uttale seg. Men pårørende er viktig å ha med, for nettopp å unngå konflikt. Også legen, som må ta den medisinske avgjørelsen. Det er mye mer bekvemt hvis legen vet hva pasienten ønsker.

Blir man akutt syk på sykehjem, vil de fleste si det må behandles.

– Noen vil reddes for enhver pris. Andre vil heller dø på pleiehjemmet. De fleste vil ikke ha livsforlengende behandling. De er innforstått med at de skal dø, sier de er i dødens venteværelse. Men pårørende har problemer med å ta en slik avgjørelse på deres vegne.

Uansett er det best å snakke om disse

### Veileder om samtale

Veilederen om forberedende samtaler har blant annet tips om spørsmål man kan stille:

- Hva er viktig for deg nå og i tiden framover?
- Vil du være med å bestemme hva du skal ha av medisinsk behandling?
- Har du gjort deg tanker om livets sluttfase og døden?

Kilde: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

tingene i god tid, for eksempel hvilken behandling man ønsker ved livets slutt, mener han.

– Det høres enkelt ut, men det er ikke så enkelt for alle. Men personalet må ta ansvar for å komme i gang. Både sykepleiere og leger må venne seg til å snakke om det. Dessuten vil det redusere stress, når vi vet hva vi skal gjøre.

– *Hva med dem som bor i omsorgsbolig eller hjemme med hjemmesykepleie? Hvem skal snakke med dem?*

– For å få en plass på sykehjem må du være veldig syk. Det kan du også være om du bor hjemme. Det beste er ganske enkelt å snakke om døden. Også for yngre. Det er bare å spørre rett ut. Man tar ikke temaet riktig på alvor hvis man ikke snakker om det.

#### – VENT PÅ SVAR!

Måten man spør på vil påvirke svarene. Dette har Bollig erfart i arbeidet i palliative team.

– Hvis man spør litt sånn sjekklisteraktig «vil du gjenopplives?», så vil de fleste svare: «Selvfølgelig!»

Men hvis de som er i palliative team eller på ambulansen sier «jeg syns du er så alvorlig syk at det kanskje ikke gir mening å sette i gang behandling», blir svaret ofte et annet.

– Om man ikke ønsker å bruke ordet

«gjenopplive» med det samme, så kan man spørre: «Hva tenker du? Er du redd for å dø?» Så får man en samtale i gang. Mange mennesker har et mer avslappet forhold til døden enn du tenker.

Bollig har flere tips:

– Husk at de gamle ofte hører dårlig. Og at reaksjonstiden deres er lang. Hvis du spør, så vent på svar. Og du må vente lenge nok. Mange gjør ikke det, for det er så ubekvemt med pauser. Så ta en pause når du har spurt. Spørsmålet setter i gang tankene.

Selv har han fått godt datamateriale i forskningen sin ved å vente tålmodig på svar.

### GJENOPPLIVING KAN BLI VOLDSOMT

Bollig har opplevd at det fins sykehjem som har en regel om at de ikke skal gjenopplive pasientene. Det er han kritisk til:

– Man må ta hensyn til den enkelte, ikke se alle som en gruppe.

Hvis det kommer ambulanspersonell som er i tvil om de skal gjenopplive, skal de sette i gang. Men man kan unngå tvil ved å ha fast rutine for slike samtaler.

– Gjenoppliving kan bli en voldsom prosess, med mange knekte ribbein. Kanskje skal pasienten heller få dø stille og rolig. Det har med verdighet å gjøre, sier han.

– Innkall gjerne pårørende til samtale,



**SKÅNER:** – Beboerne og deres pårørende snakker ikke om døden, de prøver å skåne hverandre, sier Georg Bollig.

så de slipper å måtte ta initiativ selv. Man må også respektere dem hvis de ikke har lyst til å snakke om det.

Bolligs erfaring er at pårørende og pasient er redd for å såre hverandre:

– De prøver å beskytte hverandre. Men de få som har snakket sammen syntes det var vanskelig, men godt, å snakke om det. Når de først er i gang, klarer de det selv. Helsepersonell kan være en katalysator første gangen.

– *Hva med deg selv? Vil du gjenopplives?*

– Gjerne! Jeg har jo barn i oppvekst. Jeg pleier å si det når jeg holder foredrag: «Dere kan godt gjenopplive meg hvis noe skulle skje.»

