

Läkaretik och humanexperiment

Doktor Peter Heimann, Göteborg, direktör David Isaksson, Stockholm, och professor Gunnar Ström, Uppsala

Den engelska tidskriften "The Twentieth Century" publicerade hösten 1962 en artikel av M. H. Pappworth under den lätt chockerande rubriken "Human Guinea Pigs: A Warning". En medarbetare inom Sveriges Radio, redaktör Göran Bengtson, har med anledning av den engelska artikeln sökt utröna de svenska läkarnas inställning till dessa frågor. Resultatet blev ett program i radions "Tidsspegel" i slutet av januari 1963 i form av intervju med rubr. deltagare. Då Socialmedicinsk tidskrift utgår från att läsekreten kan ha intresse för dessa spörsmål införes radions program i sin helhet tillika med ett par utdrag ur den primära engelska artikeln.

During the last twenty years clinical medicine in British teaching hospitals has become dominated by research workers who are primarily experimentalists, rarely having any interest in patients purely as patients. The essential purpose of hospitals should be the treatment of the sick, but many physicians have become scientists rather than healers. A distinguished Guy's surgeon, Sir Heneage Ogilvie, has written:

"The science of experimental medicine is something new and sinister; for it is capable of destroying in our minds the old faith that we, the doctors, are the servants of the patients whom we have undertaken to care for, and, in the minds of the patients, the complete trust that they can place their own lives and the lives of their loved ones in our care."

A reading of the medical journals of the last twenty years reveals the frequency with which unpleasant and often dangerous experiments are performed on unsuspecting patients.

A very famous Hungarian doctor, Szent-Gyorgi, now living in the U.S.A., said at an international medical congress held in Boston in June 1961:

"The desire to alleviate suffering is of small value in research — such a person should be advised to work for a charity. Research wants egotists, damned egotists, who seek their own pleasure and satisfaction, but find it in solving the puzzles of nature". I am sure that some British doctors, unfortunately attached to teaching hospitals, would privately agree with him.

Does a patient on entering hospital expect to obtain any treatment, painful or otherwise, harmless or dangerous, other than that which is strictly relevant to his own relief? Should patients automatically be expected to act as human guinea-pigs to further some research project? A physician from Bart's recently said, "The sticking of

needles and catheters in patients in guise of treatment when what was done was really in search of knowledge, seems to me to be very near common assault". Sir Heneage Ogilvie, of Guy's, has written: "What is new in medicine is research by fraud. The performance on patients, who have come to us in good faith for the cure of their ailments, of any number of tests and investigations, many of them unpleasant, some of them dangerous, all of them unnecessary for the diagnosis or treatment of their ailments".

The alarming positions has been reached that when applying for a post as consultant physician a grain of research is considered the equal of a ton of clinical experience. The doyen of British cardiologists, Sir John Parkinson, has written:

"Must every ambitious graduate be forced by custom or authority to prosecute research in order to obtain a university post or to succeed as a practising cardiologist? Research used to be regarded as a rare gift of a phenomenon. . . . This is not the attitude to-day. . . . My question concerns the universality of the capacity for research; and I almost believe that the true investigator, great or small, is born not made. . . . In my view we encourage good men, inapt for research, to sacrifice their time and energy upon it, when they should be perfecting themselves as bedside physicians."

Göran Bengtson: För en tid sedan läste jag i en engelsk tidskrift en artikel där en engelsk läkare angrep vad han betecknade som betänkliga tendenser inom den medicinska forskningen: en tillväxande maktfullkomlighet när det gällde att utnyttja sjukhuspatienter för vetenskapliga experiment, ett okänsligt ointresse för patienterna som människor och individer. De engelska och amerikanska exempel som gavs i den artikeln var delvis svåra för icke-fackmannen att bedöma, men några av dem — som visade att ingen hade drömt om att fråga de aktuella patienterna om de ville ställa sig till förfogande — var verkligt upprörande. Och även om vi inte ska tala om just de exemplen här så vill jag gärna allra först tala om att det var den artikeln som fick mig att genom läsning och samtal försöka få reda på lite om svenska läkares inställning i de här frågorna.

Detta säger jag för att ingen skugga ska falla på den svenska läkarkåren.

Men även om man inte tror sig om att hos oss kunna leta upp några fall av läkarvetenskapligt maktmissbruk, så är det klart att detta med humanexperimenten måste vara ett av de främsta, kanske det allra främsta, av de etiska problem som möter läkaren. Man kan ställa problemet så här: Det medicinska vetandets framsteg på lång sikt, önskan att hjälpa om inte i dag så i morgon, kräver ju experiment med människor, men samtidigt får ingen människa utnyttjas som material mot sin vilja eller ens utan att ha tillfrågats. Nu vet vi ju alla, att om det finns någon yrkesgrupp som verkligen har en yrkesetik så är det läkarkåren. Men vi vet också att ingen grupp människor i och för sig kan göra anspråk på att vara överlägsen andra grupper. För läkarnas del revs väl de sista bitarna av den illusionen bort när vi efter andra världskriget fick veta vad de tyska läkarna tillåtit eller tillåtit sig under nazismens omänskliga dagar.

