

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×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 medikolegala 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 eutanasiibegäran 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 självmordsöförmögna 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 förstår 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 allt att 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 förtvivlade människor ber om den dödande 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-

härda») till konsument av vårdtjänster med rätt att väja och ha åsikter är ingen smärtfri procedur varken i demokratiska eller paternalistiska system. Många upprörs över gällande praxis i Nederländerna. Är då deras förhållningssätt »oetiskt»? I så fall, på vilka grunder? Eller har, helt enkelt, utvecklingen där hunnit ett steg längre än hos oss?

Lars H Fallberg
jur kand, forskare

Edgar Borgenhammar
professor, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg

Vad håller Amalgamenheten i Uppsala på med?

I början av december 1995 hölls ett vidareutbildningsmöte för allmänläkare på Akademiska sjukhuset om amalgamenhetens verksamhet. Dess chef Anders Lindvall var föredragande och fick även svara på frågor. Slutsatserna av Lindvalls budskap var att man arbetar efter en filosofi och en obehövad hypotes, som man inte haft tid eller möjlighet att utvärdera.

Man lägger stor vikt vid det så kallade Melisa-testet, som av Socialstyrelsen anses som ej vetenskapligt utvärderat [1] och därmed borde vara diskvalificerat för rutinsjukvård.

Enheten har hittills haft 700 patienter, varav 699 fått diagnosen amalgamförgiftning och 1 (en) borrelios.

Att man hittat så få andra förklaringar till patientens ofta bedrägligt plågsamma symptomologi beror på att vi som remitterar dit patienter skulle vara så oerhört skickliga på att hitta patienter med andra diagnoser.

Från amalgamenheten på Huddinge har framförts allvarlig kritik avseende såväl arbetsmetoder, slutsatser, dokumentation och hypotesprövning på amalgamenheten på Akademiska sjukhuset [2]. Denna kritik avvisades kategoriskt med att Huddingekollegerna dels haft förutfattade meningar om syftet med verksamheten, dels var okunniga om laboratoriemetodernas tillämpningar.

Uppsalakliniken hade fått överta en stor del av Huddingeklinikens remisser när denna

stängde. Enligt Lindvall var symtom- och sjukdomspanoramat det samma i det patientmaterialet att döma av remissernas innehåll. Att man på Huddinge hittat andra diagnoser i en majoritet av fallen kunde inte förklaras på annat sätt än att antingen remitterande kolleger i Stockholmsregionen var så utomordentligt mycket sämre på att differentialdiagnostisera före remiss, eller på att även de andra diagnoser som satts på Huddingekliniken egentligen också berodde på amalgamförgiftning/överkänslighet.

Okritiskt bedriven

Själv drog jag helt andra slutsatser av mötet: Verksamheten förefaller fortfarande okritiskt bedriven. Efter 200 patienter fick man allvarlig kritik från Socialstyrelsen [3], men tycks inte ha brytt sig om denna. Enda kriteriet för utlåtandet amalgamrelaterad diagnos är att någon (patient eller remitterande) tror att allt amalgam ska bort. Med denna diagnostiska metod hittar man 699 drabbade på 700 misstänkta, en oerhörd diagnostisk säkerhet bara av anamnesen. Bara det gör ju utredningen helt onödig, framför allt som en utredning enligt Anders Lindvall kostar 20 000 kr styck. Betänk att 699 av dessa 700 sedan ska genomgå tandsanering, en jobbig, dyr och upprepad kirurgisk åtgärd. Eftersom jag med all min erfarenhet inte kan föreställa mig att man i en patientgrupp med påstått amalgamrelaterad mycket brokig symtomflora inte skulle hitta något annat differentialdiagnostiskt behandlingsbart än en borrelios på 700 personer, tar jag mig friheten att misstänka att kollegerna besitter en dålig differentialdiagnostisk kunskap, vilket bara det gör att man i allra högsta grad bör undvika att skicka dit sina patienter om man unnar dem en seriös bedömning.

Människor med symtom av förmodad amalgamrelaterad art är en av dagens sjukvårds största utmaningar. Att lösa detta problemkomplex måste ha högsta prioritet inom forskarvärlden. Till denna lösning har inte amalgamenheten på Akademiska sjukhuset bidragit med något publicerat som för forskningsfronten framåt. Trots att det är en »pionjärenhet» tycks man inte ens ha en

strukturerad oblandad symtombeskrivning och ännu mindre en livskvalitetsdokumentation för utvärdering som går att studera retrospektivt.