#### **ELSKER BÅDE FØRSTE- OG SISTEHJELP**

Bollig elsker førstehjelp. Såpass at han har holdt førstehjelpskurs i barnehagen

## **Sistehjelpskurs**

Norsk Palliativ Forening har sammen med en dansk og en tysk forening laget et sistehjelpskurs med informasjon om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Ideen til kurset stammer fra Georg Bollig.

### **Kurset på fire undervisningstimer handler om:**

- Døden er en del av livet
- Ønsker og rammer for livets slutt
- Å lindre plagsomme kroppslige og psykiske symptomer
- Å ta farvel

Kursets mål er å spre informasjon om palliasjon og være et møtested for å diskutere døden i det moderne samfunn. Kurskonseptet (Letzte Hilfe Kurse) har fått en tysk pris for palliativmedisin i 2015 og har blitt kåret til et av Tysklands beste sosiale prosjekter.

til sønnen sin for fire- og femåringer. Etterpå har han forsket på om barna husket det de har lært. Det gjorde de.

Han er også glad i sistehjelpskurs, for vanlige folk.

– Der snakker man noen få timer om livets avslutning. Det kan være om å slutte å spise og kunstig ernæring. Litt informasjon, og dermed lærer de at det ikke er vondt å snakke om døden, sier Georg Bollig. ▼

## Sykehjemsdager

Foto: Stig M. Weston



6/11





7/11



8/11

# Liv til dagene – eller dager til livet?

Vi ønsker alle å få best mulig behandling ved alvorlig sykdom, men den «beste» behandlingen er ikke alltid den livsforlengende.

Av **Liv-Ellen Vangsnes**, anestesilege

Som anestesilege på en intensivavdeling synes jeg det er et privilegium å få være med på å redde liv. I Norge er vi så heldige at vi har mulighet til å bruke store ressurser på kritisk syke, og mange pasienter får dermed mulighet til å overleve alvorlige sykdommer og skader.

Men det skjer også mye overbehandling, som gir redusert livskvalitet og fører til at en dødsprosess forlenges unødige.

## **FORLENGER DØDSPROSESSEN**

Ofte blir alvorlig syke pasienter behandlet med full intensivmedisinsk innsats til tross for svært dårlig prognose. Det fører til at mange av disse menneskene gjennomgår et langvarig intensivopphold forbundet med mye ubehag, lidelse og sorg før de dør.

Selv pasienter som er i sluttfasen av sin dødelige sykdom ender ofte opp på en teknisk overvåkningsavdeling for å få krevende maskinell pustestøtte eller annen avansert livsforlengende behandling de siste dagene de har igjen å leve.

I virkeligheten er det ikke livet som forlenges, men selve dødsprosessen. Disse pasientene kunne ha fått en bedre og mer verdig avslutning på livet dersom all oppmerksomhet ble rettet mot god omsorg og lindrende tiltak i rolige omgivelser.

I økende grad legges også sykehjemspasienter inn på intensiv- eller overvåkningsavdelinger. Det er ikke lenger uvanlig at 90-årige pasienter gjenopplives på sykehjem etter hjertestans.

Noen av disse pasientene har langt-kommen demens, andre har selv på forhånd gitt uttrykk for å være mettet av dage og har et ønske om å få slippe å leve lenger. Likevel gjenopplives de.

Hva er det man tenker å bringe en slik pasient tilbake til? Tilstanden og funksjonsnivået vil være ytterligere svekket hvis de overlever.

#### EN SENG FULL AV SLANGER

Gjennomgått hjertestans medfører også en betydelig fare for hjerneskade. Hvis gjenopplivingsforsøket fører til at hjertet begynner å slå igjen, flyttes pasienten til intensivavdelingen. Oftest dør de kort tid etter innleggelse – i en seng full av slanger, ledninger og teknisk utstyr. Ville man ha ønsket dette for seg selv eller sine nærmeste?

Jeg har hørt pårørende beskrive det som et overgrep at deres kjære ble påført slik behandling og fratatt muligheten for en naturlig død. Det er som om døden er blitt en unaturlig hendelse, som ikke skal inntreffe – uansett hvor gammel eller syk man er.

#### PRESSER PÅ FOR BEHANDLING

Av og til er det pårørende som er de som presser på for at det skal gis full intensivmedisinsk behandling, til tross for at legene mener pasienten vil være bedre tjent med lindrende tiltak. Økte forventninger til hva helsevesenet bør kunne hjelpe med, kan resultere i krav om ytelser det ikke alltid er grunnlag for å anbefale.