Doktor Kildare löser alla moraliska problem på det rätta sättet, men läkarromantikens idealbildning är ju ingenting att hålla sig till i den allvarliga diskussionen. Därför är det glädjande att problemet med humanexperiment hör till dem som aldrig tillåts vila i den interna medicinska diskussionen. I aktuella svenska läkartidskrifter finner man flera exempel på inlägg i debatten. Men vi är ju fler än läkarna som har intresse av frågan. Alla är vi ju, eller blir på något sätt förr eller senare patienter och då vill vi bli behandlade som människor. Vi vill vara säkra på att när läkaren säger åt oss att göra det och det, så är det för att det är bra för oss just då och inte för att vi behövs som statistisk fotnot i en avhandling för att nu formulera problemet en smula tillspetsat.

I kvällens Tidsspegels-samtal skulle vi försöka slå fast de problemställningar som blir aktuella i det här sammanhanget för det medicinska vetandet i allmänhet, för läkarna själva och för patienterna. Och vi ska väl lyckas föra dem lite längre än jag har kunnat göra i den här korta inledningen. De som deltagar i samtalet är dok-

tor Peter Heimann, kirurg i Göteborg, känd också som populärmedicinsk skriftställare, direktör David Isaksson, som är chef för läkemedelsfabriken KABI i Stockholm och Gunnar Ström, som är professor i klinisk fysiologi vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Och jag tror att jag låter ordet gå direkt vidare till Gunnar Ström.

Gunnar Ström: Detta är ju en viktig fråga, men komplicerad, och därför tror jag det är klokt om vi börjar med att fastslå några principer. Medicinsk forskning och experimentverksamhet måste anses vara nödvändig för sjukvårdens framåtskridande. Den kan därför sägas ingå i hälso- och sjukvården i vid mening. Vi kan också slå fast att humanexperiment är nödvändiga som ett led i sådan forskning. Emellertid är det nödvändigt att vi har överenskommelser om rimliga och riktiga gränser för sådan verksamhet. Om vi kan vara överens om detta så innebär det att den medicinska forskaren som gör humanexperiment kan sägas arbeta på samhällets anmodan. Det vore intressant att höra David Isaksson beskriva ett exempel på en sådan experimentverksamhet.

David Isaksson: Då väljer jag mitt exempel från läkemedelsområdet, eftersom det är där jag själv har erfarenheter. Läkemedlen är ju en av de verkligt värdefulla tillgångarna i vårt moderna samhälle. Det är bl. a. tack vare dem som vi lever friskare och lever längre. Man får vara tacksam för att det bedrivits den experimentverksamhet som lett fram till våra nuvarande läkemedel och det är angeläget att vi ser till att det finns de möjligheter i samhället som är nödvändiga för att utvecklingen på läkemedelsområdet ska kunna gå vidare. Det måste alltså finnas möjligheter för fortsatt experimentellt arbete.

Om man ser på ett läkemedels tillkomst så är det ett arbete i många steg. Det första steget kanske är det mest fascinerande. Det är arbetet med att sammanställa de grundforskningsdata, som leder fram till en hypotes att en viss typ av för-
ening kanske kan ha en gynnsam inverkan på en sjukdom. Det steget måste vi dock lämna i det här sammanhanget. Vi kan i stället diskutera vad

man gör då man kommit så långt att man har en läkemedelssubstans som man vill prova. Då börjar man först att undersöka vad som vi kallar den akuta toxiciteten. Det gäller att se om läkemedlet har någon direkt giftverkan på försöksdjur då det ges i rätt stora doser under kortare tid. Man provar vanligen på några olika djurslag och ser vilka doser de tål. Om man finner att läkemedlet är relativt ofarligt, dvs. ofarligt i förhållande till de doser som man skall använda då medlet ska användas för att bota sjukdomar, så börjar man undersöka den kroniska toxiciteten. Det är alltså fråga om hur substansen påverkar organismen om den ges över en längre tid. Man ger några olika typer av försöksdjur medlet dagligen och efter en lämplig tid avlivas djuren. Man gör sedan noggranna undersökningar av olika organ för att se efter om det har blivit några organskador. Så småningom kan på detta sätt läkemedelsindustrins egna forskare bli övertygade om att en läkemedelssubstans är dels ägnad att gynnsamt påverka en sjukdom, dels tillräckligt ofarlig för att man ska våga prova den på människor. Industrins forskare vänder sig då till läkare och lägger fram projektet och sin önskan att få substansen provad. Allt det djurexperimentella material som man samlat redovisas mycket samvetsgrant. Den läkare som för första gången skall ge preparatet till en människa får sålunda själv värdera materialet och bedöma om han anser att den djurexperimentella prövningen har varit tillräckligt omfattande och givit tillräckligt betryggande resultat för att man ska våga ge läkemedlet till människor. Blir hans bedömning positiv så startar försöken. Man startar dock alltid mycket försiktigt och med låga doser och låter de första försökspersonerna stå under mycket noggrann kontroll.

Bengtson: Det var det goda experimentet som vi fick höra beskrivet. Det har ju också funnits andra, Peter Heimann.

