

Varför halveras normaldoseringen?

Tack för svaret från Tikas marknadschef på mitt inlägg i Läkartidningen 1-2/96 om att Teldanexdosen halverats. Det är upplysande i varje fall i ett avseende: Även här är det marknaden som styr!

Finns det ingen medicinsk chef på företaget som känner sig manad att svara? Som läkare skulle man vilja veta om det överhuvud taget är meningsfullt att dosera 60 mg x 1. Är det dokumenterat att detta räcker för att få klinisk effekt?

Är det nya svåra biverkningsfall som föranlett företaget att för cirka ett och ett halvt år sedan halvera normaldoseringen?

Som förskrivande läkare behöver man inte ha mycket fantasi för att inse vilka medicolegala effekter situationen under det gångna året kunnat medföra eller kanske även har medfört.

Jan-Åke Wihl
docent, öronkliniken,
Universitetssjukhuset
MAS, Malmö

Mer kunskap behövs för vidare samtal om en god död

I Läkartidningen 43/95 efterlyser Lars Fallberg och Edgar Borgenhammar ett varsamt meningsutbyte kring frågan om döds kvalitet. För det krävs nog mer kunskap. Annars kan till och med samtalet bli en källa till ökat lidande!

Morfin anges som exempel på hur dödande skulle kunna genomföras. För att en patient skall kunna bli godkänd för dödande skall enligt holländska kriterier medel att minska plågan ha prövats. Det innebär i de allra flesta fall att morfin givits som underhållsbehandling. Den patient som behandlats en tid med morfin tål oerhört höga doser utan att livshotande biefekter inträder. Vid långt lägre doser kan dock patienten få plågsamma överdoseringssymtom. Morfin är definitivt inget bra läkemedel för dödande! Den utbredda rädsla som finns hos lekmän för morfin är

obefogad och leder till att många plågade döende får otillräcklig smärtlindring.

Olika syn

Frågan om det finns en klyfta mellan lekmannens syn och läkarens lyfts fram. Det finns säkert stora skillnader. I mitt arbete med dagliga samtal med cancerpatienter och deras närstående möter jag många tankar om hur livets slut kan gestalta sig. Det förväntade dödsfallet i verklighetens hemsjukvård eller sjukhusvård liknar inte lekmannens bild. Döden tycks inte längre finnas med i människors erfarenhetsbank. De flesta vill nog av läkaren ha skicklighet, erfarenhet och medmänsklighet.

Att Hollands beslut att som enda EU-land tillåta eutanasi kanske leder till »dödsturism» tas upp. Artikelförfattarnas oro är obefogad. De anger själva varför.

Funktionshindrade som inte kan begå självmord är diskriminerade. Artikelförfattarens synpunkt är inte ny. Livet och dess villkor är inte rättvisa. Bland de över tusen patienter som jag varit patientansvarig läkare för i livets slutskede har jag dock inte mött någon som begärt dödande medicinsk åtgärd på grund av fysisk oförmåga att begå självmord. Vetenskapliga studier i ämnet saknas så vitt jag vet.

Psykisk störning?

Artikelförfattarna raljerar över Socialstyrelsens formulering att eutanasibegäran kan vara »uttryck för en psykisk störning». Varför? Flera forskningsrapporter har visat att depression förekommer hos 10-15 procent av svårt sjuka människor. Tillåter vi eutanasi leder det enligt min gissning till att fler psykiskt sjuka dödas »av misstag» än de självmordsoförmögna som får hjälp att suicidera.

Vilka kretsar avses?

Fallbergs och Borgenhammars artikel avslutas med en hänvisning till vad som diskuteras i »medvetna» kretsar. Jag som följt debatten om eutanasi i över tio år förstär inte vilka kretsar som avses. Däremot vet jag att framstående företrädare för palliativ medicin från många länder med kraft tar avstånd från eutanasi. Vi har alltså förlora om vi överger den

tydliga gräns som stadgar att läkare inte under några omständigheter får tillgripa en medicinsk behandling vars enda syfte är att döda patienten.