Det er lett for leger og sykepleiere å la

seg påvirke av press fra pasient og pårørende. Er en del av overbehandlingen vi ser et resultat av urealistiske forventninger og av helsepersonell sin angst for kritikk fra pårørende og kolleger?

Leger og sykepleiere vet bedre enn andre at moderne medisin har sine begrensninger. Den amerikanske legen Ken Murray skriver i essayet *Hvordan leger dør* (se side 64) at det er en klar forskjell på hvordan legene selv ønsker seg avslutningen på livet og hvordan pasientene deres dør. Leger som blir rammet av uhelbredelig kreft, velger ofte mindre behandling enn det ikke-leger gjør. De velger oftere å tilbringe resten av levetiden med familien og gjøre lystbetonte ting for så å dø hjemme – fremfor å gjennomgå krevende behandling som kanskje kunne ha forlenget livet med noen uker eller måneder, men som ville ha gitt dårligere livskvalitet.

#### BØR SNAKKE MED PASIENTEN

Det kan ikke forventes at personer uten medisinsk erfaring skal forstå hvor belastende livsforlengende behandling kan være. De har heller ikke grunnlag for å vurdere prognosen til pasient. Som helsepersonell må vi formidle dette til pasient og pårørende på en tillitvekkende og empatisk måte.

Mye overbehandling kunne ha vært unngått hvis det i sykehus og sykehjem tidlig ble snakket med pasienten om å begrense behandling, for eksempel når det gjelder gjenoppliving eller respiratorbehandling.

«I virkeligheten er det ikke livet som forlenges, men selve dødsprosessen.»

#### LIVSKVALITET VIKTIGST

Ofte har pasienten allerede gjort seg tanker rundt dette og har klare ønsker om hvilken behandling de ønsker i livets slutfase. Mange understreker at livskvalitet betyr mer enn livslengde. Men det kan være for sent å ta stilling til spørsmålet når man først er blitt kritisk syk og ute av stand til å formidle sin vilje. Det å unnlate å gjøre seg tanker om hvordan man ønsker å dø – eller snarere hvordan man *ikke* ønsker å dø – kan føre til overbehandling og dermed en unødige lang og vond dødsprosess.

Det er ikke alltid at flere dager til livet er det pasienten er best tjent med, hvis disse dagene gir dårlig livskvalitet. Ofte vil god, lindrende omsorg kunne gi et mer verdifullt liv de gjenværende dagene. ▼

*(Teksten er en omarbeidet versjon av en lederartikkel trykket i Tidsskrift for Den norske legeforening med tittelen: Hvordan leger ikke ønsker å dø. 2015; 135: 919.)*

# Videre lesing

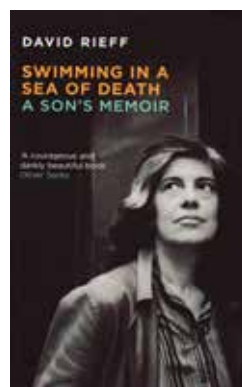
Tekst **Liv Bjørnhaug Johansen**, temaredektør



## Å være dødelig. Om lege-kunst og livskvalitet

Av Atul Gawande,  
oversatt av  
Emma Bakkevik  
Mime forlag, 2016  
305 sider  
ISBN 978-82-93441-  
08-3

**Sum ung lege** opplevde Atul Gawande at han hadde mislyktes når pasientene hans døde. Å fikse helsemessige problemer som oppsto, var hans oppgave. Om det ikke var mulig, hadde han lite å bidra med annet enn å forsøke noe som i hvert fall kanskje kunne gi et ørlite håp om helbredelse, eller i hvert fall en utsettelse av døden. I denne boka tar han et oppgjør med sin egen og den moderne leggekunstens forhold til døden. Gawande hevder at leger er for optimistiske, for behandlingsorienterte og for lite tilbøyelige til å svare ærlig på pasientens velberettigete spørsmål: «Kommer jeg til å dø?» Gjennom fortellinger fra sin praksis som kirurg og om egne familiemedlemmers sykdom og dødsleie viser han at det først er når vi tar innover oss at vi alle skal dø at vi er i stand til å ta gode avgjørelser om liv og død. Livsforlengende behandling er en byttehandel der livskvalitet veksles inn mot en mulighet for mer tid. Da må vi tørre å spørre hvor langt hver enkelt er villig til å strekke seg før døden kanskje er et akseptabelt alternativ.



