

Brottsbalkens principer kan inte underskattas!

Min gamle arbetskamrat Ants Anderson vill behålla Brottsbalksprinciperna som började gälla 1964 (Läkartidningen 37/2006, sidorna 2668-71). I resten av världen, inklusive våra grannländer, råder en annan ordning, som har 2 300 år på nacken. Kombinationen av Brottsbalkens principer och utformningen av de psykiatriska tvångslagarna har lett till svåra problem, professionellt (vad är en allvarlig psykisk störning, APS?), etiskt (tvångsvård av personer som inte har en APS – Hawaii-fallen) och konsekvensmässigt: vattentäta skott mellan påföljdssystemets huvudalternativ, övervård av rättspsykiatriska patienter, underdimensionerad vård av psykiatriska patienter och näst intill ingen vård av fängelseintagna. Har man sedan läst sin Zaremba [1] har man skäl att bli, som Ants Anderson uttrycker det, »förbluffande våldsamt« när man skriver om eländet.

Brottsbalksprinciperna infördes utan debatt av representanter för social ingenjörskonst. Läkarförbundet varnade, vår gemensamma gamla chef (rättspsykiatriprofessorn Gösta Rylander) likaså. Hur de psykiatriska tvångslagarna LRV och LPT sedan kom till vill jag inte ens tänka på (jag medicinerar mot hypertoni). Sverige är inte någon intellektuell och moralisk stormakt – de särlösningar vi valt är i detta fall definitivt inte bättre än andras. De måste vara avsevärt bättre för att vara värda att behålla i en alltmer gränslös värld.

Ants Anderson, liksom Lars Jacobsen (Läkartidningen 23/2006, sidorna 1822-3; 26/2006, sidorna 2069-71) och Brottsbalken, menar att ingen människa saknar ansvar för sina handlingar. Det är ett uppenbart orimligt påstående, och dessutom grymt. Vi dömer inte en fem-åring som anlägger eld till ansvar för mordbrand, och borde inte heller döma en utvecklingsstörd med motsvarande intelligensålder, och inte en person som utför samma handling i anslutning till ett temporallobsepileptiskt anfall. Lika lite som en akut psykotisk person vars röster tvingar honom att anlägga eld.

Men vi gör det i de tre senare fallen. Att detta är fel insåg Aristoteles, och den insikten är sedan hans tid en del av det västerländska kulturarvet, och av juridiken. Inom denna har man mer än 2 000 års erfarenhet av att dra gränsen mellan tillräkneliga och otillräkneliga. I Sverige har vi 14 års erfarenhet av att dra grän-

sen mellan APS och icke-APS. Löss bör inte ryta opå kallat.

Låt juristerna sköta det de ska kunna inom ramen för sin yrkestradition – tillräknelighetsbedömningar. De rättspsykiatriska undersökningarna bör vara en delmängd av underlaget för dessa bedömningar, varken mer eller mindre. När jag började i rättspsykiatri, 1966, låg undersökningstiderna, och därmed häktningstiderna, mellan 6 och 12 månader. »Overkill«, dyrt och meningslöst. Så kunde det bli i en disciplin som var professionellt isolerad och bara sysslade med utredningar.

Låt rättspsykiatri bli en subspecialitet som förutsätter allmän psykiatrisk specialistkompetens. Bredda uppdraget och kompetensen till att omfatta såväl utredning som öppen och slutenvård och förebyggande arbete. Definiera personkretsen utifrån problemkomplexet psy-

kisk störning (inklusive missbruk) och antisociala handlingar. Då blir rättspsykiatri spännande, utmanande och samhällsnyttig.

Särbehandla en liten grupp, de otillräkneliga. Sådana bedömningar är inte svåra. Dagens hårklyverier långt in i gråzonen av det illa definierade APS-begreppet, med rättsliga konsekvenser som kan sträcka sig decennier in i framtiden, kan vi avvara.

Sten Levander

professor i allmänpsykiatri,
specialist i allmän- och rättspsykiatri,
överläkare, rättspsykiatriska kliniken,
Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Sten.Levander@psyk.mas.lu.se

REFERENS

1. Maciej Zarembas artikelserie »Rättvisan och därarna« publicerades mellan den 29 juni och 9 juli 2006 och finns att läsa på <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=2502&a=555528>

Iscador och Helixor är inte läkemedel!

Sedan 1993, när Läkemedelslagen trädde i kraft, har mistelpreparaten Iscador och Helixor försålts i Sverige som läkemedel. Läkemedelsverket inväntar dokumentation från tillverkarna inför beslut om godkännande. Läkare kan förskriva preparaten på patientens begäran. Dock är det inte tillåtet att rekommendera behandlingen, eftersom den inte överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta förfarande är troligen ganska obegripligt för lekmannen. Receptet ses som en garanti för att medlet har effekt.