Peter Heimann: Ja, särskilt skrämmande i detta avseende är vittnesmålen från Tyskland under nazisttiden. Under en rättegång 1947 i Nürnberg

rannsakades ett antal läkare som var ansvariga för experiment med människor, som utfördes på uppdrag av regimen i Tyskland. Dessa experiment ska här inte exemplifieras i detalj, men några kan nämnas bara för att visa hur extrem forskning kan komma långt bort från den medicinska etikens krav.

Jag kan nämna ett exempel. På ett koncentrationsläger infekterade man ett antal människor med varbakterier så att de fick stora varbölder på flera ställen på kroppen. Dessa varbölder var mycket smärtsamma. De behandlades till hälften inte alls. Den andra hälften av patienterna fick ett ämne vars effekt man inte kände till. Att på så sätt tillfoga människor lidande för att studera ett ämnens verkan är inte försvarbart enligt medicinsk etik. Dessutom var det ju här så att patienterna inte var frivilliga försökspersoner. De hade visserligen tillfrågats, men de var koncentrationslägerfångar och hade inget annat alternativ än att svara ja. Många gånger förekom det också att de inte alls tillfrågades och om de tillfrågades så informerades de aldrig om experimentets art, omfattning och följder. Ett annat extremt exempel avsåg att studera köldens inverkan vid fallskärms hopp på människor och man utvalde några personer ifrån koncentrationsläger, personer som för övrigt var i mycket dåligt skick, och lät dem falla ned från mycket hög höjd i fallskärm. De var ju ovana vid fallskärms hopp och det fanns bara ett slut på sådana försök, nämligen döden. Försök som leder till att patienten skadas är ju aldrig tillåtna inom medicinsk forskning. Försök som leder till att patienten dör vill vi inte ens tänka på i vårt land. Och jag nämner de här exemplen från Nazi-Tyskland enbart för att visa hur extrema förhållandena kan bli om medicinsk verksamhet på ett sådant sätt utnyttjas i en totalitär stat.

Bengtson: Får jag inskjuta en fråga här, eftersom jag länge har varit nyfiken just på det — jag ställer den allmänt: Var dessa nazistiska experiment av något värde också för senare tiders medicinska vetande om människan? Eller, har de kommit till någon sorts nytta, som kan göra

att man om hundra år är beredd att börja ursäkta dem liksom vi i dag ursäktar mycket som hände för hundra år sedan?

Heimann: Ja, det fanns säkert några experiment som i viss mån ökade vår kunskap om människors reaktion på olika trauma som t. ex. köld eller på vissa retningar eller om människans beteende under sjukdom. Några sådana försök finns redovisade, men jag tror aldrig att vi kan ursäkta dessa försök för vi kan inte betala vilket pris som helst för ökad kunskap, även om ökad kunskap ingår i vår arsenal när vi som läkare vill hjälpa patienterna.

Bengtson: Det var just det jag ville ha fram, att det finns en argumentation om hur värdefullt det är att få lära sig saker om människan som inte är tillräcklig för dem som har begått en orätt att taga skydd bakom. Men jag låter ordet gå tillbaka till Gunnar Ström.

Ström: Jag tycker att de nazityska experimenten vetenskapligt sett var dåligt utförda och inget av dem jag har studerat har lämnat något resultat av bestående värde. Det kanske inte är förvånande eftersom de läkare som förnedrade sig till att delta i experimenten säkerligen inte var duktiga forskare. Det är då svårare att dra gränserna i andra fall och jag skulle vilja ta ett exempel från den där engelska tidskriftsartikeln som Göran Bengtson nämnde om inledningsvis.

Det var ett experiment på patienter som led av leversjukdom och läkarna på det engelska sjukhuset undersökte dem genom att samla blod från levern och från njuren och att tillföra vissa kroppsegna substanser som omsättes på dessa ställen. Själva proceduren innebar bl. a. att man för in tunna katetrar genom blodådrorna och tidskriftsförfattaren frågade sig om detta inte innebar en abnormt stor risk för patienterna och han frågade sig också om patienterna var helt orienterade om avsikten med försöken och om riskerna med dem. Jag kanske får återkomma till detta experiment senare för att belysa med mot-

svarande svenska förhållanden. Men det är ett bra exempel på en situation som tål att diskuteras.

Bengtson: Hur ska man då formulera de tillåtna gränser inom vilka läkaren har att röra sig?

Ström: Ett experiment kan väl definieras som en åtgärd där man inte vet svaret i förväg och inte med 100 % säkerhet kan bedöma riskerna eller obehaget för patienten. Patientens besvär kan ju vara av olika slag. De kan vara allvarliga. Det kan vara risk för akut dödsfall eller kronisk sjukdom, eller det kan vara smärta eller långt obehag, eller slutligen kan det vara religiösa eller etiska betänkligheter: patienten vill kanske inte underkasta sig ett ingrepp på sin kropp över huvud taget. Vi kan väl inte här dra upp exakta gränser för sådan experimentell forskning, vi kan bara komma överens om att debatten om gränsdragningen måste hållas levande.

Bengtson: Vad skulle du lägga till detta, Peter Heimann, från kirurgisk synpunkt?

