

Komplettering av screening med PSA reser etiska frågor

I sin studie av screening för prostatacancer anger Eberhard Varenhorst och medarbetare [1] att man avstod från att använda prostata-specifikt antigen (PSA) vid de två första screeningomgångarna, eftersom metoden då ännu inte ansågs tillfredsställande utvärderad. Invitation till screening med PSA är speciellt intressant från etisk synpunkt, eftersom den vetenskapliga grunden för hur man skall handla vid olika screeningutfall inte tycks vara särskilt stabil. Hade Varenhorst och medarbetare inkluderat PSA som ett möjligt screeninginstrument redan vid sin första ansökan till etisk kommitté (och fick man då tillstånd att använda detta test?) eller gick man in med särskild ansökan inför den tredje screeningomgången om att även få ha med PSA? Vilka konsekvenser fick inklusionen av PSA på kraven i fråga om patientinformation?

Adam Taube
professor, Uppsala

Referens

1. Varenhorst E, Carlsson P, Hagström J, Lindahl T, Löfman O, Noorlind Brage H et al. Erfarenheter från sex års undersökningar av prostatacancer. Allmän screening är inte aktuell! Läkartidningen 1996; 93: 2940-6.

Replik:

Konsekvenserna togs upp i inbjudan

Bristen på konklusiv vetenskaplig dokumentation gällande nyttan av tidig diagnostik och kurativt syftande behandling av kliniskt lokaliserad prostatacancer betyder att genomförande av program för tidig upptäckt får betydande etiska konsekvenser.

Vi uppskattar att Adam Taube tar upp den etiska dimensionen av vårt projekt, vars syfte är att allsidigt belysa konsekvenserna av prostatacancer screening.

KORRESPONDENS

Vid våra upprepade screeningomgångar av samma kohort valdes av praktiska och etiska skäl metoder som vid den aktuella tidpunkten tillämpades i rutinsjukvården.

PSA (prostata-specifikt antigen) som medicinsk teknologi vid diagnostik av prostatacancer etablerades först efter 1990 [1, 2], dvs när vi redan hade utfört två screeningomgångar med rektalpalpation som undersökningsmetod.

I en medicinsk kommentar i Läkartidningen konstaterades så sent som 1991 »att varken PSA eller PAP (sura fosfataser) har någon egentlig betydelse vid allmän hälsokontroll för att utesluta prostatacancer» [3].

Helt frivillig

Vid forskningsetikkommitténs prövning 1992 inför tredje screeningomgången som inkluderade PSA godkändes programmet, men kommittén betonade att frivillighet tydligt skulle framgå i kallelsen till männen. Även den experimentella karaktären av undersökningen och konsekvenserna av undersökningsresultaten togs upp i inbjudan/kallelsen. »Hälsokontroll av prostata bedrivs idag som en försöksverksamhet, då nyttan av undersökningen ännu inte är vetenskapligt säkerställd ...

Undersökningen är naturligtvis helt frivillig ... Först tas ett blodprov som avser prostatan, därefter känner läkaren på Din prostatakörtel genom ändtarmsöppningen. Du får besked om resultatet av läkarens undersökning direkt. Vid misstanke om prostata tumör ordnas cellprov några dagar senare. Svar på blodprovet kommer att sändas till Dig efter en till två veckor. Om provet är förhöjt ordnas också med ett cellprov några dagar senare.»

Inklusionen av PSA i screeningprogrammet 1993 motiverades då av den föreliggande vetenskapliga dokumentationen gällande PSA som etablerad tumörmarkör för diagnos, stadiindelning och uppföljning av prostatacancer [1, 2].

En svaghet

Att PSA är organspecifikt och inte cancerspecifikt är en svaghet. Av denna anledning är serumnivån (beslutsvärdet) av avgörande betydelse. Vid ett empiriskt fastställt övre nor-

malvärde på 4 µg/l har ett förhöjt PSA i flera undersökningar ett högre positivt prediktionsvärde för cancer än ett malignitetssuspekt fynd vid rektalpalpation. Det torde därför inte föreligga en större etisk konflikt att använda PSA än rektalpalpation som screeningtest. Det största etiska övervägandet med båda metoderna rör antalet falskt positiva resultat. Dessa är en konsekvens av att beslutsvärdet måste sättas lågt för att kunna upptäcka tidiga lokaliserade cancerfall. Om beslutsvärdet höjs ökar antalet av såväl falskt negativa utfall som andelen avancerade cancerfall.

Värdet av PSA vid tidig diagnostik belystes nyligen bland svenskare som ingick i studien »1913 års män i Göteborg». I efterhand bestämdes PSA i spar serum [4]. PSA >4 µg/l var förenat med en mångfaldig riskökning att senare insjukna i klinisk prostatacancer. Diagnosen skulle därför kunna tidigareläggas betydligt genom serum-PSA-test.