Det råder ingen oenighet bland svenska läkare om att mistelpreparat saknar effekt vid cancer. Mistelpreparat rekommenderas inte i några svenska cancer-vårdprogram, mig veterligt inte i några vårdprogram utomlands heller. Det finns inte några studier som med etablerad vetenskaplig metodik visar på förlängd överlevnad eller bättre livskvalitet vid mistelbehandling. Medlen har använts sedan mellankrigstiden, och det har genomförts ett mycket stort antal studier av varierande kvalitet. Motivet att tillmötesgå patientens önskan om behandling är humanitärt: den svårt sjuka patient som önskar en relativt ofarlig, om än ineffektiv, behandling för att upprätthålla sitt hopp skall inte stoppas.

I mitt arbete som läkare i palliativ vård möter jag emellanåt patienter som använder mistelpreparat. De vill gärna att jag skall bekräfta att det är bra. Det kan jag inte göra. Om jag förstår att patienten vill slippa information om mistelpreparatets avsaknad av medicinsk effekt respekterar jag självklart detta. I palliativ vård strävar man fortlöpande efter att finna vägar till hopp och livskvalitet. Enligt min bedömning är det bra för patientens hopp att veta att läkarens information grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Hur skall patient och närstående annars kunna lita på all annan information – läkaren kanske friserar informationen för att trösta? Hopp handlar för döende människor ofta om helt andra saker än injektioner. Relationer, trygghet, tillit och känsla av sammanhang är oändligt mycket viktigare.

Nuvarande system med försäljning enligt undantagsregel kan inte fortsätta hur länge som helst. Det är svårt att försvara ett mångårigt undantag från regeln att läkemedel försäljs först när godkännandeprocessen är avslutad. Tillverkarna av mistelpreparat stimuleras knappast idag att ta fram bra data – de får ju sälja sina preparat ändå!

Läkemedelsverket bör snarast sätta

upp ett sistadatum till vilket dokumentation måste ha inkommit. Därefter bör högst några månader förflyta innan verket kan besluta om godkännande. Då kan det tillfälliga försäljningstillståndet bytas mot godkännande eller förbud.

Om mistelpreparat förbjuds står alltid licensförfarande till buds i fall av trängande humanitära skäl. Det är bättre än dagens system, eftersom lekmanen då tydligt förstår att vetenskap och beprö-

vad erfarenhet inte stöder hypotesen att mistelpreparat förbättrar cancerpatienters sjukdomsprognos.

Gunnar Eckerdal
överläkare,
ASiH Kungsbacka
gunnar.eckerdal@lthalland.se

Replik:

Inget absolut slutdatum bestämt

Gunnar Eckerdal har givetvis rätt i att det är otillfredsställande att mistelpreparaten fortfarande är sk frilistade, dvs kan säljas trots att lagstiftningen om naturmedel för injektion upphävs och att modern effektdokumentation till stöd för deras användning som läkemedel saknas.

Bakgrunden är, som så ofta när gammal lagstiftning ersätts med ny, komplicerad. Mistelpreparaten har funnits på den svenska marknaden sedan 1980-talets början. 1993 kom den nya läkemedelslagstiftningen där begreppet naturmedel för injektion försvann. Produkterna omklassificerades som läkemedel och fick tillfälliga försäljningstillstånd kopplat till en begäran om uppdatering av dokumentationen som kunde stödja produkternas användning som läkemedel. En genomgång av dokumentationen vid det tillfället gav dock vid handen att effektdokumentationen var otillräcklig för godkännande, att ny klinisk dokumentation kunde väntas och att produkterna farmaceutiskt och toxikologiskt höll acceptabel kvalitet.

Försäljningstillstånden har sedan successivt förlängts, huvudsakligen mot bakgrund av att produkterna använts länge utan alarmerande biverkningar men också på grund av att forskning fortfarande bedrivs inom området. Mechanistiska och kliniska studier publiceras fortlöpande i ansedda tidskrifter, men Läke-medelsverket delar uppfattningen att idag tillgängliga studier inte medger en kvalificerad nytta-riskvärdering [1-6].

Samhällets önskemål om tillgång till alternativa behandlingsmetoder har lett till att t ex antroposofiska Vidarkliniken, där mistelpreparaten används, har vårdavtal med flera av Sveriges landsting vilket också har betydelse i sam-

manhanget. Dessa samhällets önskemål avspeglas även i 5 §, 2 stycket i Läkemedelslagen där man konstaterar att tillstånd till försäljning av antroposofiskt medel kan meddelas om det finns särskilda skäl.

Situationen bör således ses i detta historiska perspektiv. Läke-medelsverket har, mot bakgrund av den komplicerade situationen, valt att följa den vetenskapliga dokumentationens framväxt utan att sätta ett absolut slutdatum för frilistningen och samtidigt möjliggjort för den enskilda läkaren att välja att inte behandla med preparaten. Patienten måste själv ta initiativet till behandlingen, och läkaren är skyldig att informera om att produktgruppen inte genomgått normal läkemedelskontroll.

