

vi rekommenderar läkemedelsbehandling för viktiga patientgrupper? Vad menar LFN med att det inte finns »tillräckligt starka skäl att jämföra Inspira med ett läkemedel som används utanför sitt användningsområde« [4]?

Drygt 20-faldig prisskillnad

Dygnskostnaden för behandling med generiskt spironolakton 25 mg/dag är idag 0,825 kr, medan den för Inspira 25–50 mg/dag är 19,41 kr, dvs en mer än 20-faldig skillnad. Valet av preparat torde få ekonomiska konsekvenser för sjukvården och samhället. Om LFN skulle få tolkningsföreträde avseende vilka läkemedel som bör användas i den svenska sjukvården, i överensstämmelse med åsikterna från SNS och LIF, skulle vi få en bisarr situation. Vi behöver fortsätta LK som rekommenderar väldokumenterade och kostnadseffektiva läkemedel för användning i specificerade patientgrupper! LFN bör bli mer verklighetsanpassad och göra hälsoekonomiska värderingar som är relevanta och som således jämför med alternativa terapier, när sådana finns.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Paul Hjemdahl är ledamot av LÄKSÅK och Nordvästra läkemedelskommittén i Stockholms läns landssting samt ordförande i LÄKSÅKs expertgrupp för hjärt-kärlsjukdomar. Rickard Malmström är sekreterare i expertgruppen.

Referenser

1. Jönsson B, Arvidsson G, Levin LÅ, Rehnberg C. Läkemedelskommittéerna bör avskaffas eftersom verkligheten har förändrats. Läkartidningen 2005; 102:880-1.
2. Gustafsson LL. Replik 1: Läkemedelskommittéerna främjar klok läkemedelsanvändning. Läkartidningen 2005; 102:882.
3. Iwarson S. Replik 2: Kritiken osaklig och ologisk. Läkartidningen 2005; 102:882-3.
4. Läkemedelsförmånsnämnden. Inspira mot hjärtsvikt in i förmånerna. Information från Läkemedelsverket 2005; 16(3):74.
5. Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Perez A, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. N Engl J Med 1999; 341:709-17.
6. Pitt B, Remme W, Zannad F, Neaton J, Martinez F, Roniker B, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003; 348: 1309-21.
7. Läkemedelsverket. Behandling av hjärtsvikt och asymtomatisk vänsterkammardysfunktion. Information från Läkemedelsverket 2000; 11(3).
8. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26: 1115-40. Epub 2005 May 18.
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Det medicinska faktdokumentet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. p. 157.

Icke-terapeutisk ventilation, organtransplantation och medicinsk etik

Genom icke-terapeutisk ventilation kan cirkulation och andning hållas igång hos en döende, medvetslös patient i avvaktan på lämplig organmottagare. Är detta etiskt försvarbart? Insatsen görs knappast för patientens skull, men skadar honom heller inte. I och med att icke-terapeutisk ventilation inte kan anses strida mot läkaretiken, och dessutom kan rädda liv, är den, rätt hanterad, en rimlig medicinsk åtgärd.



JOHAN FROSTEGÅRD
professor i medicin, överläkare, Karolinska Universitets-sjukhuset Huddinge
johan.frostegard@karolinska.se

skulle visa att det faktiskt är förenat med risk att donera sin ena njure, inte bara om man är fattig och bor i tredje världen, utan även i Sverige, så blir frågan med ens mera komplicerad.

II Utvecklingen när det gäller organtransplantation tillhör den moderna medicinens största framsteg, och de nya metoderna har räddat många liv. Bristen på organ är ett problem, i Sverige och annorstädes, och en viktig fråga är hur man ska kunna öka tillgången på organ på ett etiskt försvarbart sätt. Som många andra nya biomedicinska landvinningar och möjligheter skapar transplantationskirurgin nya etiska frågeställningar och utmanar läkaretiken.

Försäljning av organ

En väg, som förespråkas av många tongivande filosofer och somliga läkare, är att fattiga människor ska få möjlighet att sälja sina egna organ, vilket jag dock tror kan leda oss in på ett sluttande plan, »slippery slope«, och ut i ett moraliskt moras [1]. Dessutom skulle man frångå läkaretikens regel att inte skada, som är dess mest centrala moment. Läkaretiken är ju en blandning av konsekvens- och pliktetik, där dock pliktetiken, som den bl a kommer till uttryck i icke-skada-regeln, får sista ordet.

