

Schemaifyllning ger svagt stöd för etiska beslut i kliniken

Daniel Sokol, brittisk etiklärare, argumenterar för att det i vissa fall är moraliskt acceptabelt att läkare bär sig bedrägligt åt mot patienter. Han har tillverkat en algoritm, bestående av ett sju-stegsflödesschema, tänkt som stöd för kliniker för att avgöra när man kan sätta sig över plikten att vara ärlig och för att användas i undervisning.

Som ett exempel på när bedrägligt förfarande kan anses godtagbart ger han en fallbeskrivning: En patient med rupturerat aortaaneurysm förs i hast till operation. På operationsbordet, just när den ångestfylld patienten skall sövas, frågar han anestesiologen: »Jag kommer väl att klara det?« Kan doktorn, som bedömer utgången som ytterst ovisst, bedra patienten? frågar författaren. I flödesschemat som Sokol tillverkat är första frågan: »Är den tänkta handlingen bedräglig (deceptive)?« Med vetskapen att en del läkare inte skulle kalla det Sokol bedömer vara bedrägligt förfarande för bedrägeri utan t ex »hushållning med sanningen« menar Sokol att man skall svara ja också om man inte bedömer det vara en bedräglig handling, detta för att minska snedvridning på grund av bias.

Hur vällovlig än grundtanken är så uppstår här ett stort fel. Enligt Sokol uppstår bias om man inte uppfattar situationen likadant som han. Schemat är uppbyggt på grunden att autonomi för patienter och läkarplikt att tala sanning är viktigast i modern vård. Sanningssägande ses som en överordnad s k prima facie-plikt. Genom detta betraktas i schemat en anestesiolog (som inte kan ses ha egentlig vårdrelation till patienten) som ger

ett stödjande svar uppträda bedrägligt. Om anestesiologen, som kort möter patienten (som rimligen av kirurgen fått veta att operation är hans enda möjlighet att överleva) svarar med statistiska uppgifter om överlevnadschanser ses han enligt Sokols schema inte handla bedrägligt. Detta visar på svagheter med att detaljgranska en variabel i en komplicerad mellanmänsklig situation.

I en ledare i Lancet för tio år sedan påpekas att de flesta dilemman av vilka medicinetiker närs kan lösas med grundläggande och över världen accepterade principer: att doktorer inte skall skada sina patienter, att de skall göra sitt bästa för patienterna och att de skall arbeta under tystnadsplikt. Med denna grund kan en doktor ta hand om en ångestfylld patient i en akutsituation utan att ett ögonblickligt sanningsutslungande ses ens som en rimlig skyldighet. Människors ärlighet är en samhällelig grund, men utan omdöme kan man i en komplicerad situation terrorisera med sanning.

Om man har svårt att berätta en sanning för en vän, därför att man inte tror att vännen är redo, är det svårt att tro att man kan hitta svar på om det är moraliskt rätt att undanhålla sanningen genom att fylla i ett sjupunktsschema. Inget talar för att ett sådant schema skulle vara till någon hjälp i vårdarbetet.

Reet Arman

f d överläkare i internmedicin, Uppsala

Sokol DK. Can deceiving patients be morally acceptable? BMJ. 2007;334:984-6.
The ethics industry. Lancet 1997; 350:897.

Gen bakom typ 1-diabetes funnen

Forskare från USA och Kanada har identifierat en gen som ökar risken för att bäraren ska drabbas av typ 1-diabetes; detta enligt en studie som presenteras i tidskriften Natures nätupplaga.

Genen i fråga går under namnet KIAA0350 och finns lokaliserad på kromosom nummer 16. Den har identifierats med hjälp av så kallad genome wide association – en teknik som bygger på analys av hur ett stort antal potentiella områden i hela arvsmassan skiljer sig mellan friska och sjuka individer. Förenklad går det till så att forskarna identifierar områden där arvsmassan skiljer sig mellan friska

och sjuka, varefter de går vidare och letar efter vilka gener som finns inom dessa områden.

Drygt 1 000 barn med typ 1-diabetes, en kontrollgrupp på 1 200 friska barn och en grupp på 1 000 föräldrar till de diabetesdrabbade barnen har ingått i studien. Författarna tror att KIAA0350 spelar en central roll i den autoimmuna destruktions av de insulinproducerande cellerna som sker i pankreas.

Exakt hur KIAA0350 påverkar förloppet är idag oklart, men det är känt att genen uttrycks bl a hos natural killer(NK)-

Kombination av SSRI och KBT gav inga fördelar

BMJ Kombinationen serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och kognitiv beteendeterapi (KBT) är inte bättre än enbart behandling med SSRI av depression hos ungdomar. Det visar en studie från Storbritannien som presenteras i BMJ.

Forskarna har utgått från 208 barn och ungdomar i åldrarna 11–17 år med vad som diagnostiserats som medelsvår eller svår depression. I gruppen ingick individer med bl a depressiv psykos och individer som bedömdes som suicidala. Samtliga studiedeltagare fick SSRI (fluoxetin): under den första veckan i dosen 10 mg, som sedan trappades upp till 20 mg. De studiedeltagare som inte svarat på denna dos fick ytterligare upptrappning till 40 eller i vissa fall 60 mg. Studien varade i tolv veckor.

Samtliga ingående individer fick vid sidan av SSRI-behandlingen vad författarna kallar »klinisk omvårdnad«, vilket bl a omfattade regelbundna möten med behandlande läkare. En grupp fick vid sidan av SSRI-behandlingen och den kliniska omvårdnaden även tillgång till KBT en gång per vecka i tolv veckor.

Resultaten visar att tankar på suicid och självskadebeteende minskade hos samtliga studiedeltagare under behandlingen. Det förelåg dock ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan gruppen som fått SSRI och KBT och gruppen som bara fått SSRI. Liknande resultat noterades även vid en uppföljning 28 veckor efter att studien startat. I gruppen som fick KBT var det många som missade flera terapitillfällen, och författarna spekulerar över att detta kan ha påverkat resultatet.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist

BMJ. 2007;335:142.

celler. Fler gener är dock inblandade i den autoimmuna destruktions. Forskargruppen ska nu analysera vilken roll KIAA0350 spelar i detalj.

Anders Hansen

läkare, frilansjournalist
anders.hansen@sciencecap.se

Nature. doi: 10.1038/nature06010