## Swimming in a sea of death. A son's memoir

Av David Rieff  
Granta publications,  
2009  
179 sider  
ISBN 978-1-84708-  
075-2

**Den amerikanske** forfatteren Susan Sontag hadde allerede overlevd kreft to ganger da hun får påvist leukemi. Selv om verken behandlerne hennes eller informasjonen hun innhenter levner noen grunn til optimisme, vil hun ikke på noe tidspunkt i forløpet ta til seg at utfallet kan bli noe annet enn en behandling som vil gjøre henne frisk igjen. Andre dør av denne sykdommen, men ikke hun, hun er unntaket; hun er en overlever. Da hun til slutt dør av en infeksjon i kjølvannet av en mislykket benmargstransplantasjon oppleves det som om hun skulle dødd i en bilulykke. Hennes sønn, David Rieff, gjør seg i denne boka noen viktige refleksjoner over hvorfor døden var så umulig for henne. Hvordan gir vitenskapen, medisinen og legene henne plass til denne totale fornektelsen av døden? Og ikke minst; hva gjør det med hans rolle som pårørende å aldri få lov til å snakke med henne og legene om døden når han åpenbart ser at det er dit dette bærer?



## En lett og rolig død

Av Simone de Beauvoir  
Solum Forlag, 2000  
94 sider  
ISBN 82-560-1228-5

**Simone de Beauvoirs** aldrende mor får påvist langtkommen tarmkreft ved en sykehusinnleggelse etter et lårhalsbrudd. «Ikke la henne opereres», glipper det ut av munnen på sykepleieren etter kirurgens visitt. Hun har sett hva som venter den gamle damen. Men Beauvoir-søstrene overkjøres av optimistiske kirurger og en stor svulst fjernes og etterlater en ubrukelig tarm og et åpent sår. Som skikken var på denne tiden, ble pasienten aldri informert om alvorret i tilstanden. Et fire ukers smertefullt og urolig dødsleie følger. I denne lille, personlige boka deler de Beauvoir sine opplevelser og refleksjoner i denne tiden. Boken rommer et kompleks av motstridende tanker; gru over å være vitne til lidelsen og ydmykelsen, men også glede over å ha fått tid til å gi moren omsorg og kjærlighet. Samtidig utfordres hennes tilbakevendende anger over valget om operasjon av morens ukuelige livsvilje og håp.

**«I korridoren sa han til meg: «Ved daggry hadde hun fire timer igjen å leve. Jeg har reddet henne.» Jeg våget ikke å spørre ham: til hva?»**