Heimann: Ja, inom kirurgin ligger det nära till hands att bedriva experimentell verksamhet, och jag tror att man måste slå fast att experimentell verksamhet är nödvändig för kirurgins framsteg. Klinik och experiment hör ihop. Men experimentet som sådant får aldrig bli ett självändamål: det skall alltid tjäna ett syfte, att vinna ökad kunskap, att kunna bota en sjukdom. Inom kirurgin är det ju ibland frestande att utföra experiment utan att patienten är informerad. Ett krav som man allmänt ställer i fråga om experiment på människa är att patienten ska vara informerad om experimentet och i någon mån, så gott det går, upplyst om vad experimentet innebär. Självklart skall läkaren som är ansvarig vara på det klara med att experimentet är ofarligt, så tillvida att det är väl prövat tidigare antingen på djur eller i laboratorier och att man känner dess risker och kan tekniken. Men det är också nödvändigt att läkaren, försöksledaren, hela tiden är

medveten om att han kanske måste avbryta försöket ifall det hos människan leder till oväntade komplikationer. Och även patienten skall kunna säga ifrån om han tycker att behandlingen eller undersökningen vållar honom sådana besvär att han inte vill vara med längre. Det ligger ju i patientens rätt att kunna vägra och säga ifrån. Men inom kirurgin sysslar vi ju ofta med patienter som sover, som är medvetslösa och vi måste därför informera patienterna om åtgärden före operationen så långt det är möjligt. Ibland står man ju inför oväntade situationer när man har börjat en operation. Frestelsen ligger kanske ibland däri att man för vetenskapliga undersökningar kan taga prover, t. ex. provbitar ifrån olika organ under operationen, eller utföra undersökningar på den sovande patienten. Sådana försök förekommer inom kirurgin. De är i allmänhet och måste vara mycket väl förberedda och riskfria, men även där tycker jag att kravet bör vara att patienten är informerad innan operationen och då har rätt att vägra. Men detta är ju en sak som mycket bygger på förtroendet mellan läkare och patient.

Bengtson: Ja, ställer man det kravet att patienten själv ska kunna ta ställning till det som han ska få vara med om, då måste man ju ha väldigt starka förhoppningar om möjligheten för läkaren att för en icke-fackman klargöra — rätt detaljerat, rimligtvis — vad det är frågan om på ett modernt sjukhus — är det så lätt, David Isaksson?

Isaksson: Ja, även om jag kanske inte är den som i första hand ska svara på frågan skulle jag gärna vilja göra en liten kommentar här. Gunnar Ström försökte definiera experiment med orden "det är någonting man gör där man inte säkert vet utgången" och jag tror det är väldigt väsentligt att man då man diskuterar medicinska frågor och experimentell verksamhet på sjukhus, låter definitionen av experimentet vara så vidsträckt och det är där jag anknyter till den fråga du just ställde. Det är väl så att nästan varje behandling är ett experiment i den meningen. Det

är väldigt sällan en läkare kan säga till en patient: "Tar ni det här läkemedlet så blir ni absolut säkert frisk!" eller "Gör vi detta operativa ingrepp, så vet vi att vi till alla delar lyckas med det." Det ligger i hela detta arbetes natur att det finns en osäkerhetsfaktor hela tiden. Det är alltså experimentell verksamhet. Och det krav man får ställa, det är ju att den experimentella verksamhet bedrivs . . . ja, så omdömesgillt som möjligt och enligt beprövad erfarenhet, som det lär stå i läkarlagen.

Heimann: Det är klart att det är mycket väsentligt att detta påpekas, men det ligger också en risk i modern sjukhusmiljö, dit patienten kommer och ofta känner sig rätt opersonligt behandlad, kanske som ett nummer eller ett kolli. Han underkastar sig en mängd undersökningar som tjänar till att belysa den sjukdom han har, ställa diagnos, förbereda en behandling, utan att patienten egentligen vet vad de här undersökningarna avser och vad de medför. Och det är ju klart att i en sådan situation är det mycket lätt att smyga in undersökningar som inte direkt hör till den sjukdom patienten lider av, utan görs bara för vetenskapens skull. Man skaffar sig ett normalmaterial som det heter. Dessa undersökningar är ju för det mesta ofarliga, de är prövade också här, och de innebär kanske inga risker. Men de kan medföra en förlängd sjukskrivningstid, en förlängd tid på sjukhuset och de kan medföra vissa lätta obehag för patienten. Detta är ju ett etiskt problem som är svårt att lösa. Å ena sidan gäller kravet på experimenterande forskning, som är nödvändig för att föra medicinen framåt, för att bota patienter, å andra sidan kravet att taga hänsyn till människans integritet, patientens individuella önskemål och frihet.

Bengtson: Om jag får gå in där ett ögonblick och kanske försöka ange någon gräns som vi skulle kunna röra oss kring. Å ena sidan är det väl riktigt att all behandling av patienter i viss mån är ett experiment, ett försök; men just detta som du nämnde nu, den mera karakteristiska formen av vetenskapliga experiment som utförs på patienter, men inte för att bota dem från vad de

tider av, utan för att man vill pröva en viss form av behandling på så många personer som möjligt — det är väl någonting som den forskande läkaren måste ägna sig åt naturligtvis för att få fram hållbara resultat, men det är också någonting som patienten inte utan vidare kanske behöver finna sig i. Det är väl där problemet ligger, Gunnar Ström?

