fetmabehandlingen med farmaka befinner sig på samma nivå som läkemedelsbehandlingen av hypertoni på 1950-talet. Sedering användes ofta för att sänka blodtrycket, och till och med kirurgiska ingrepp med sympatektomi förekom. Idag ter sig dessa behandlingsprinciper som barbariska och primitiva.

Den mest använda blodtrycksterapin i USA och många andra länder under 1960- och 1970-talen var metyldopa som användes av miljoner hypertonipatienter. Metyldopa gav upphov till trötthet och koncentrationssvårigheter, galaktorré, positivt Coombs' test hos 20 procent av patienter och hemolytisk anemi i 1–3 procent av de behandlade patienterna. ANF-positivitet utvecklades hos 13 procent av de behandlade, och patologiska leverfunktionstester hos 6 procent.

Denna biverkningsprofil, som idag ter sig som en skräckbild, var den kliniska realitet med vilken dåtidens hypertoniexperter laborerade. Metyldopa beskrevs som det läkemedel som »många läkare fann vara mest effektivt och minst problemfyllt för det stora flertalet patienter med måttlig hypertoni», enligt hypertoniexperten Kaplan 1982 [4].

Dagens antihypertensiva har effekt över lång tid, och denna effekt kan upprätthållas till ett minimum av subjektiva biverkningar och objektiva oönskade förändringar av kroppsfunktionerna.

Forskningsmässig explosion

Vi ser för närvarande en explosion på forskningsfronten för farmakologisk obesitasterapi. Det accelererande fetmaproblemet, det kroniska behandlingskravet och den stora målgruppen gör självfallet fetmafarmakoterapi till ett attraktivt utvecklingsområde för läkemedelsindustrin.

Forskningsfronten har också lett oss därhän att det nu finns nya intressanta angreppspunkter för att manipulera med såväl primärt aptitnedsättande substanser, som verkar i centrala nervsystemet, som signalsubstanser från övre delen av tunntarmen, som genom sin frisättning under måltidens gång markerar mättnad.

Det finns all anledning att tro att vi inom det närmaste decenniet kommer att ha tillgång till ett flertal säkra och effektiva läkemedel som visserligen inte kommer att normalisera kroppsvikten men som kan minska fetmans komplikationer och därmed öka livskvaliteten och välbefinnandet.

Det återstår att se om det till och med från hälsoekonomisk synpunkt kan vara fördelaktigt att behandla med ett preparat mot fetma istället för med tre preparat mot diabetes, hypertoni och hyperlipidemi – de fetmasamband som idag ofta helt okontroversiellt föranleder en polyfarmakoterapi som minst av allt är kausal.

Referenser

1. Bray GA. Contemporary diagnosis and management of obesity. In: Handbook of obesity. New York: M Dekker, 1998: 247.
2. Scheen AJ, Lefebvre PJ. Troglitazone: antihyperglycemic activity and potential role in the treatment of type 2 diabetes. Diabetes Care 1999; 22: 1568-77.
3. Hollander PA, Elbein SC, Hirsch IB, Kelley D, McGill J, Taylor T et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes. A 1-year randomized double-blind study. Diabetes Care. 1998; 21: 1288-94.
4. Kaplan NM. Clinical Hypertension. 3rd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1982: 138.

Om dödshjälp i Nederländerna:

Skjut inte på pianisten – läs böckerna istället

»Skjut inte på pianisten, han gör så gott han kan» lär det ha stått på en bar i Vilda Västern, där man uppenbarligen sköt först och tänkte sedan.

Jag tycker det är trevligt att Susanne Ringskog och Danuta Wassermann (SR &DW) har läst min recension (Läkartidningen 36/99) av två böcker om eutanasi: »Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia» och »A time to die.The place for physisian assistance».

De har båda tidigare tagit till orda i denna fråga och då alltid intagit en oresonligt negativ attityd till allt vad dödshjälp heter, och deras kommentarer är därför förutsägbara (Läkartidningen 3/00). Men den här gången förstår jag ärligt talat inte vad de menar och genom att totalt missförstå vad jag skrivit är det helt uppenbart att de inte läst de båda aktuella böckerna. Enklare således att ge sig på pianisten/recensenten. Jag nöjer mej därför med att bara rätta till några av de värsta missförstånden.