Altruistisk donation

En mindre kontroversiell metod är att öka allmänhetens medvetande om behovet och att förbättra viljan att donera organ, t ex vid plötsliga dödsfall. Mer diskuterad är frågan om s k altruistisk donation, där man ger, inte till sina anhöriga vilket ju är vedertaget, utan till främlingar. Altruistisk donation kan dock knappast förväntas få allmän spridning. Om randomiserade prospektiva studier

Icke-terapeutisk ventilation

En tredje väg förespråkas av Stellan Welin och medarbetare i Läkartidningen 18–19/2005 (sidorna 1411–6), nämligen att man genom icke-terapeutisk ventilation ska hålla igång andning och cirkulation på döende, medvetslösa patienter, som man hade låtit dö av sin sjukdom utan respiratorbehandling om man agerade enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. På så vis skulle man kunna uppskjuta döden och hinna hitta lämpliga organmottagare. Är detta då etiskt rätt? Är det rentav, som författarna hävdar, etiskt fel att inte agera så?

Artikeln innehåller vissa motsägelsefulla inslag, vilket måhända illustrerar komplexiteten i problematiken. Inledningsvis slås det fast att termen icke-terapeutisk ventilation används för att »tydligt fokusera att denna typ av respiratorbehandling inte sker för patientens skull«. Men längre fram skriver författarna att de »instämmer i att vården av en patient ska vara till för dennes skull« och »hävdar att icke-terapeutisk ventilation (vid strikta indikationer) inte strider mot principen att vården av patienten ska vara för patientens skull«.

Etiskt försvarbar åtgärd

Jag har svårt att se hur icke-terapeutisk ventilation skulle vara till för patientens skull. Jag tror ändå att detta kan vara en etiskt riktig behandling. Även om sjukvården i huvudsak behandlar patienter endast för deras egen skull, är detta knappast en princip som man inte gör avsteg från, t ex vid smittsamma sjukdo-

mar och måhända vissa fall av svåra psykiska störningar; körkortsindragningar och andra myndighetsroller som läkare har; läkemedelsprövningar i tidig fas – men även speciella situationer som om att rädda livet på ett ofött barn när modern är döende (eller hjärndöd) skulle kunna vara andra exempel. Ett mera näraliggande och uppenbart exempel är den organdonation som redan försiggår, från närstående. Denna har altruistisk karaktär, och här är patienten – donatorn – både medel och mål.

Welin och medarbetare hävdar också att vi idag övergivit den gamla inställningen att alla tänkbara åtgärder ska sättas in. Detta stämmer knappast: Den gamla inställningen var snarare att läkaren, när utsikterna är hopplösa, inte ska sätta in alla tänkbara aktiva åtgärder – läkarens roll är inte att alltid försöka förlänga livet, utan ibland är det rätta att ge palliation. Däremot fanns en sådan uppfattning hos en del tongivande medicinare på 1950- och 1960-talen, men denna är knappast representativ för den medicinska traditionen.

Nya medicinska möjligheter

Den läkareiska traditionen har inte räknat med möjligheten att kunna hålla igång andningen på döende eller döda människor i dygn och veckor. Än mindre att man skulle kunna behandla döende människor inte för deras egen skull utan för att eventuellt kunna hjälpa andra som behöver deras organ för att överleva. Men läkareiken har vuxit fram för att kunna hantera besvärliga medicinska situationer och är en självklar utgångspunkt här. Läkareiken är något av en motvikt mot vad som ibland kallats principetik, nämligen föreställningen att det finns en vattentät, motsägelsefri, överordnad etisk princip; den renodlade utilitarismen är ett exempel.