Ström: Det är riktigt. Patienten har en annan inställning till experiment som avser att belysa hans eget sjukdomstillstånd och behandlingen av det eller åtminstone hans sjukdom generellt, än till experiment som syftar till att rent allmänt föra kunskapen framåt. Men det är också viktigt att vi skiljer upp experimenterandet i sådant som är vardagligt, t. ex. att samla urinprov på en patient som ändå ligger inne på ett sjukhus, och sådant som är mer invecklat och som innebär en definitiv åtgärd, t. ex. att föra in katetrar i blodådror och göra experimentella ingrepp av annat slag, små operationer etc. Då kommer vi tillbaka till problemet hur vi skall informera patienten så att han har ett fritt ställningstagande. Vi är överens om att patienten skall ha full rätt att utan yttre tryck välja, men han kan inte välja förrän han är rätt insatt i frågeställningen.

Heimann: Det finns ju patienter som inte kan uppfatta vad man säger t. ex. den psykiskt sjuke eller barn eller patienter som är omtöcknade av sin sjukdom, medvetslösa eller kanske rent av döende i en sjukdom. Det är alltså situationer då patienten inte har något val utan är helt utlämnad åt läkaren och hans omdöme. I sådana situationer tycker jag att det borde vara väldigt självklart att inte utföra vetenskapliga experiment. När det gäller barn under inga omständigheter utan att ha frågat föräldrarna. Men även hos andra människor som är försvarslösa individer är det etiskt sett ett mycket känsligt problem att utföra experiment med utgångspunkt från att de ändå inte förstår någonting.

Ström: Läkare har ju diskuterat detta problem länge, och för några år sedan kom man överens om några principer för hur läkare skall ställa sig

till mänskliga experiment, som sedan antogs av World Medical Association (Brit. Med. J. 1962, Oct. 27, s. 1119). Det innebär bl. a. att man definitivt tar ställning mot att göra experiment på människor som befinner sig i någon form av tvångssituation, t. ex. patienter på mentalsjukhus eller fångar, framför allt inte krigsfångar, eller barn som inte är rättskapabla. Jag tycker vi skall hålla med Peter Heimann om att i sådana situationer måste vi visa mycket stor återhållsamhet och endast tillåta oss mycket vardagliga former av experimenterande.

Bengtson: Det faller hela tiden tillbaka enbart på läkarens personliga omdöme. Han har vissa skriftliga aktstycken att hålla sig till men i sista instansen är det han själv som måste bära det moraliska ansvaret. I det sammanhanget har man ju tagit upp en fråga om att det finns rätt olika typer av läkare, det har sagts att det håller på att ske en kategoriklyvning mellan forskande läkare som inte ser en patient särskilt ofta och läkare som inte forskar och därför inte avancerar men som just utövar läkekonsten i gammal bemärkelse. Det här tänkte jag först fråga David Isaksson om, som inte är läkare; håller han med om en sådan beskrivning?

Isaksson: Det ligger givetvis någonting i den beskrivningen. Vi lever ju i en tid som kräver specialisering. Det fordras en allt större fond av kunskaper. Den som skall göra en insats som forskare måste tidigt specialisera sig på det området och koncentrera sin verksamhet dit. Den som skall arbeta i praktisk sjukvård på kliniken måste specialisera sig på det. Jag tror att detta är en nödvändig utveckling och att det är en riktig utveckling. Det enda bekymret jag har i det här sammanhanget är meritvärderingen. Det finns en tendens i det här landet, tycker jag, att man inom sjukvården övervärderar det jag skulle vilja kalla akademiska meriter, en avhandling etc. även då det gäller rent kliniska tjänster. Då det gäller kliniska tjänster borde bara vederbörandes förmåga att kunna bota patienter vara det utslagsgivande. Jag tycker att man kanske i litet

för hög grad ser på de akademiska meriterna. Jag vill samtidigt säga att jag i viss mån förstår den utveckling vi haft. Man eftersträvar en objektivitet vid tillsättningen av lediga befattningar och de akademiska meriterna är oftare lättare att värdera än resultaten från en praktisk sjukhusgärning.

Bengtson: När det gäller den akademiska meriteringen så har det ju sagts till exempel av den här engelske författaren som vi i viss mån utgick ifrån, att det är lätt att komma bort från de grundläggande mänskliga realiteter som måste vara bestämmande för förhållandet mellan läkare och patient. Vad säger Gunnar Ström om det?

Ström: Den risken finns och det är väl en av anledningarna till specialiseringen på sjukhus som gjort att det kan sägas finnas såväl "riktiga läkare" som "laboratorieläkare" på sjukhusen. Däremot tycker jag att det är fel att sätta upp ett motsatsförhållande mellan dessa två. Situationen är ju den att den tekniske specialisten på ett område ger service åt patientens ansvarige läkare och därigenom möjliggör för honom att ägna tillräckligt med tid och kunskaper åt kliniska patientproblem.