I den holländska boken diskuteras utförligt eutanasifrågan på basen av Remmelinkrapporten, som avhandlar året 1990, och dess efterföljare från året 1995. Dessa mycket omfattade forskningsrapporter bygger bl a på läkarenkäter. Genom att ge åtalseftergift åt alla som deltog fick man en mycket hög svarsprocent, vilket anses ge en mycket trovärdig bild av hur eutanasi sker i Holland. Det är alltså detta som jag nämner i min recension och inte något annat, som SR&DW försöker få det till.

Inga tecken på »sluttande plan»

Eftersom de uppenbarligen inte läst boken och därmed heller inte förstått resonemanget om det »sluttande planet» blir deras resonemang svårt att följa. Kritikerna till dödshjälp har nämligen alltid hävdat att om eutanasi blev tillåten skulle antalet diskutabla fall tendera att öka okontrollerat (slippery slope), men erfarenheterna från Holland visar det motsatta. Lika meningslösa blir SR&DWs spekulationer om åldrar och diagnoser. Alla siffror finns i boken, och den absoluta majoriteten led av metastaserande cancer, medan t ex aids utgjorde 1,7 procent.

Jag nämnde inte i min recension psykiskt lidande som indikation för eutana-

»Om de sedan i ett nytt inlägg kunde återkomma med något annat än fundamentalistisk polemik skulle den viktiga och svåra frågan om dödshjälp kunna föras som en dialog istället.»

Författare

GUNNAR HAGBERG
överläkare, Jönköping

si. I boken diskuteras visserligen utförligt ett mycket intressant fall som gick ända upp i Högsta Domstolen, men psykiatriska eutanasifall hör i Nederländerna till rena undantagen, fastän SR&DW försöker få läsarna att tro motsatsen. Det i boken omnämnda fallet har många tankeväckande aspekter, som förmodligen skulle intressera även suicidologer.

Jämförelsen med abortfrågan

Jag saknar intellektuell analys hos SR&DW när de kommenterar abortfrågan och säger att eftersom det rör sig om två individer i en abortsituation går det inte att jämföra. Vad jag skrev, var att debatten visar klara likheter.

I bägge fallen är det fråga om en grupp motståndare som högröstat och dogmatiskt argumenterar mot abort/dödshjälp med hänvisning till livets helgd, Hippokrates bud, läkarens plikt att alltid värna liv osv. När sedan en folkopinion drivit fram en lagändring, och fri abort införts, följde givetvis majoriteten av läkarkåren efter och invändningarna tystnade, men därmed inte sagt att det etiska dilemmat försvann. Självbestämmandet i en abortsituation gäller förvisso bara den ena av två parter, och den vars liv skall utsläckas har ingen chans att yttra sig.

Autonomi inte för alla

Möjlighet att uttrycka önskemål har däremot en svårt cancersjuk person i livets slutskede, men till vilken nytta? Den viktigaste etiska principen inom sjukvården idag – autonomi eller självbestämmande – gäller inte om man vill ha läkarhjälp att avbryta ett lidande eller vill undvika att förlora sin värdighet, vilket är den vanligaste orsaken till en sådan begäran.

I dessa situationer råder fortfarande synsättet att någon annan som vet bättre – läkarna, riksdagen – skall bestämma. Det förvånar mej att två kvinnor i nådens år 2000 försvarar detta patriarkaliska synsätt, som vi ju mer och mer lämnat bakom oss under senare år, åtminstone i den somatiska vården.

Dialog önskvärd

Jag önskar att SR&DW orkade läsa den aktuella holländska boken, som jag tycker är mycket fascinerande och berikande på alla sätt. Om de sedan i ett nytt inlägg kunde återkomma med något annat än fundamentalistisk polemik skulle den viktiga och svåra frågan om dödshjälp istället kunna föras som en dialog. •

Replik:

Se upp med smygande förändringar av praxis

De böcker om den nederländska eutanasisituationen som Gunnar Hagberg recenserade i Läkartidningen 36/99 bygger på forskningsrapporter. Enligt vår mening ger Hagberg en ensidig recension av böckerna och förefaller också ha missuppfattat viktiga sakförhållanden. Eftersom ämnet är allvarligt, vill vi här klargöra några av dessa.