Jan Liliemark
professor

Jane Ahlqvist Rastad
senior expert; båda Läke-medelsverket

ÖVERSIKTLITTERATUR

- Eckerdal G. Naturmedel för injektion förbjuds. *Läkartidningen*. 1996;93:2040-2.
- Eckerdal G. Naturmedel för injektion – finns det? *Läkartidningen*. 2000;97:3296.
- Engqvist L. Godtagbart medverka till förskrivning. *Läkartidningen*. 2000;97:3296-7.
- Holmberg K. Angående förskrivning av injektionspreparaten Iscador och Helixor. *Läkartidningen*. 2000;97:4182.
- Eckerdal G. Legitimerade läkare får inte rekommendera behandling med mistel- eller tymuspreparat! *Läkartidningen* 2000;97:4182-5.

REFERENSER

1. Harmsma M, Gromme M, Ummelen M, Dignef W, Tusenius KJ, Ramaekers FC. Differential effects of Viscum album extract IscadorQu on cell cycle progression and apoptosis in cancer cells. *Int J Oncol*. 2004;6:1521-9.
2. Kuttan G, Menon LG, Antony S, Kuttan R. Anticarcinogenic and antimetastatic activity of Iscador. *Anticancer Drugs*. 1997;8 Suppl 1:S15-6.
3. Mabed M, El-Helw L, Shamaa S. Phase II study of viscum fraxini-2 in patients with advanced hepatocellular carcinoma. *Br J Cancer*. 2004;90:65-9.
4. Piao BK, Wang YX, Xie GR, Mansmann U, Matthes H, Beuth J, et al. Impact of complementary mistletoe extract treatment on quality of life in breast, ovarian and non-small cell lung cancer patients. A prospective randomized controlled clinical trial. *Anticancer Res*. 2004;24:303-9.
5. Kleberg UR, Suci S, Brocker EB, Ruiter DJ, Chartier C, Lienard D, et al; EORTC Melanoma Group in cooperation with the German Cancer Society (DKG). Final results of the EORTC 18871/DKG 80-1 randomised phase III trial. rIFN-alpha2b versus rIFN-gamma versus ISCADOR M versus observation after surgery in melanoma patients with either high-risk primary (thickness >3 mm) or regional lymph node metastasis. *Eur J Cancer*. 2004;40:390-402.
6. Bar-Sela G, Goldberg H, Beck D, Amit A, Kuten A. Reducing malignant ascites accumulation by repeated intraperitoneal administrations of a Viscum album extract. *Anticancer Res*. 2006;26(1B):709-13.

Patienter som inte kan betala hålls kvar på sjukhuset med tvång

Patienter som inte kan betala sjukhusräkningen blir kvarhållna med tvång. Detta framgår av en rapport från Human Rights Watch (HRW) och Burundian Association for the Protection of Human Rights and Detained Persons, »A high price to pay: The detention of poor people in hospitals«, som offentliggjordes den 7 september. Patienterna kan bli kvarhållna i veckor, i månader, och i undantagsfall över ett år.

Rapporten visar att sjukhusen i Bu-

rundi under 2005 kvarhöll hundratals patienter som inte kunde betala för sig. Många var kvinnor som hade fött barn och som oväntat behövde kejsarsnitt. I många fall vägrade sjukhusen att ge någon ytterligare behandling eller vård till dessa patienter, och i många fall tvingade sjukhusen dem ur sängarna för att kunna använda dessa för rikare patienter.

Patienter som inte kunde betala sina räkningar hölls under bevakning så att

de inte kunde rymma från sjukhusområdet. Några var tvungna att sälja sina djur eller sin åkermark för att kunna betala och bli frisläppta. För närvarande finns flera hundra patienter fångna på detta sätt på sjukhus i Burundi.

Denna sedvänja pekar på ett underliggande problem, nämligen det att patienterna själva måste betala för sin behandling. Burundi är ett av världens fattigaste länder. Alla patienter, även fattiga sådana, måste betala en del av sjukvården själva, medan en del ska betalas av den offentliga sektorn. I praktiken har myndigheterna inte pengar att göra detta på grund av att budgeten inte räcker till.

Principen att patienterna ska betala avgifter för sjukvården har ivrigt förespråkats av Världsbanken, som också i Burundi har varit pådrivande för denna »reform«.

Från och med maj i år har regeringen beslutat att all mödra- och barnhälsovård ska erbjudas gratis. Därefter har sjukhus tillåtit mödrar och småbarn att lämna sjukhusen. För övriga kvarhållna patienter har det dock inte blivit någon skillnad. De hålls fortfarande kvar.