Som i så många andra frågor i vårt vardagsarbete tjänar vi på att försöka grunda åsikter om vad som är bästa behandling på kunskap. Jag hoppas att frågan om hur vi skall hitta kriterier för hur vi skall kunna döda människor ersätts av hur vi bättre skall kunna lindra de plågor som leder till att förtvivalade människor ber om den dödade behandlingen.

Gunnar Eckerdal
överläkare, Mölndal

Litteratur

1. Parmalee PA, Katz IR, Lawton MP. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. *J Gerontol Med Sci* 1989; 44: M22-9.
2. Cole RM. Communicating with people who request euthanasia. *Palliative Medicine* 1993; 7: 139-43.
3. Foley KM. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide. *Journal of Pain and Symptom Management* 1991; 6: 289-97.

Replik:

Ingen smärtfri procedur

Vår artikel redogör för synsättet på »god död» i några länder, bl a i Nederländerna. Där har diskussionen utvecklats till aktivt stöd för patienter som söker ett skonsamt slut.

Vågar vi med öppna ögon se vad som sker på andra håll utan att omedelbart lägga lock på samtalet? Kanske med hänvisning till att den vårdprofessionelle vet bäst för patienten? Kan paternalistiska synsätt ge en känsla av vanmakt hos den som inte får göra sin röst hörd?

Två ytterligheter står mot varandra: respekten för den enskilda patientens integritet å ena sidan och professionens överräddighet å den andra. I vilken riktning bör utvecklingen gå?

»Döende lider i onödan. Svenska läkare har bristande kunskaper om smärtlindring»,

skrev överläkare Peter Strang i en insiktsfull debattartikel i Dagens Nyheter den 15 november 1994. Så mycket som drygt 90 procent av de allra svåraste formerna av cancer smärta kan i dag lindras med tillgängliga medel, påpekar han. Eutanasi efterfrågas mycket sällan, under förutsättning att symtomen är välkontrollerade. Men många patienter får inte den hjälp som finns att tillgå. Utbildningen i palliativ vård har hittills varit försummad. Det är angeläget att den bristen rättas till. Den grupp som efterfrågar eutanasi kan förvisso minimeras genom kvalificerad, empatisk palliativ vård.

Tiden inte mogen

I dag skulle varken patienten eller sjukvården i vårt land gagnas av laglig rätt till »aktiv dödshjälp». De etiska och juridiska frågorna har ännu inte mognat genom samtal och diskussion på ett så ingående sätt att tiden är inne för förändring i gällande rätt. Det är möjligt att ändrad lagstiftning, vilken skulle ge legal rätt för patienter att kräva aktiv dödshjälp under synnerligen speciella förutsättningar, över huvud taget inte är en lämplig väg för Sverige. Lika litet som den hittills formellt varit det i Nederländerna. I stället har där valts ett förhållningssätt som visserligen arbetar efter generella principer, men där åklagaren har möjlighet att åtala en läkare när denne inte uppträtt i enlighet med den etik som kan förväntas i sammanhanget. I en situation med legal rätt till aktiv dödshjälp skulle kanske svårigheter uppstå att reagera på bristande moral. Juridikens trubbighet kan bli »en black om foten».

En komplicerad fråga är vid vilken punkt en moralisk uppfattning har nått sådan förankring bland allmänheten och de vårdprofessionella att den bör kodifieras i lag eller ändrad praxis. Räcker det att en politisk majoritet lagstiftar? Eller bör folkomröstning krävas, något som genomförts på vissa håll?

Inte behöva lyssna...

Allvarligare än att spegla utvecklingen och skissera diskussionspunkter är kanske att fastna i uppfattningen att inte behöva lyssna, att inte behöva inta ett empatiskt förhållningssätt gentemot en habil och mentalt kapabel patient i plågsamt slutskede.

Utvecklingen från patient (»den som tåligt lider och ut-