Eberhard Varenhorst
docent,
kirurgiska kliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping

Referenser

1. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, Dodds KM, Coplen DE, Yuan JJ et al. Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer. N Engl J Med 1991; 324: 11: 56-61.
2. Oesterling JE. Prostate specific antigen: A critical assessment of the most useful tumor marker for adenocarcinoma of the prostate. J Urol 1991; 145: 907-23.
3. Ekman P. Prostata-specifikt antigen (PSA) en värdefull markör - rätt använd. Läkartidningen 1991; 88: 2207-8.
4. Tibblin G, Welin L, Bergström R, Ronquist G, Norlén BJ, Adami HJ. The value of prostate specific antigen in early diagnosis of prostate cancer: The study of men born in 1913. J Urol 1995; 145: 1386-9.

Alltid dubbelt radavstånd!
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondenspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.

Asta-teamet unik för sexuellt traumatiserade?

Sedan början av 1980-talet har sexualiserat våld, dvs kvinnomisshandel och sexuella övergrepp mot kvinnor och barn, i ökande grad uppmärksamats i samhällsdebatten. Kvinnorörelsen har varit en starkt pådrivande kraft och till slut har ställda krav börjat höras också av myndigheter och maktbavare. Vilka effekter denna process haft inom sjukvården är för närvarande svåra att överblicka.

Specialiserat

Inom den psykiatriska vården i Umeå finns sedan några månader ett specialiserat öppenvårdsteam för bearbetning av sexuell traumatisering, Asta-teamet, med sex heltidstjänster; överläkare, kurator, psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska. Hittills har ett 60-tal patienter aktualiserats, varav också några män.

Teamet vänder sig företrädesvis till kvinnor, som är motiverade att bearbeta sina övergreppserfarenheter. Verbala och icke-verbala metoder praktiseras, enskilt och i grupp. Målsättningen är bl a att motverka psykiatisering och medikalisering av övergreppens konsekvenser, att se symtom och avvikande beteenden som kommunikation och överlevnadsstrategier och att förändra självbilden och stärka självkänslan genom att avlasta skam och skuld och bryta social isolering.

Inrättat som ordinarie verksamhet

Det faktum att teamet inrättats som en ordinarie verksamhet, synliggör att våldet finns, att det kan medföra mer eller mindre allvarliga skadeverkningar samt att det är vårdens ansvar att erbjuda behandling för dessa. Att teamet finns underlättar också för vårdpersonal att våga fråga om våld och övergrepp förekommit, eftersom man nu kan erbjuda specialiserad behandling.

Hur behandlingen skall utformas för att på bästa sätt svara mot de mångskiftande vårdbehov som föreligger är delvis en öppen fråga. Mycket av den kunskap vi behöver utveckla finns fortfarande outtalad och därför dold. I mötet och samtalen med våldsdrabbade och sex-

uellt utsatta människor finns vår viktigaste kunskapskälla. Vi är också övertygade om att samarbete med andra enheter liknande vår kan tillföra viktig kunskap, och vill därför gärna få kännedom om andra specialiserade enheter liknande vår, inom såväl psykiatri som hälso- och sjukvården i stort.

Kerstin Aldén
överläkare,

Monika Mattson
sjukgymnast,

Ann-Christine Nordell
psykolog,

Marie-Louise Wällberg
sjuksköterska,

Karin Öhman
arbetsterapeut,

Inger Österberg
kurator, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Dödshjälp en medicinsk, inte en juridisk fråga

Jag har under många år följt debatten i dödshjälpsfrågan och beundrar P C Jersild för hans mod att envist ta upp ämnet och ställa viktiga frågor. Vad jag inte förstår är varför han argumenterar för en utredning som skall ligga till grund för en ny lag. Jag tycker att han skjuter inte över målet utan bredvid.

Vad vi behöver är inte en lag som reglerar dödshjälpsfrågan utan en ständigt ökande kompetens bland läkarkåren och sjukvårdens personal om vård i livets slutskede. Varje gång en anhörig på den sjukas begäran hjälper vederbörande att dö har sjukvården misslyckats i sin uppgift att hjälpa människor. Det är viktigt att vi tar på oss den skuldskänslan och inte hänvisar till att lagarna inte tillåter oss att hjälpa den sjuke. Jag tycker att en läkares uppgift inte är att hjälpa någon att dö utan att hjälpa henne att leva ända tills hon dör.

Många människor dör en ovärdig död i svåra plågor, och det sägs att det vore bättre att ge dem dödshjälp. Visst behöver vården i livets slutskede förbättras. Hur den utformas är en svår och grannliga uppgift, och ett exempel på en svår medicinsk frågeställning är att bestämma dosen av morfin så att den inte onödigt hämmar andningen samtidigt som den gör patienten så smärtfri som möjligt. Den kanske viktigaste

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

kunskapen att redovisa i sammanhanget är att den dosen inte går att fastställa objektivt i det enskilda fallet. Vidare att morfinbehandling kan påverka tidpunkten för när den sjuke dör. Detta måste vi öppet erkänna och pedagogiskt förklara för personal och anhöriga. All vård i livets slutskede kan påverka tidpunkten för när döden inträffar. Ibland kan det betyda ett onödigt förlängt lidande, i andra fall lämna någon inblandad med en skrämmande känsla av att ha dödat en människa. Att det är den avvägningen vi gör måste vi våga tala om.