Heimann: Varje kliniskt verksam läkare måste också vara en "forskare". En tysk professor har nyligen sagt att "klinikerns yttersta mål är att hjälpa patienten", men i strävan mot detta mål följer omärkligt en ökad erfarenhet till förmån för patienten. Man måste skaffa sig erfarenhet och måste kritiskt bedöma sina resultat. Och skall man bli en god kliniker inom t. ex. kirurgin är det alldeles nödvändigt att man har en vetenskaplig inställning vid sidan av sin kliniska inställning till patienten och med det tror jag man kan hjälpa patienten bäst. Men det är naturligtvis ensidigt att bedöma en kirurg enbart ur forskningssynpunkt i synnerhet som många kliniker i dagens läge sysslar med forskningsarbeten som ligger utanför det egentliga kliniska arbetsfältet, de sysslar med grundforskning. På det området har vi ju numera fått ett intensivt och gott sam-

arbete mellan teoretiska forskare och kliniska forskare. Och *det* samarbetet som Gunnar Ström antydde, det ger ju oerhört mycket mera än på den gamla tiden då en kliniker kanske om han var vetenskapligt intresserad ensam fick sitta i sitt laboratorium och försöka leta reda på sjukdomsorsaker eller analysera sina resultat. Numera kan han vända sig till en erfaren teoretiker. Och teoretikern som vill tillämpa ett resultat inom kliniken, han kan vända sig till en kliniker. De kan tillsammans utbyta erfarenheter. Där har vi i dagens läge ett samarbete vars konsekvenser kommer patienterna till godo.

Bengtson: Det låter väldigt bra, Gunnar Ström?

Ström: Man kan alltså inte vara både en god allmänläkare och en god teknisk specialist, åtminstone är det mycket få förunnat. Det är väl just anledningen till att bägge typerna av läkare behövs i den medicinska experimentverksamheten på sjukhus. Vi är överens om att en absolut nödvändig förutsättning för människoexperiment är att frågeställningen är riktig och viktig, och sedan att undersökningen också utföres med så hög noggrannhet och så exakt metodik att resultatet kan försvara experimentet. Detta nödvändiggör i många fall ett nära samarbete; dock inte i alla fall, vilket innebär att det finns kliniska läkare som med stor framgång bedriver klinisk forskning med hjälp av experimentella patientundersökningar som de själva utför. Det är då ofta fråga om experiment som är "godartade" eller tekniskt enkla. Jag har för att belysa den frågan gjort en liten genomgång av en svensk medicinsk tidskrift. I denna invärtesmedicinska publikation fanns det under en viss tidsperiod (Acta Med. Scand. 1962) följande sammansättning: omkring 30 % av antalet artiklar belyste sjukdomar ur allmän medicinsk synpunkt, med konventionell diagnostik och behandling, representerande klassisk klinisk forskning. Därutöver fanns tre likstora grupper av rapporter, som berörde antingen ren laboratorieforskning av kemisk eller bakteriologisk natur på uttagna blodprov eller urinprov el. dyl. (16 % av artiklarna); en annan grupp

där man införde nya behandlingsmetoder, nya läkemedel eller nya sätt att behandla och bedöma resultaten därav (18 %) — det är ju också egentlig klinisk forskning — och slutligen en tredje grupp där man med ny metodik eller nytt tillvägagångssätt analyserade sjukdomsorsaker med enkla människoexperiment (16 %). Bortsett från dessa fyra grupper var de återstående rapporterna fåtaliga. Men där fanns en grupp på nästan 10 %, som innebar experimentell sjukdomsanalys på människor av mera avancerat slag, då man t. ex. tog ut små biopsier, eller förde in katetrar i urinvägarna, blodkärnen eller hjärtat för att nå dessa upplysningar. Dessa undersökningar faller inom den grupp av humana experiment som är diskutabla. Jag har granskat dem närmare och tycker inte att man i något fall kan rikta någon kritik mot författarna, och det har inte heller förekommit några komplikationer så vitt man kan utläsa av dessa artiklar.

Isaksson: Jag tror jag måste skjuta in en synpunkt här, nämligen att öppenheten i arbetssättet är mycket väsentlig på det här området. Den ger ökat förtroende för dem som bedriver försöksarbeten. Det skärper också den kritiska inställningen hos dem som gör undersökningarna att de vet sig vara föremål för insyn. Den som i en ansedd medicinsk tidskrift ska lägga fram resultaten av sina undersökningar måste ju arbeta under mycket stränga etiska normer. Jag tror att vi i Sverige har förmånen av större öppenhet i detta avseende än i många andra länder. Den artikel som var ursprunget till det här samtalet var engelsk och då det gäller läkemedel är det en förbluffande skillnad mellan anglosaxiskt och svenskt sätt att se på förhållandena. Jag känner något till förhållandet i Amerika och skulle gissa att det är ungefär likadant i England. De flesta läkemedel är där liksom i Sverige fabrikstillverkade, men det föreligger en stor skillnad; om en patient i Amerika får ett recept på tabletter och går till ett apotek så tar apotekaren i allmänhet tabletterna ur fabrikantens originalförpackning, fyller dem på en annan burk och anger på etiketten patientens