”Bland annat av det skälet måste vi värna om att patienterna kan känna sig trygga i sjukvården och vara på vår vakt mot smygande förändringar av behandlingspraxis eller av prioriteringar som i praktiken kan innebära ett sjukvårdens ’sluttande plan’.”

Då Hagberg dessutom entydigt tar ställning för eutanasi, finner vi det vara på sin plats att diskutera såväl hans recension som hans åsikter. I ett tidigare nummer av Läkartidningen (7/00, sidorna 748-51) har också Reet Arnmann kommenterat Hagbergs recension.

Utredning i Nederländerna

På grund av olika gruppers krav om en avkriminalisering av eutanasin i Nederländerna beslöt landets regering 1989 att skaffa fram underlag för ett lagförslag i frågan, varför man år 1990 tillsatte en kommission med det uppdraget under ordförandeskap av Högsta Domstolens allmänne åklagare, professor Jan Remmelink. Remmelink delegerade forskaruppgiften till professor Paul J van der Maas vid Institutionen för folkhälsa och socialmedicin, Ersasmusuniversitetet i Rotterdam.

Uppgiften för van der Maas innebar att studera tre former av medicinska beslut ägnade att påskynda en patients död; nämligen dels att avstå från behandling, dels att lindra smärta med höga doser opiater samt dels eutanasi (avsiktligt avslutande av en annan persons liv på dennes begäran).

Syftet med undersökningen var bl a att ge pålitliga uppskattningar av incidensen av dessa tre slags beslut och att avgöra under vilka omständigheter en läkare skulle vara villig att rapportera ett dödsfall som han åvägabragt genom eutanasi.

Intervjuer med 405 läkare

van der Maas’ tillvägagångssätt vid denna stora undersökning innebar tre delstudier:

A. intervjuer med ett urval av 405 läkare från olika discipliner,

B. en analys av svaren från vederbörande läkare på en postenkät beträffande7 000 dödsfall,

C. en prospektiv studie i vilken de läkare som deltagit i delstudie A gav information om varje dödsfall som inträffade i deras verksamhet under de sex månader som följde efter intervjun [1].

Hagberg sammanblandar svarsprocenten (76 procent) på enkäten i delstudie B med frekvensen läkare (41 pro- ▸

Författare

SUSANNE RINGSKOG
specialist i psykiatri

DANUTA WASSERMANN
professor i suicidologi och psykiatri, Nationella centret för suicidforskning och prevention av mental ohälsa, Stockholm.

ANNONS

cent) som till myndigheten rapporterar utfärdad eutanasi. När en nederländsk läkare, såsom föreskrivet, till coronern rapporterat eutanasi, beviljas han vanligen, med hänvisning till force majeure, åtalseftergift.

Denna så gott som regelmässiga åtalseftergift hade sin grund i en överenskommelse från 1990 mellan det nederländska läkaresällskapet och landets justitieminister gällande skyldighet för läkare att, i stället för att utfärda ett dödsbevis om naturlig dödsorsak, till åklagarmyndigheten anmäla alla fall där de i verkligheten givit dödshjälp. Enligt van der Wal och medarbetare [2] rapporterade 41 procent av läkarkåren sådana uppgifter 1995, mot uppskattningsvis 18 procent år 1990.

Vi menar att om endast 41 procent av läkarna – trots stor chans till åtalseftergift – rapporterar antalet fall av eutanasi som de utfört, så kan man inte uttala sig om hur stor del av resten av läkarkåren som bedriver eutanasi och i vilken omfattning. Detta innebär att den ovan nämnda överenskommelsen om anmälningsplikt inte har medfört den avsedda ökade tryggheten för patienterna. Detta är allvarligt.

»Sluttande planet» existerar

Hagberg vidhåller att inget »sluttande plan» föreligger inom nederländsk eutanasipraxis. Varför har då 222 mentalt handikappade avlivats med eutanasi [3], där endast två av dessa begärt något sådant? Varför utvidgas indikationerna för dödshjälp 1994 så att också psykiskt lidande kan utgöra skäl nog? Varför kan 30 procent av eutanasifall utföras på grundval av att patientens »familj inte stod ut längre» [4]?