Rapporten kan läsas på <<http://www.hrw.org/english/docs/2006/09/07/burund14126.htm>>

Anders Jeppsson
läkare, chefsrådgivare,
Ministry of Health, Tanzania
anders@hspstz.org

Fördomsfulla tillmälen

AT-läkaren Martin Sandelin delar uppenbarligen inte min syn på det ofödda barnet – och där kan man givetvis ha olika uppfattningar (Läkartidningen 38/2006, sidan 2764). Exakt vad i det jag skrivit som Sandelin irriterar sig över framgår inte av hans korta inlägg. Lika sparsamt är det med underlag för den serie av fördomsfulla tillmälen som Sandelin använder: »extremist«, »rabi«, »extrem kristen höger«.

Sandelin illustrerar med all önskvärd tydlighet att man i vissa kretsar inte accepterar en annan syn på det ofödda barnet och företeelsen abort än den som den obsoleta svenska Abortlagen och proffstyckarna står för. Detta har jag skrivit om i tidigare inlägg (Läkartidningen 26/2006, sidan 2067; 37/2006, sidorna 2662 och 2666).

Slutreplik:

Viktig konsumentupplysning

Trots diverse protester tar Seidal till sig min kritik. »Ordförande för JA till Livet« som tillägg under de övriga titlarna är viktig konsumentupplysning. Den serie av »fördomsfulla tillmälen« som Seidal hänvisar till grundar sig i en sökning på nätet där Seidals namn figurerar i sammanhang som knappast kan anses libe-

Om alla ogrundade invektiv tas bort från Sandelins inlägg blir det inte mycket kvar. Tydligt menar dock Sandelin att alla som inte har hans syn på abort utan vidare kan göras medskyldiga till läkarmord i USA, och det är väl ett något förenklat för att inte säga fräckt, felaktigt och vulgärt sätt att resonera.

Jag betvivlar att Sandelin, efter att ha vädrat sina fördomar, har särskilt mycket kunskap om JA till Livet. Men han är välkommen att få all den information han behöver – när den värsta ilskan lagt sig.

Tomas Seidal
verksamhetschef, Länssjukhuset i Halmstad;
docent, Karlstads universitet;
ordförande för JA till Livet
tomas.seidal@lthalland.se

rala. Vad gäller information i ämnet lutar jag mig hellre på min läkarutbildning än på material från »JA till Livet«.

Martin Sandelin
AT-läkare,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
martin.sandelin@akademiska.se

Uppmuntra den naturliga längtan att föda

Staffan Bergström, Marc Bygdeman, Margareta Rehn, Christina Rogala, Kajsa Sundström och Catharina Zätterström efterlyser en diskussion om abort och reproduktiv hälsa i debattinlägg i Läkartidningen 30-31 och 37/2006 (sidorna 2238-9 respektive 2665-6).

Vi delar till fullo uppfattningen att alla goda krafter måste samverka för att förebygga de tragedier som de osäkra aborterna utgör och som slår skoningslöst mot de svagaste och mest utsatta i vår värld.

Att vi väljer en annan utgångspunkt än Bergström och medförfattare tror vi berikar samtalet och ökar möjligheterna till kreativitet inom ett erkänt svårt och känsligt område. Vi väljer att i första hand fästa uppmärksamheten på barnet och den inneboende längtan som finns att få föda under bästa möjliga förutsättningar.

Omkring 35 000 barn dör varje år enbart i Sverige genom legala och säkra aborter. Varje enskild abort innebär en tragedi för de inblandade, men aborterna är även en samhällstragedi av gigantiska mått, i det att det saknas cirka 1 miljon barn och unga vuxna sedan Abortlagens tillkomst 1974. Många av oss har egen erfarenhet. Vi tänker kanske på det barn, barnbarn osv som nu skulle vara i en viss ålder.

Den största bördan bär kvinnorna och de som arbetar inom gynekologin med sina motsägelsefulla roller; att hjälpa livet fram och att avbryta det. Men skulden delar vi alla. Vi har låtit attityder och värderingar glida iväg så att detta har blivit möjligt.

Vi tror att det vore värdefullt med en större tydlighet i den medicinska informationen och uppmuntran av den na-

turliga längtan att föda. När vi ägnar oss åt forskning, undervisning och sjukvård för att rädda liv i andra sammanhang borde det vara lika naturligt när det handlar om vårt släktes egen avkomma.

Vi vill bejaka barnet och föräldraskapet. Om alla läkare och barnmorskor vinnlade sig om att visa på det naturliga och positiva i att föda och ville hänvisa vidare till livsbejakande alternativ och stöd från samhället i övrigt skulle en positiv förändring kunna ske.

Johan Holmdahl
med dr, överläkare, Göteborg
johan.holmdahl@medicine.gu.se

Annika Landgren
leg läkare, Göteborg