Simone de Beauvoir, *En lett og rolig død*

## Sykehjemsdager

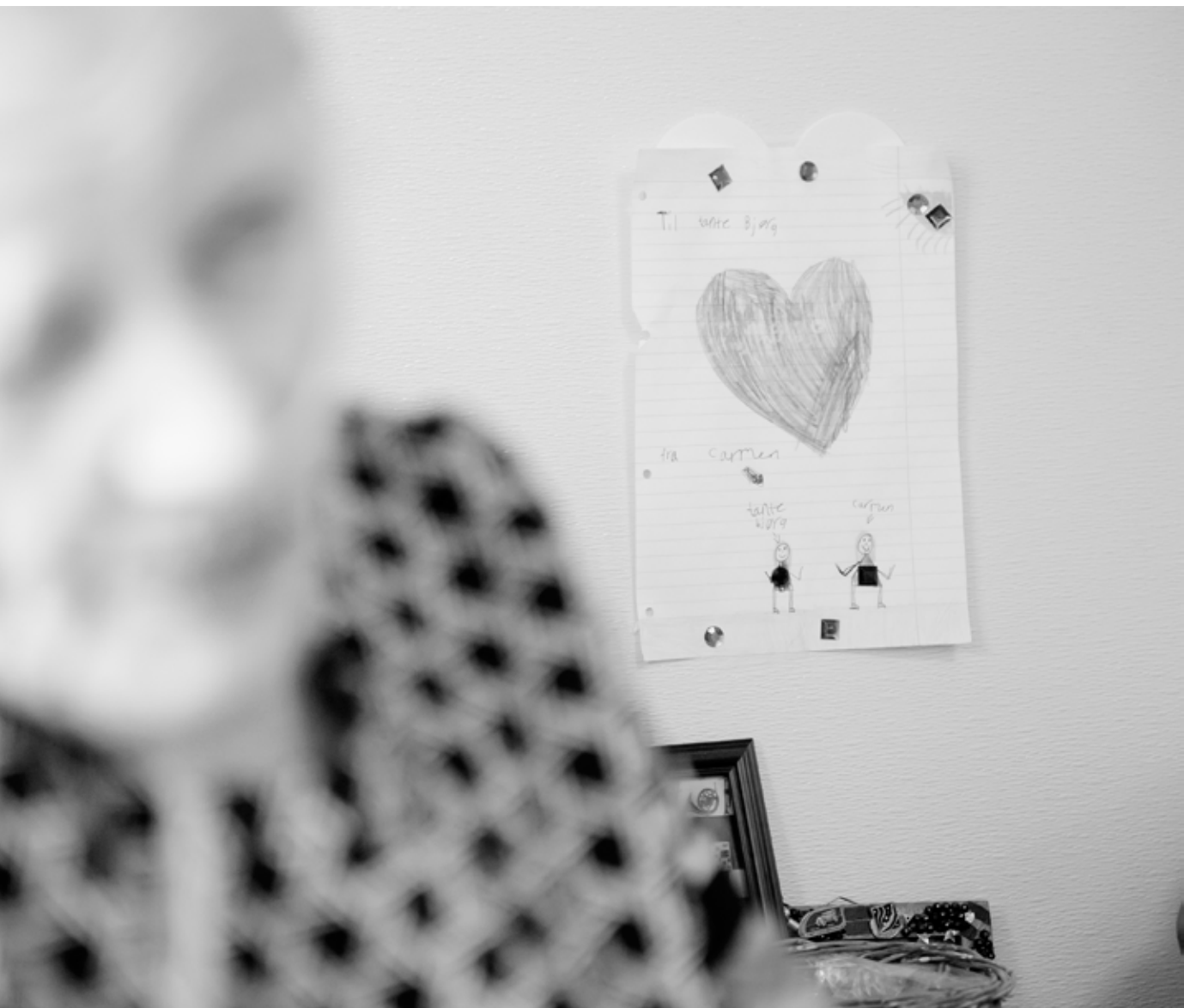
Foto: Stig M. Weston



9/11



10/11



11/11

# Landing

Jeg ber henne gi dem litt tid til å erkjenne at det faktisk er hun som ligger der.

Tekst Liv Bjørnhaug Johansen, temaredeaktør

**Nå er det endelig** satt HLR-minus», får jeg høre på rapporten. «Alt kan seponeres. Bare de lindrende medikamentene igjen. Pårørende er informert». Jeg kjenner den helt spesifikke følelsen av lettelse som alltid oppstår når jeg får denne beskjeden. Alt er avklart. Vi skal inn for landing.

Hun har egentlig vært døende lenge. Men de pårørende har vært så usikre. «Gjør alt», sier de. Og hun har vært uheldig; det er helligdager og nye leger på jobb hver dag som kvier seg for å være den som trekker teppet vekk under føttene deres. Litt væske vil ikke gjøre så mye fra eller til. En ernæringssonde. Oksygengrime. Oksygenmaske. Men nå er det altså slutt.

Hun har ikke vært våken på over et døgn. Men hun har fortsatt sonden i nesa. En ringer drypper sakte inn i håndbaken. En oksygenmaske dekker ansiktet hennes og fyller rommet med sykehuslyd. Og jeg kjenner det med en gang; de pårørende er ikke helt på plass. De er usikre og litt rastløse. Jeg vil at de skal se henne. Ansiktet hennes. Jeg vil ha bort sykehuslyden. Masken må av. Sonden skal ut.

Jeg setter meg ned med mannen og forklarer hva jeg tenker å gjøre. Sonden aksepterer han. Men masken mener han at hun trenger. «Så det blir lettere å puste». Jeg sier at jeg ikke tror det spiller noen rolle. At respirasjonen hennes nå er styrt av den automatiske pustemuskulaturen. At det går av seg selv, selv om det kan se ut som om hun anstrenger seg. Og at oksygenet kan tørre ut luftveiene og gi henne ubehag. Jeg sier ikke at jeg vil at de skal se ansiktet hennes, for jeg tror det er derfor han ikke vil. Han orker ikke helt å ta inn over seg at det faktisk er kona hans som ligger der. At det er moren til de tre ungdommene som kommer og går som ligger her.