namn, doseringen och sedan bara ett nummer. Patienten kan alltså inte på burken se vad han har fått. Han kan sålunda inte jämföra sitt läkemedel med det som någon annan fått som har samma sjukdom. För oss i Sverige är detta hemlighetsmakeri svårt att förstå. Här får patienten sin förpackning. Han kan läsa vad det är. Han kan gå till nästa läkare och tala om det. Han kan diskutera det med vänner och bekanta bäst han vill. Vi har över huvud taget en öppnare attityd till sjukvårdsfrågorna, och därför ställer sig det också mycket naturligare i Sverige än exempelvis i England och Amerika, att man frågar försökspersonerna om de vill vara med på ett experiment.

Bengtson: Vi har en mycket öppnare attityd . . . Det har ju också patienterna, och det innebär att de ibland säger både det ena och det andra. De säger sådana saker som ”ja, jag har varit på sjukhus och de provade alla möjliga piller på mig” och ”den och den läkaren rekvirerade så och så många patienter som han behövde för att skriva sin avhandling”. Men det är ett hälsotecken med andra ord, att patienterna hyser denna skepsis?

Heimann: Ja, det tror jag. Vi befinner oss i en mycket lycklig situation i Sverige. Vi har ju ett patientmaterial som är vaket men därför inte överdrivet hysteriskt. Man ser förnuftigt på saker och ting. Vi kan resonera med patienterna utan att dra in för mycket känslor i diskussionen. Öppenheten som vi talade om är mycket viktig. Jag tror att det är ett krav vid experiment just med människor, att man redovisar experimentet sanningsenligt vilket medför att man även måste redovisa de misslyckade experimenten. Det är ingenting som man skall dölja i skrivbordslådan för då kanske andra gör om misstaget. Vi lär ju av misstag även om de är bittra och dyrköpta, så det är viktigt att de redovisas och det gör vi här i Sverige i stor utsträckning. Vi är sanningsenliga i vår vetenskapliga redovisning och vi kan lita på de arbeten som publiceras. Det är ingalunda fallet i andra delar av världen. Om man läser medicinsk litteratur och tittar på medicinsk statistik

kan man ju jämföra olika sätt att redovisa vetenskapliga arbeten. Därvidlag står svenska läkares arbeten på mycket hög nivå.

Isaksson: Det nämndes här att en patient kan säga att 'de prövade alla möjliga piller på mig.' Det är väl egentligen ett vackert exempel på att kliniskt arbete, att försöka bota människor, alltid är något av ett experiment. Man började kanske behandlingen med att ge ett visst läkemedel baserat på en viss uppfattning om vilken sjukdomsorsak det var. Fick man inte åsyftad verkan så försökte man nästa. Ibland är det kanske ett sådant sjukdomsförlopp att det behövs fler läkemedel parallellt. Jag tror att en patient i själva verket skulle ha mycket stor anledning till missnöje om läkaren gav upp om det första läkemedlet visade sig verkningslöst. Den självklara attityden är att om man inte får den effekt man vill så går man vidare. Man ger inte upp och patienten bör nog vara tacksam för att man försökt många möjligheter.

Bengtson: Så länge man inte gör det för pillrens skull — som patienten naturligtvis också tror.

Isaksson: Den misstanken kan ju alltid finnas men då kan patienten fråga och få reda på hur det ligger till.

Bengtson: Vi är redan inne i de sista fem minuterna, Gunnar Ström.

Ström: Då vill jag gärna understryka betydelsen av öppenhet i redovisningen av resultaten av mänskliga experiment och också öppenhet i diskussionerna innan experimenten börjar. Om man skulle önska sig någon förbättring av verksamheten på de svenska sjukhusen skulle det vara ett ännu bättre och öppnare samarbete mellan alla läkarna på sjukhusen för att gemensamt bära ansvaret för just sådana experiment. Men jag tycker också att vi kom in på ett annat problem som är lika viktigt. Det var David Isaksson som berörde det. Vi talar här om ansvaret att göra mänskliga experiment, om riskerna som kan vara

förenade med det, men vi talar inte om vådorna av en för låg verksamhet, av underlåtenhetssynderna. Samhället ger alltså de medicinska forskarna i uppdrag att bl. a. göra människoexperiment, och om ingen skulle vilja göra dem, då skulle framåtskridandet och förbättringarna och nydaningen inom sjukvården gå mycket långsammare än annars. Det är lättast att säga ifrån sig detta ansvar, inte göra någon forskning alls, inga mänskliga experiment. Det är svårare att genomföra dem och bära ansvaret för dem.

