

- riluzole in amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet* 1996; 347: 1425-31.
18. Andres PL, Hedlund WM, Finison L, Conlon T, Felmus M, Munsat TL. Quantitative motor assessment in amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology* 1986; 36: 937-41.
24. Belsh JM, Schiffmann PL, eds. *Amyotrophic lateral sclerosis. Diagnosis and treatment for the clinician*. New York: Armonk, 1996.
25. Doble A. The pharmacology and mechanism of action of riluzole. *Neurology* 1996; 47(4 suppl): 233-43S.

För en fullständig litteraturförteckning hänvisas till Sebastian Conradi, Neurologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm.

Summary

Improved management and treatment of ALS due to advances in our knowledge

Sebastian Conradi.

Läkartidningen 1997; 94: 4484-92.

An example of the substantial advances in the management and treatment of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) in recent years is the introduction in 1996 of Riluzole, the first drug with verified effect on the disease course. The article consists in a review of recent advances in our knowledge of the pathogenic mechanisms, diagnosis, management and treatment of ALS.

Correspondence: Associate Professor Sebastian Conradi, Department of Neurology, Karolinska sjukhuset, S-171 76 Stockholm.

KORTKLIPPT



Samtal i sjukhushissar etiskt problematiska

Visst var det väldigt oetiskt, inget tal om informerat samtycke inte, innan fyra medicine studerande och en vetenskapsteoretiker började tjuvlyssna på vad läkare och annan personal talade om i hissarna på tre danska sjukhus. Fast med en förvarning hade man förstås knappast fått den »sanning» som nu blottades: av de samtal som fördes vid ca 200 hissturer var 9 procent etiskt problematiska.

En tredjedel av problemsamtalen innebar brott mot tystnadsplikten om patienter, och de andra kunde hos lyssnande patienter och deras anhöriga väcka tvivel om personalens eller sjukhusets yrkesmässiga eller etiska standard.

De som redovisar studien i *Ugeskrift for Læger* (1997; 159: 6819-21) påpekar att nära 14 procent av samtalen i amerikanska sjukhushissar var problematiska enligt en annan studie; där bröt hälften mot tystnadsplikten.

Lärdomen av studien och andra iakttagelser av etikets- och integritetsbrott är att vi bör ägna »etiken på golvet» större uppmärksamhet i utbildningarna än kloningsetiken, konkluderar Povl Riis i en ledare (1997; 159: 6807).

När är det rätt sluta ge barn livsuppehållande terapi?

Royal College of Paediatrics and Child Health har i en ny rapport preciserat några situationer då det kan vara rätt (appropriate) att avstå från eller avbryta livsuppehållande behandling av barn (*BMJ* 1997; 315: 834).

De två första situationerna gäller hjärndöd respektive permanent vegetativt tillstånd, dvs då barnets hjärna är så skadad av trauma eller oxygenbrist att det inte har någon kontakt med omvärlden. De tre övriga karakteriseras av »no chance», »no purpose» och »unbearable situation».

Chanslösheten innebär att barnet har en så svår sjukdom att behandling enbart kan uppskjuta döden men inte lindra lidandet. Meningslösheten motsvarar att överlevnad är möjlig men att barnet har så svåra psykiska och fysiska skador att det aldrig kommer att kunna träffa ett val och att dess lidande skulle vara orimligt att stå ut med för honom eller henne. En outhärdlig situation definieras som en där barnet och familjen anser att fortsatt behandling för en progressiv och irreversibel sjukdom är mer än de kan stå ut med.

Danska etiska rådet förordar ny abortgräns

En förnyad debatt om abort har startat i Danmark sedan en majoritet i Det etiske råd, som utses av den danska riksdagen (folketinget), föreslagit att man skall införa en övre tidsgräns för legal abort. Barnmorskorna stöder förslaget och vill sätta gränsen vid utgången av den 22:a graviditetsveckan, enligt ett reportage i *Ugeskrift for Læger* (1997; 159: 6853-5).

Det etiska rådet har inte uttalat sig om var gränsen bör gå utan vill överlåta till danska Sundhedsstyrelsen att avgöra om man skall sätta en fast gräns eller precisera andra kriterier för när ett foster är livsdugligt.

Det etiska rådet var emellertid delat. Sju medlemmar ville sätta en fast gräns utan förbehåll, två tyckte att det skulle finnas en möjlighet till dispens för senare abort, medan sex sade nej till en lagfäst gräns eftersom den skulle göra det omöjligt att ta hänsyn till de mest utsatta kvinnorna.

Ledarna för de danska gynekologernas organisationer och för det danska läkarsällskapet för medicinsk etik avvisar planerna på en övre gräns för abort. Av de 17 720 legala aborterna vid danska sjukhus 1995 utfördes 0,8 procent efter den 18:e graviditetsveckan.

Bör man få ta organ vid permanent vegetativt tillstånd?

Är det tänkbart att för transplantation få använda organ inte enbart från hjärndöda utan också från patienter i ett permanent vegetativt tillstånd? Ja, argumenten för är så starka att de bör diskuteras seriöst, trots att förslaget av religiösa, kulturella och andra traditionella skäl sannolikt kommer att förkastas, skriver en brett sammansatt grupp i en artikel i *Lancet* (1997; 350: 1320-1).

I ena vågskålen finns bl a vårdkostnaderna och behovet av organ samt det faktum att det i t ex USA torde finnas 10 000-25 000 vuxna och nästan hälften så många barn i ett permanent vegetativt tillstånd. Dock råder det fortfarande viss osäkerhet om diagnostikens pålitlighet, och om inte döden påskyndas (vilket är förbjudet) när man beslutat avbryta behandlingen blir organen obrukbara. Motståndet från de anhöriga och från personalen och allmänheten väntas bli det största hindret mot att öppna denna »organbank».

Yngve Karlsson, *Läkartidningen*