Men jeg vil at han skal det.

Jeg måler oksygenmetningen i håp om at det skal gi

meg et argument for å fjerne masken, eller i det minste skifte til nesegrime. Men den er på 60 prosent. Dør hun hvis jeg tar den av? Jeg fjerner sonden, stenger ringeren og lar dem beholde masken en stund til. «Vi ser det litt an». På skyllerommet konfererer jeg med kollegaer. Hva er viktigst? At de får se ansiktet hennes eller at hun lever noen timer ekstra? Hvem gjør jeg dette for? Henne? Ham? Barna? Meg selv? Jeg navigerer etter magesfølelse. Det er et helt bestemt punkt i magen som snakker. Det finnes ingen prosedyrer på dette. Det er dette punktet i magen. Denne litt kvernende følelsen av at noe må gjøres, som vi alle navigerer etter. Masken må av. Men ikke helt ennå, sier magen min. Om en halvtime.

Jeg går inn igjen. Skrur oksygenet litt ned og blir stående for å se etter endringer. «Vi gir det litt tid» sier jeg. «Om hun ikke later til å bli plaget, tror jeg det er fint for alle om vi kan forsøke å fjerne masken.». 20 minutter etter gjør jeg det, og inni meg henvender jeg meg til henne: «Vær så snill å ikke dø med en gang! Gi dem litt tid til å erkjenne at det faktisk er du som ligger der. De har ikke helt tatt det inn ennå.»

Og hun gjør som jeg ber henne om. Ligger der, ganske fredelig, som seg selv som sover. Og etter litt sier han: «Det er jo egentlig fint å se ansiktet hennes, da.»

Ja, det er det. Og litt vondt. Men etterpå er det for seint. Dette kan ikke repareres. Hun kommer bare til å dø denne ene gangen. Og han og barna kommer til å gjenoppleve og tenke igjennom hvert minutt av disse døgnene i månedene og årene som kommer. Jeg kan kanskje lære noe av dette og gjøre det bedre, annerledes neste gang. Men ikke hun. Ikke de. For dem er det bare denne ene gangen. Derfor må vi få det til hver gang; en pen landing.

Eller i hvert fall forsøke.



**Jørgen Dahlberg**  
er utdannet advokat og anestesilege. Han er klinisk stipendiat ved Akershus universitetssykehus med tilknytning til Senter for Medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo.



**Ken Murray**  
er pensjonert allmennelege fra USA. Han har vært tilknyttet University of Southern California med et professorat i familiemedisin. Han er også foredragsholder og spaltist.

**Karin Hake**  
er forfatter og medieforsker tilknyttet NRK.



**Astrid Rønsen**  
er førstelektor ved NTNU i Gjøvik med fagansvar for videreutdanning i palliativ omsorg. Hun er sykepleier, forfatter og styreleder Hospiceforum.

**Monica Hilsen**  
er illustratør og jobber som grafisk designer i Sykepleien.



**Caroline Boda Sakariassen**  
er fagsykepleier ved Haugsåsen bokollektiv i Skien kommune.

**Bjørn Hofmann**  
er professor ved Institutt for helsevitenskap ved NTNU i Gjøvik og Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.



**Arne Hugo Stølan**  
er forfatter. Han har tidligere jobbet som sykepleier.

**Håkon Johansen**  
er spesialsykepleier ved Palliativ enhet i Askim kommune og rådgiver i Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold. Han er også medlem av Rådet for sykepleieetikk.



**Grethe Fatima Syéd**  
er frilans oversetter, forfatter og litteraturviter. Hennes siste utgivelse er *Olav Duun. Kunsten, døden og kjærlighetens dikter*.

**Frederik Emil Juul**  
er turnuslege i Skjåk kommune og spaltist i Tidsskriftet for Den norske legeforening.



**Trygve Johannes Lereim Sævareid**  
er sykepleier og stipendiat ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

**Lillian Lillemoen**  
er sykepleier og forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.



**Brigitte Teigeler**  
er sjefredaktør i «Die Schwester, der Pfleger», Tysklands svar på Sykepleien.

**Berit Liland**  
er intensivsykepleier ved intensivavdelingen ved Akershus universitetssykehus, har mastergrad i klinisk sykepleievitenskap og er medlem av Rådet for sykepleieetikk.