Heimann: Jag tror det är mycket viktigt just detta att icke behandla, att icke underkasta sig ett experiment det är också ett ställningstagande, det är också ett experiment. Så kan man se det ur läkarens synpunkt men även ur patientens synpunkt. Om patienten säger nej till en föreslagen behandling så har han ju därmed tagit ställning, avgjort sig för experimentet att ej acceptera ett försök. Inom medicinsk forskning kan man också välja att inte behandla, att expektera, vänta. Det är också ett slags sätt att bedriva experiment som all medicinsk-klinisk verksamhet egentligen är. Jag tror att det centrala problemet är väl ändå ur patientens synpunkt att få reda på vad som skall hända. Att kunna ha lite mera tid för patienten, det önskar vi ju oss alla inom sjukvården i Sverige i dag. Vi har ju alltid det försvaret, att vi inte har tid, vi är jäktade och vi har så mycket att göra. När man vill förbättra förhållandet läkare—patient då måste man ta sig tid att resonera med patienten främst när han kommer in på ett sjukhus, och när han går hem från sjukhuset, att åtminstone några minuter samtala, söka förstå, söka redogöra för vad som har gjorts, vad man tänker göra och vad som kommer att hända. Slutligen skulle jag bara vilja säga att det är väsentligt att en debatt som denna håller problemet aktuellt i Sverige. Vi får inte slöa till och inte göra rutin av allt på sjukhusen, vi måste ha klart för oss att vi sysslar med människor, med individer, och inser vi alltid detta tror jag inte att avgörandet i det enskilda fallet blir så svårt.

Ström: Redan från början kom vi överens om att ansvaret för de medicinska experimenten på sjukhusen inte bara är forskarens eget utan att det delas av samhället och av patienterna också. Jag vill på nytt understryka att samhället och de huvudmän som driver sjukvården har ett ansvar att medverka till att de nödvändiga människoexperimenten blir utförda med så goda resurser som möjligt, så att därigenom alla riskmoment nedbringas till allra lägsta nivå. Jag måste helt kort återkomma till den förut nämnda, kontroversiella undersökningen i England. Den medför enligt vår engelske kritiker en dödsrisk på ett par patienter av tusen. Detta är fullständigt felaktigt, sannolikt för engelska förhållanden och alldeles säkert för svenska. En betydligt mera avancerad undersökning av det slag som göres på svårt hjärtsjuka patienter före operation har en betydligt lägre risk. Från Uppsala kan jag rapportera att vi under de sista tre åren har gjort omkring 2.300 undersökningar med sådana

avancerade metoder utan ett enda dödsfall, trots att det här har rört sig om patienter som är verkligt sjuka. Men det sker bl. a. tack vare en mycket god utrustning och teknisk standard. Detta visar till slut, huru en stor del av ansvaret faller på dem som tillhandahåller resurserna åt läkarna.

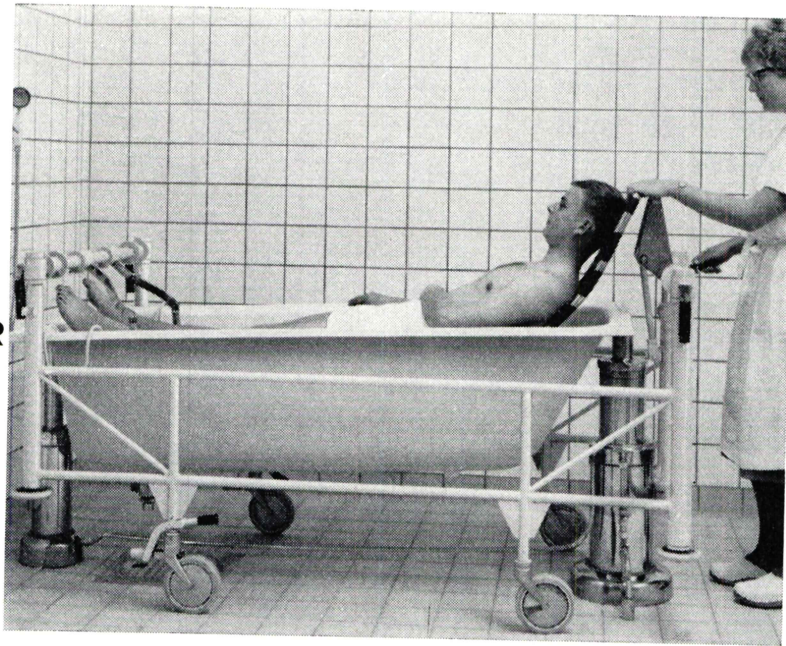
Isaksson: Min slutreplik i fråga om experimenterandet må gälla läkemedel. Vi har läkemedel som vi alla är glada åt att de finns och vi hoppas alla att det skall komma fram ännu bättre läkemedel. Sådana kan endast skapas genom ett samarbete mellan många: de som gör läkemedlen, de läkare som provar dem och de människor som de provas på. Den utveckling mot bättre läkemedel som vi alla hoppas på, främjas bäst om samarbetet mellan dessa grupper kan bedrivas så kvalificerat som möjligt, så öppet som möjligt och så förtroendefullt som möjligt.

Badkarslyft, Lasarettet, Halmstad



**DRIFTSÄKRA
LÄTTSKÖTTA
UTRUSTNINGAR
FÖR SJUKHUS,
VÅRDHEM
OCH STORKÖK**

*Steriliseringsautoklaver
Bäckensköljare
och bäckenvärmare
Badkarslyftar*



GETINGE MEKANISKA VERKSTADS AB
GETINGE TEL. 035/544 20