Stoppa verksamheten tills hypotesprövning gjorts! Kan man inte pröva hypoteserna bör man heller inte få fortsätta. Det är för riskabelt med tanke på utfallet av praxis till dags dato. Kliniken riskerar att fungera mest som en psykogen smitthärd.

Lars Agréus
med dr, husläkare,
Vårdcentralen, Öregrund

Litteratur

1. Socialstyrelsen. Blir man sjuk av amalgam? Stockholm: Socialstyrelsen, 1994, vol 21. Fritzes, Kundtjänst, Stockholm.
2. Elinder CG, Järup L, Langworth S. Amalgamsjukan psykosomatisk. Dagens Nyheter 1995; Feb 24: A4-DN Debatt.
3. Wadman B, Allard U, Carlström I, Mårfelt K. Projektrapport från Socialstyrelsen: Amalgamenheten vid Akademiska sjukhuset, Örebro. Socialstyrelsen: Regionala tillsynsmyndigheten i Örebro 1994.

Replik:

Tillvägagångssättet framgångsrikt

Anamnestic överkänslighetsreaktioner är vanliga hos Amalgamenhetens patienter. Oftast kan också biverkningar av tandbehandlingar redovisas. En arbetshypotes har baserats på dessa observationer. Hypotesen är att patientens sjukdom helt eller delvis beror på allergi eller toxisk reaktion mot ämnen – främst metaller – i bl a dentala material. Uppkommen kronisk inflammation med uppreglering av immunsystemet och utsläpp av immunologiska mediatorer (cytokiner) kan påverka flera organ och förklara den breda symtomfloran som observeras [1].

När överkänslighet fastställts anamnestic (patienten tål ej vissa örthängen eller smycken, får eksem under guldringar, viroslänkande sjukdomsbild efter tandbehandlingar etc) och även kan påvi-

sas vid laboratorietest rekommenderas patienten att ta bort misstänkt tandmaterial. Detta i enlighet med vedertagna allergologiska principer. Resultatet av denna åtgärd följs via enkäter och förnyade test och ingår som material i hypotesprövningen.

Tillvägagångssättet har visat sig framgångsrikt. De flesta av över hundratalet patienter som hunnit genomföra utbyte av tandmaterial (under antioxidantskydd) har rapporterat klara förbättringar av hälsoläget och en fortsatt förbättringsprocess under åren som följt. Hos dessa patienter har också tidigare positiva utslag i testen (Melisa och protonmikroskopi) normaliserats eller minskat.

Melisa är en testmetod för DNA-syntes, vars princip sedan länge [2] är känd och som fortfarande är aktuell [3]. Den har använts för att påvisa allergena epitoper i lägmolekylära farmaka eller andra kemiska föreningar och har också anpassats för studier av metallinducerad sensibilisering. Protonmikroskopi (alternativt nukleär mikroskopi eller Pixe) är en sedan länge etablerad, avancerad mätmetod för spårlement, som alltmer tillämpas även på det medicinska området [4]. Dess förmåga att kunna mäta intracellulära halter av bl a kalcium och tungmetaller har gjort den till ett viktigt redskap vid uppföljning och kontroll av läkningsförloppet i denna patientgrupp.

Intolerans för ämnen i tandmaterial förefaller vara en realitet för vissa individer. Och när det gäller amalgambärare är dessutom risken för bl a toxisk CNS-påverkan av kvicksilver ej försumbar, enligt aktuella riskbedömningar. Medicinska utredningar försvåras dock av att användbar information om innehållet i olika tandmaterial saknas, eftersom inget fungerande produktregister finns. Och övervakande instanser hålls ovetande genom att obligatorisk rapportering och registrering av biverkningar saknas.

Gott samarbete

Vid saneringen ökar exponeringen för ämnen i berörda tandmaterial. Problem med biverkningar under behandlingskedet är därför vanliga och har föranlett ett långvarigt utvecklingsarbete beträffande bl a saneringsteknik och materialval i samarbete med tandvården. Vi upplever nu goda resultat av detta samarbete och antalet färdigbehandlade patienter stiger ►