Vädjar om hjälp att få leva

Hur gör vi då med den åldrade men mentalt helt bevarade människan som efter att ha fått sin cancerdiagnos ber oss om hjälp att ta sitt liv? Här ställs vi inför en krisreaktion och behöver främst psykiatrisk kompetens. Stor möda skall läggas ned på att behandla psykiskt lidande och förhindra självmord. Dessutom behövs hjälp från andra instanser, t ex sjukhuskyrkan.

För att göra ett tankehoppar tror jag att så kallade filosofiska självmord förekommer. Dem tycker jag inte sjukvården skall lägga sig i men heller inte medverka till annat än som samtalspartner. Varje framställan från patienten om att få hjälp att dö skall tolkas som en vädjan om hjälp att leva.

Lagparagrafer hjälper ej

Men om personen i fråga är sjuk i MS eller ALS eller någon annan sjukdom som gör henne oförmögen att själv ta sitt liv? Skall vi då inte befria henne från hennes plågor genom att

hjälpa henne dö? I dessa fall ställs vi inför mycket svåra avväganden och konflikter. Vi tvingas försöka värdera personens psykiska och fysiska lidande mot den livskvalitet som omvårdnad och upplevelser kanske ger. Vi kan aldrig se in i en människas medvetande och där utläsa om lidandet överväger eller om livet ändå är värt att leva. I dessa avväganden har vi inte någon hjälp av lagparagrafer utan måste handla efter bästa möjliga vetande och den känslighet som erfarenhet ger.

Ställningstaganden i dessa frågor skall tas av oss läkare i samråd med personal och anhöriga. Samråd får dock aldrig lämna någon anhörig eller vårdare med känslan att ha medverkat till att ta ett liv. Den eventuella skuldskänslan skall vi ta på oss.

Många i läkarkåren undviker att ta ställning i dessa frågor för att det är så plågsamt. Därigenom lämnar de människor ensamma med sitt lidande. Det lidandet föder efterfrågan på dödshjälp.

En lag som tillåter dödshjälp hjälper icke läkekonsten framåt. Tvärtom föder den tvivel om sjukvårdens uppgift. Sjukvårdens uppgift är att bota, lindra och trösta.

Arne Stenstedt

leg läkare, ST-läkare i psykiatri, S:t Görans sjukhus, Stockholm

Slutreplik

Debatten om eutanasi, som senaste månaderna gått i flera tidningar, börjar komma in i ett skede när alla argument och

motargument har gått i repris åtskilliga gånger. Stenstedt kommer inte heller med något nytt utan nöjer sig med att fastslå några påståenden i stil med »Varje framställan från patienten om att få hjälp att dö skall tolkas som en vädjan om hjälp att leva». Varför det? Jag tycker det är höjden av paternalism att under inga förhållanden vilja tro att en människa faktiskt menar det hon säger.

Jag tror inte man kommer vidare om inte nytt material tillförs eutanasidebatten, lämpligen genom att regeringen tar fasta på statens medicinsk-etiska råds förslag om en utredning om »Människovärde i livets slutskede – en fråga om livskvalitet och självbestämmande».

P C Jersild

författare, Stockholm

Varför inte lägga kurser utomlands?

Efter tio års erfarenhet som kursansvarig lärare för utlandskurserna i ortopedisk medicin för läkare förvänar det mig mycket att läsa kollegans insändare i Läkartidningen 38/96 »Varför lägga kursen utomlands?». Jag ser ingen nackdel i att ha utbildningen i en trevlig, solig och prisvärd miljö när hösten kommer på här hemma. Förutsättningen är naturligtvis att kursen bedrivs seriöst och fyller de krav deltagarna har rätt att förvänta sig. Om arbetsgivaren betalar kräver de ofta kursprogram som måste vara utformade enligt vissa normer.

Det har aldrig varit några problem att få detta godkänt av Landstinget eller Praktikertjänst. Likväl krävs det av kursledningen att deltagarna är aktivt närvarande för att erhålla kursintyg. Kursvärdering har genomförts vid varje tillfälle och kritiken för de enskilda kursmomenten har genomgående varit positiv.

Att kursorterna utmärks med stora bokstäver i annonsen är inte alls ovanligt vare sig kursen går i Spanien, Thailand eller Eskilstuna. Vill någon ta med sig familjen som samtidigt har en bra semester är det väl bara ett trevligt avbrott för den ofta stressade läkarfamiljen! Inte ofta kan det erbjudas priser som här (150 kr/natt i dubbelrum på kurshotellet i Phuket). ▶