

väl inte spela någon roll om den höga minutvolymen är till för att försörja muskula- turen vid löpning eller cyk- ling? Om något är ju det ar- teriella blodtrycket lite hög- re vid cykling. Jag har flera gånger fått förfrågningar från idrottare som säger att de får arytmier vid löpning men inte vid cykling. Detta blir ett problem när man utreder med arbets-EKG på ergometercykel.

3. Efter operationen har Johan diskuterat sina erfarenhe- ter med ett tiotal motions- kolleger. Många anger att de haft försämrad presta- tionsförmåga vid träning och tävling som enda medi- cinska problem men inga bröstsmärtor eller andra subjektiva problem. Många kan ha sökt förklaring i »då- lig kondition« (!) trots regel- bunden träning. Själv fick Johan förklaringen »näringsbrist« vid ett läkar- besök.

Det finns uppenbarligen en stor grupp, främst äldre idrot- tare, som utgör en riskgrupp för plötslig hjärtdöd trots att de har en hälsosam livsstil. Övántad försämrad presta- tionsförmåga och trötthet är enda kliniska tecken. Erfar- enheten talar tyvärr i den riktningen. Av och till får vi oväntade dödsbud om perso- ner som kan ha tillhört denna kategori.

**Med utgångspunkt** i sina egna erfarenheter rekommenderar Johan sina motionskolleger att föra träningsdagbok där alla typer av besvär registre- ras. Vid sjunkande subjektiv prestationsförmåga och trötthet utan trovärdig förklaring bör man söka hälsovården för adekvat utredning.

Slutsatsen är att i gruppen regelbundna motionärer kan sänkt upplevt fysisk presta- tionsförmåga och trötthet utan trolig förklaring vara tecken på insufficient kardiell funktionsförmåga.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Ogrundade påståenden om ålder som grund för prioritering vid cancer

■ I LT 48–49/2008 (sidorna 3526–8) skriver Peter Nygren, professor och överläkare vid onkologkliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala, och Lars Sandman, lektor i filosofi vid Högskolan i Borås, »Om ål- derns betydelse för terapival och prioriteringar vid can- cer«. Artikeln uppges vara re- ferentgranskad men eftersom det rör sig om ett diskussions- inlägg som saknar varje form av vetenskaplig karaktär (stu- die i någon form eller littera- tursammanställning) undrar man vad referenten haft för roll (!?).

**Författarna utgår** från två pa- tientfall (sic!) och konklude- rar att (kronologisk) ålder uppfattas som grund för prio- ritering och hävdar vidare att det saknas stöd för detta i sjukvårdens etikplattform.

Problemet är att författarna själva är oförmögna att hålla

isär begreppen kronologisk och biologisk ålder. Man skriver: »Med ökad kronologisk ålder minskar självfallet sannolikheten att patienten är tillräckligt biologiskt ung för att tolerera en cancerbehand- ling, eftersom flertalet kroppsfunktioner av bety- delse för tolerans och därmed nytta minskar med åldern.« Man kan bara instämma!

Vidare är det oroväckande när en professor/överläkare inom onkologi, dessutom vid universitetskliniken, inte är be- kant med rådande klinisk praxis. Det är flera år sedan ett beslut om eventuell onko- logisk behandling togs vid röntgenrond. I dag har vi multidisciplinära behand- lingskonferenser, där beslut av denna karaktär fattas avse- ende kolorektal cancer. Ett beslut om eventuell cytostati- kabehandling vilar på Social- styrelsens nationella riktlin-

jer och på ett nationellt vård- program, som nyligen publi- cerats, <www.oc.umu.se>. Där står följande att läsa under ru- briken »Palliativa behand- lingsalternativ«:

»Alla patienter med genera- liserad sjukdom och som inte är för gamla (biologisk ålder under 75 år) bör informeras om och erbjudas möjligheten till palliativ cytostatikabe- handling ...«.

**Det saknas fog** för artikelru- briken. Kunskap kan inte vila på två korta fallbeskrivningar. Inget i den aktuella artikeln talar för att åldersdiskrimine- ring förekommer och inte heller i min kliniska vardag (vad det nu kan vara värt).

**Björn Öjerskog**

överläkare, kirurgkliniken,  
Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset/Östra  
bjorn.ojerskog@vgregion.se

### REPLIK:

## Visst kan åldersdiskussionen smyga sig in

■ Det är bra att Björn Öjer- skog i sin kliniska vardag inte ser några konflikter mellan gällande etikplattform och terapibeslut avseende krono- logisk ålder.

Vi menar dock att den be- skrivna åldersproblematiken är tillräckligt vanlig i rutin- sjukvård vid cancer för att motivera den diskussion vi för i artikeln om hur vårdperso- nals intuitiva inställning till kronologisk ålder som terapi- påverkande faktor kan tolkas och hur man vid en eventuell revision av etikplattformen skulle kunna bygga in ett visst mått av hänsynstagande till kronologisk ålder. Det är nog snarast den diskussionen som Läkartidningen funnit rimlig att referentgranska.

**De två inledande** fallvinjet- terna syftade till att stimulera

läsarens intresse genom att beskriva hur åldersdiskussio- nen kan smyga sig in i en kli- nisk vardagssituation som många kan känna igen. De var inte en grund för uppfattning- en att åldersdiskussion är vanlig och avsåg heller inte att beskriva beslutsprocessen in- för terapival.

**Vår uppfattning** att kronolo- gisk ålder i sig kan påverka be- handlingsbeslut grundar sig på erfarenheter från klinisk vardag och kontakt med can- cerbehandlande kollegor på olika kliniker och sjukhus. Att närmare och mer objektivt kartlägga hur vanligt detta är vore förstas intressant.

**Som Öjerskog påpekar** utlin- jeras behandlingsinriktning i dag ofta vid multidisciplinär terapikonferens, vilket med

största sannolikhet är både kvalitetshöjande och kvali- tetsutjämnande. Många tera- pibeslut faller dock utanför sådana konferenser, och var- ken dessa eller olika riktlinje- dokument utgör någon garanti för att etiska aspekter på tera- pibeslut och prioriteringar inte kan komma i kläm i en pressad sjukvård.

**Peter Nygren**

professor, överläkare,  
onkologkliniken, Akademiska  
sjukhuset, Uppsala; enheten för  
onkologi, Uppsala universitet  
peter.nygren@medsci.uu.se

**Lars Sandman**

lektor i praktisk filosofi,  
institutionen för vårdvetenskap,  
Högskolan i Borås;  
filosofiska institutionen,  
Göteborgs universitet  
lars.sandman@hb.se