**Liv-Ellen Vangsnes**  
er anestesilege og jobber som overlege på anestesivdelingen på Sykehuset Østfold. Hun er også medisinsk redaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening.

**Per Nordtvedt**  
er sykepleier og professor ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.



**Stig M. Weston**  
er frilans fotograf.

**Marie Aakre**  
er seniorrådgiver, foredragsholder og veileder i sykepleie, ledelse og etikk. Tidligere leder av Rådet for sykepleieetikk og initiativtaker til og leder av lindrende avdeling ved St. Olavs Hospital.



# Håndbok i hygiene og smittevern for sykehus; Praksis og teori



Forfatter:  
Bjørg Marit Andersen  
695 sider, kr 480,-  
Elefantus Forlag -2016  
ISBN: 978-82-93274-64-3  
BESTILLING:  
www.elefantus.no  
og bokhandlere

**Smittevern** angår alle som arbeider direkte eller indirekte med pasienter; diagnostikk, behandling, pleie, isolasjonstiltak, operasjoner, utstyr, medikamenter, renhold, tekstiler, teknisk utstyr, ambulanse, transport, portørtjeneste, mat og vann, bygg og vedlikehold, og en rekke andre aktiviteter ved sykehus og andre helseinstitusjoner.

**Boken beskriver praktiske tiltak** for å forhindre og begrense infeksjoner og smitte og legger vekt på forebyggende tiltak mot alvorlige sykehusinfeksjoner. Hvert kapittel har en praktisk del med smitteforebyggende tiltak og en teoretisk del for valg av smitteverntiltak.

**Sykehusinfeksjoner øker;** bakterier blir mer motstandsdyktige mot antibiotika, og spres letter mellom alle helsenivåer i samfunnet. Verden er liten og mikrober spres raskt mellom mennesker, miljø og dyr. Sykehusberedskap som avgrensede farlige mikrober eller større utbrudd som pandemier er viktig.

**God hygiene er smittevern for pasienter,** besøkende og ansatte. Gode rutiner, personlig smittevern, godt renhold og høy hygienisk standard på behandling og pleie av pasienter er viktigere enn noensinne for god pasientsikkerhet og et trygt arbeidsmiljø.

**Målgruppen er helsepersonell;** leger, sykepleiere og andre helsefagarbeidere; studenter i helserelaterte fag; sykehusledere og helsebyråkrater; og ikke minst pasienter og deres pårørende.

## Fagartikler på sykepleien.no



På sykepleien.no finner du et stort arkiv med fagartikler som bidrar til faglig utvikling og kompetanseheving.

Fagartikkel:

### Skiftarbeid, søvn og helse blant sykepleiere

Roterende turnusarbeid er forbundet med et konstant høyere nivå av insomnisymptomer sammenliknet med ikke-roterende turnusarbeid. Det å erfare at jobben virker negativt inn på familielivet, eller motsatt, er assosiert med en økning i insomnisymptomer over tid.

**Forfattere:**

Eirunn Thun, Ståle Pallesen, Siri Waage, Iselin Reknes, Bente Elisabeth Moen og Bjørn Bjorvatn

Fagartikkel:

### Er sykepleierne fortsatt engler?

En sykepleier er en hvit engel. Et par varme hender. Pasientens advokat. Honnrørbetegnelsene er mange. Består hverdagen av hvite engler med varme hender, som utrettelig argumenterer for pasientens beste?

**Forfatter:**

Inger Cecilie Frisvoll

Fagartikkel:

### Verktøy kan gjenkjenne alvorlig sykdom hos barn tidlig

PedSAFE er et rammeverktøy for at helsepersonell lettere skal kunne vurdere og tidlig gjenkjenne alvorlig sykdom eller tilstand hos barn og ungdommer. PedSAFE-konseptet inkluderer teoretisk og praktisk trening i å vurdere etter ABCDE-algoritmen, kommunikasjonsverktøyet ISBAR og PEVS. Verktøyet ble utviklet i 2011 av leger og sykepleiere ved Ahus.

**Forfattere:**

Tonje Holm Hjertaas og Anne Lee Solevåg



## Vil du ha jobbferie i sommer?

Vil du tjene ekstra gode penger, bør du vurdere en "jobbferie"! Hvorfor ikke legge to-tre uker til et sted du gjerne vil oppleve – og jobbe samtidig? Husk, også du som er i en fast stilling, kan ha anledning til å supplere med et vikariat!