Etiska teorier

Det föreligger ingen konsensus om vad som är etiskt försvarbart; inställningen varierar beroende på vilken etisk och filosofisk skola man bekänner sig till. Själv tror jag inte att det finns en fungerande motsägelsefri etisk teori, att man kan resonera sig fram till vad som är rätt eller fel utifrån övergripande principer, knappast i allmänhet och än mindre i sjukvården – verkligheten är helt enkelt för komplex. Till detta kommer ett mer teoretiskt argument: Tankesystem som inte ständigt konfronteras med verkligheten utan endast utgår från principer slutar gärna i antingen paradoxer eller extremism [2].

En etisk teori som är motsägelsefri men strider mot den mänskliga naturen och inte tar hänsyn till att det finns rele-

I och med att icke-terapeutisk ventilation inte strider mot läkareiken, och dessutom kan rädda liv, är den en rimlig medicinsk åtgärd om den hanteras på rätt sätt. sätt. Tidsgränsen är viktig, och en gräns på 24–48 timmar förefaller rimlig, men kan givetvis diskuteras.

vanta moraliska känslor, är ingenting som man kan applicera i sjukvården och fungerar i allmänhet heller inte; utilitarismen har t ex betecknats som en etik för gudar och inte för människor. Principetik kan bli omänsklig och rentav farlig om den drivs till sin spets – oavsett om den drivs av utilitaristisk principetik eller fundamentalistisk religiös övertygelse.

Läkareiken är något av en skvader med sin blandning av plikt- och konsekvensetik; detta gäller både dess formuleringar och hur den används i praktiken. Den är också empirisk, åtminstone i den meningen att den varit med ett tag och härdats i otaliga konfrontationer med en bångstyrig sjukvårdsverklighet. Det är dock lätt att se att pliktetiken, bl a i form av icke-skadaprin cipen, väger tyngst.

En vetenskaplig etik?

Många förefaller tro att konsekvensetiken är mer vetenskaplig. Det låter bra med nyttokalkyler – en renodlad konsekvensetik eller utilitarism hävdar ju att summan av den lycka eller nytta som en handling ger upphov till avgör om den är etiskt riktig. Man bortser då från att det inte finns något vetenskapligt sätt att mäta summan, nu och i framtiden, av den lycka som blir konsekvensen av en handling. P C Jersild ger ändå uttryck för en sådan uppfattning när han skriver att konsekvensetiken dominerar alltmer inom biomedicinsk forskning [3]. Men i själva verket är det precis tvärtom: forskare är allt annat än konsekvensetik.

Pliktetiska begrepp som människovärdesprincipen och icke-skadaregeln dominerar forskarens verksamhet, och man gör stora omvägar och offer avse-

värd medicinsk effektivitet för att tillgodose pliktetiska grundsatser. Tänk bara på alla djurförsök som görs i stället för att man, t ex mot betalning, utför farliga medicinska experiment på fattiga människor [1]. Inom medicinsk forskning har alltså pliktetiken företrädde och sista ordet, även om konsekvensetiken också har stor betydelse. Läkareiken är med andra ord ingenting för vare sig en sann ideolog eller en principetiker.

Lider patienten skada?

Skadar man då patienten om icke-terapeutisk ventilation införs som en ny medicinsk åtgärd? Det förefaller inte vara så. Som Welin och medarbetare påpekar måste fullgod palliation ges vid icke-terapeutisk ventilation.

I och med att icke-terapeutisk ventilation inte strider mot läkareiken, och dessutom kan rädda liv, är den en rimlig medicinsk åtgärd om den hanteras på rätt sätt. Tidsgränsen är viktig, och en gräns på 24–48 timmar förefaller rimlig, men kan givetvis diskuteras. Att man ska ha en tidsgräns förefaller uppenbart. Annars kunde man ju hamna i en situation där människor förvandlades till ett slags levande organbanker, vilket skulle strida dels mot icke-skadaprin cipen, dels mot de flestas moraliska känsla.

Däremot är försiktighet på sin plats, och det finns skäl att avvakta resultaten av utvärderingar av icke-terapeutisk ventilation innan denna blir allmän praxis.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Frostegård J. Organdonation och utilitarism: Läkareiken väger tyngre än medicinsk effektivitet. Läkartidningen 2004;101:229.
2. Fogelin R. Walking the tightrope of reason. New York: Oxford University Press; 2003.
3. Jersild PC. Krönika. Dagens Nyheter 2004 sep 4.