Varför uttalar den nederländska socialstyrelsen att läkares begäran om eutanasi gällande minderåriga skulle accepteras och verkställas även om barnens föräldrar motsatte sig [5]? Och varför planeras en utvidgning av minderårigas rätt att själva begära dödshjälp, trots föräldrarnas motstånd?

Och varför, slutligen, följer de eutanasihandlande läkarna inte de överenskomna reglerna, som är tillkomna till skydd för patienten – där det bland annat uttalas att om alternativa behandlingar finns att tillgå skall dessa prövas först? (I 17 procent av eutanasifallen [4] förelåg en sådan oprövad alternativ behandling, ändå tillgreps eutanasin.)

Antalet dödsfall i leukemi ökade

Att sanktionera dödshjälp innebär att man stimulerar en dynamisk process i samhället, en process vars resultat inte går att förutse. Ett konkret exempel: när läkaren Quill i USA 1991 i New England Journal of Medicine redovisade att han i förtid hjälpte till att avsluta livet på en leukemipatient [6] steg månaden efter offentliggörandet av dödsfallen med denna diagnos i USA med 11,3 procent ovan den förväntade frekvensen ($p<0,01$). Allra mest steg dödsfallsfrekvensen för de patienter som mest liknade Quills patient till yttre attribut (gift kvinna i 40-årsåldern boende i småstad), eller med 33,9 procent ovan förväntat värde [7].

Phillips och medarbetare, som utfört denna analys [7], prövar fem alternativa förklaringar till varför dödsfallen i leukemi steg så signifikant efter publiceringen av Quills bekännelse. Deras slutsats blir att den bästa förklaringen till mortalitetsökningen är att den framkallades av den välrenommerade medicinska tidskriftens opinions- (eller suggestions-)skapande effekt.

Phillips och medarbetare jämför med den välkända Werthereffekten då det gäller självmord: när självmordsfall av (ofta kända) personer får stor publicitet via media kan de utlösa en våg av efterföljare med kanske känslig och sårbar psykisk konstitution.

När det i New England Journal of Medicine, en medicinsk kvalitetstidskrift som läkare alltid kunnat lita på vad gäller vetenskaplig vederhäftighet och välunderbyggda åsikter, beskrivs hur en läkare hjälper en leukemipatient att dö antar Phillips och medarbetare att många läkare tar intryck av detta och förefaller ha agerat på snarlikt sätt.

Läkare påverkas av sin omvärld

Läkare, precis som andra, påverkas av skeenden i omvärlden – inte bara av förebilder utan också av sådana faktorer såsom förhållanden på arbetsplatsen, ekonomiska ramar och politiska händelser – liksom av »inre förhållanden», exempelvis subjektiva åsikter, fördomar och ideologier.

Bland annat av det skälet måste vi värna om att patienterna kan känna sig trygga i sjukvården och vara på vår vakt mot smygande förändringar av behandlingspraxis eller av prioriteringar som i praktiken kan innebära ett sjukvårdens »sluttande plan».

Slutligen finner vi det inte meningsfullt att jämföra abort- och eutanasidebatterna då de gäller två helt skilda frågor. Hur abortdebatten har drivits är irrelevant för ställningstagandet för eller mot eutanasi.

Referenser

1. van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L, Looman CWN. Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. The Lancet 1991; 338: 669-74.
2. van der Wal G, van der Maas PJ, Bosma JM, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, Haverkate I et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. N Engl J Med 1996; 335: 1706-11.
3. van Thiel GJMW, van Delden JJM, de Haan K, Huibers AK. Retrospective studies of doctors' »end of life decisions» in caring for mentally handicapped people in institutions in the Netherlands. BM Journal 1997; 315: 88-91.
4. Fenigsen R. Dutch euthanasia revisited (review). Issues in Law and Medicine 1997; 13: 301-11.
5. van der Heide A, van der Maas PJ, van der Wal G, de Graaff CLM, Kester JGC, Kollée LAA, de Leeuw R, Holl RAA. Medical end-of-life decisions made for neonates and infants in the Netherlands. Lancet 1997; 350: 251-5.
6. QuillTE. Death and dignity. A case of individualized decision making. N Engl J Med 1991; 324: 691-4.
7. Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM, Steinberg A. The influence of medical and legal authorities on deaths facilitated by physicians. Suicide Life Threat Behav 1999; 29: 48-57.