Dedicare har avtale med alle sykehusene i Norge. I tillegg er det 400 kommuner med hjemmesykepleie, sykehjem, legevakter og omsorgsboliger... Mange stillinger skal fylles! Dette er mulighetenes verden for deg som vil oppleve mer av Norge, og vi finner garantert fram til din drømmemiks mellom jobb og fritid.

Vi har stort behov sykepleiere og spesialsykepleiere i sommer (sjekk somerbonusen vår), men vi har også jobb til deg som kan begynne nå! Vi dekker forresten både reise og bolig for deg.

Vil du vite mer? Ring eller send oss en mail. Vi gleder oss til å høre fra deg!

[www.dedicare.no/nurse](http://www.dedicare.no/nurse)

+47 07480 – [rekruttering@dedicare.no](mailto:rekruttering@dedicare.no)



*Vi byr oss mer!*

**DEDICARE**  
Nurse

**praxis**<sup>®</sup>

...gjør dagen din behagelig

**SPAR OPPTIL 33%**

## MIKS SOM DU VIL AV VÅRE POPULÆRE SKOMODELLER TIL ARBEID OG FRITID

Mange penger å spare på våre allerede lave priser – uten å gå på kompromiss med kvaliteten eller komforten!

Modell 25360 Garda  
Damesandal med borrelåslukking.  
Kvalitet: Ekte skinn - gjelder også innersålen.  
Farge: Navy - Hvit - Sort  
Størrelse 36 - 42  
Ordinærpris 709,-



Modell 25090 - Paris  
Damesandal med mulighet for regulering av hællrem og over vristen.  
Kvalitet: Ekte skinn - gjelder også innersålen.  
Farge: Sort - Blå/grå  
Størrelse: 36 - 42  
Ordinærpris 709,-



2 PAR KUN  
**950,-**

Se flere  
VILLE  
tilbud på  
[praxis.no](http://praxis.no)

\*Da denne modellen er liten i størrelsen, anbefaler vi at du bestiller ett nummer større enn du normalt bruker.

Modell 25370 Padova  
Sportssko med snøring.  
Kvalitet: Tekstil  
Farge: Sort - Hvit  
Størrelse: 36 - 42  
Ordinærpris 448,-



Modell 25180 - Monaco  
Dame-/herresandal med borrelås.  
Farge: Sort - Hvit  
Størrelse: 36 - 46  
Ordinærpris 448,-



2 PAR KUN  
**600,-**

Modell 25290 - Parma  
Damesandal med hællrem og borrelåslukking.  
Kvalitet: Imiteret skinn med innersåle av ruskinn.  
Farge: Rød - Blå - Hvit - Sort  
Størrelse: 36 - 42  
Ordinærpris 448,-



Du kan fritt velge mellom alle modellene og får selvfølgelig rabatt på alt - ved bestilling av minimum 2 par. Tilbudet gjelder til 15.07.17 og du har full bytte- og returret i 30 dager.

**OXYPAS**

Professional Footwear

### Nyhet hos Praxis

Profesjonelle sko som er perfekte til jobb. En perfekt kombinasjon av komfort, kvalitet og pris.

- CE - godkjent
- Uttakbare innersåler
- Sklisikre såler
- Antistatisk
- Støtabsorberende
- Før med Cool Max

Modell 920090  
**Maud**  
Kvalitet: Mesh  
Farge: Lys grå - Fuchsia - Hvit - Navy  
Størrelse: 36 - 42



**GRATIS!**  
Ved bestilling av Oxypas sko får du en Oxywatch (verdi 179,-) UTEN tillegg. Rabattkode SY517

Modell 920000  
**Oxywatch**  
Farge: Hvit - Fuchsia - Lys blå - Lilla

FRITT VALG

**549,-**

Modell 920070  
**Sunny**  
Kvalitet: Skinn  
Farge: Fuchsia - Lilla - Lys grå - Lys blå  
Størrelse: 36 - 42



Modell 920040  
**Sandy**  
Kvalitet: Skinn  
Farge: Sort - Fuchsia - Hvit - Lilla - Gul - Lys blå  
Størrelse: 36 - 42



Bestill på 57 69 46 00 eller [www.praxis.no](http://www.praxis.no)

Praxis, Arbeids- og Fritidsklær AS  
Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand