

coma», »peptic ulcer», och även »delayed medical treatment because of lack of free time to see a doctor». »Case fatality rates also varies according to factors other than overwork.»

Enligt uppgift har i Japan »Guidelines of the Ministry of Labour» accepterat tesen om att »overload work may cause ... death due to cerebrovascular disease and anaemic heart disease». Samma källa uppger dock att »death due to cardiac standstill may happen if there are overload within a week». Faktiska kliniska fynd i varje refererat individuellt fall förblir en diskutabel fråga (»fact finding in each case is delicate») [Kotori Mori, vetenskaplig attaché, Japans ambassad, Stockholm, personligt meddelande 23 november 2000.]

## Trenden snarast minskande

Antalet plötsliga dödsfall i Sverige som inträffade bland människor i arbetsför ålder (inte nödvändigtvis »arbetande» eller under extrem stress) var i genomsnitt enbart 7,25 fall per år 1990–1997. Om kopplingen »arbetsrelaterad stress/plötsliga dödsfall» skulle vara epidemiologiskt hållbar skulle en ökning ha ägt rum under de »stressiga åren» i arbetslivet under 1990-talet. Trendanalysen visar emellertid ingen signifikant förändring av plötsliga dödsfall i arbetsför ålder under denna period, utan snarare en minskning.

*Marcello Ferrada-Noli*

professor i epidemiologisk folkhälsoforskning, Högskolan i Gävle; forskare, Karolinska institutet, Stockholm

marcello.ferrada-noli@ks.se

## Referenser

1. Lecomte D, Fornes P, Nicolas G. Stressful events as a trigger of sudden death: A study of 43 medico-legal autopsy cases. *Forensic Science International* 1996; 79: 1-10.
2. Ferrada-Noli M, Åsberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *J Trauma Stress* 1998; 11: 103-12.
3. Nishiyama K, Johnson JV, Karoshi – death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. *Int J Health Serv* 1997; 27: 625-41.

Jovan Rajs och medarbetare avstår från att kommentera inlägget.

*red*

## Är det alltid självklart att rädda fostret/barnet från HIV-smitta?

Med stort intresse har vi studerat Läkartidningen 28–29/00 (sidorna 3273–9), där HIV och aids ges en mångsidig belysning. Under åren 1986 till 1992 kunde vi vid Mnene distriktssjukhus i södra Zimbabwe följa infektionens snabba spridning.

### Storfamiljens nät håller inte

Våra erfarenheter och kännedomen om den fattiga befolkningens levnadsvillkor gör att vi ställer oss frågan: Är det alltid självklart bäst att fostret/det späda barnet räddas från smitta? I alla afrikanska länder har man regeln att den äldre generationen tar hand om barnbarnen om föräldrarna dör.

Eller att syskon till föräldrarna tar till sig de föräldralösa barnen. Men nu har man situationen att de föräldralösa blir så många att mor- eller farföräldrarna inte orkar. Vården av t ex tio barn med allt vad det innebär av hårt jordbruksarbete klarar möjligen ett par yngre människor. Storfamiljens starka nät håller inte längre.

### Orsaker vi inte mer plåga?

En HIV-infekterad fattig kvinna i Afrika får i regel inte följa sitt nyfödda

barn ens upp till skolåldern. Maken har oftast fått sin infektion först. Många av dessa barn får då klara sig på egen hand. Är det då för barnets skull som vi skall behandla mamman med antivirala medel under graviditeten? Orsakar vi mer plåga genom vår vilja att rädda liv i denna situation?

### Bättre satsa på förebyggande?

Även med specialpriser på antiviral behandling för fattiga länder skulle en enda behandling motsvara priset för en mycket stor mängd kondomer. Det vore kanske rimligare att lägga pengarna på kondomer och fortsatt/utökad upplysning om risken med många sexualpartners och betydelsen av att senarelägga sexualdebuten?

Man kan då anknyta till den gamla traditionen synen på sex som inte alls var lika tillåtande som dagens.

De slogans som regeringen gick ut med för tio år sedan till ungdomar var inte fel: »Girls have the right to say No – Boys have the strength not to ask.»

*Kerstin Dahlin*

f d barnläkare

*Lars Dahlin*

f d distriktsläkare, Helsingborg

## Replik:

## Visst ska så många barn som möjligt räddas från HIV-smitta!

Kerstin och Lars Dahlin frågar sig om det är så självklart att rädda barn från HIV-smitta i utvecklingsländer med hänsyn till att de snart nog blir föräldralösa. Vi anser att det bara finns ett svar: »Jo. Visst ska så många barn som möjligt räddas ifrån HIV-smitta!»

### Vad är värst?

Författarna har erfarenhet från länder med hög prevalens av HIV. De hänvisar till grymheten i att barnen till HIV-infekterade mammor förlorar sina föräldrar. Att växa upp utan HIV-infektion på egen hand skulle alltså vara värre än att själv få HIV-infektionen och sedan dö före eller efter föräldrarna i den tärande aids-sjukdomen.

Vem är barnens försvarsadvokat?

Det önskvärda vore väl att det var föräldrarna. Finns inte de eller inte fungerar, riskeras barnens normala uppväxt.

### Ett hot mot framtiden

Situationen i de afrikanska länderna är mycket allvarlig. I Sydafrika är prevalensen av HIV-1 upp mot 30 procent, varför landets framtid sätts på spel. Barnen till föräldrar som dött i aids får säkert en svår uppväxt, men utan att de räddas till livet, skulle landets framtid äventyras än mer. I en reportageserie om HIV i Afrika, publicerad i Svenska Dagbladet i somras, beskriver Inger Atterstam tillämpningen av den afrikanska strategin för att minska HIV-transmission från mor till barn. Med stolthet förklarar man hur man kommer

att gå tillväga steg för steg. Varje litet steg framåt är ändå ett steg.

## Motivera större ansvarstagande

Med hjälp av Voluntary Counseling, Testing and Treatment (VCT) önskar man motivera ett större ansvarstagande för den egna HIV-infektionen i relation till det väntade barnet, till maken/fadern och i omhändertagande av barnet, om föräldrarna skulle avlida. VCT inbegriper även råd inför kommande graviditeter. Kännedomen om den egna HIV-infektionen är ett viktigt instrument för att hindra HIV-infektionens vidare spridning. Vi håller med om betydelsen av, att utvecklingsländer får hjälp med prevention i form av upplysning över smittovägar och tillgång till kondom. Men det är också viktigt att konkret minska överföring av HIV där så är möjligt. Just nu finns denna möjlighet att minska mor till barn-smitta, som även prioriteras internationellt.

## Ett friskt barn – mänsklig vinst

Vi anser att ett föräldralöst men friskt barn är en medicinsk och mänsklig vinst i jämförelse med om detta barn dött. Storleken på antalet föräldralösa barn förändrar inte vår inställning. I samma ögonblick som man medverkar till att livet inte skyddas på grund av att det skulle vara mindre värdigt eller skulle innebära ett »olyckligt» liv från händer man sig sitt ansvar som läkare att rädda liv.

*Anneka Ehrnst*

docent, Mikrobiologiskt och Tumörbiologiskt centrum (MTC), Karolinska institutet, Stockholm

*Charlotte Casper*

avdelningsläkare, neonatalavdelningen, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska sjukhuset, Stockholm; doktorand vid MTC

**Rättelse.** I ett inlägg av Per Dalén (Läkartidningen 49/00, sidan 5830) förekom felaktiga måttenheter. På två ställen talas det om tiomersal. Enheten skall vara mikrogram och ingenting annat. Författaren hade angett korrekt uppgift i manus, men på den elektroniska vägen hade  $\mu$ -tecknet försvunnit, vilket sedan inte uppmärksammades. Specialtecken som detta har olika utseende i pc- respektive mac-miljö, ett dataproblem som vi arbetar med att lösa.

*red*

## Ett angeläget inlägg om narkosläkares överdödlighet som bör initiera debatt

Tack signaturen »Medlem i Läkareförbundet och änka i förtid?!» för att du startat debatten om narkosläkarnas överdödlighet (Läkartidningen 48/00, sidan 5684). Jag är lika alarmerad som du och, förmodar jag, ett stort antal andra narkosläkaranhöriga av båda könen.

### Skulle blivit mer väsen om det gällt gruvarbetarna

Som norrbottning ligger det nära till hands för mig att jämföra vad som skulle hänt om undersökningen gällt någon yrkesgrupp i gruvan i Kiruna. Troligen skulle redan EU varit engagerad, veckolång demonstration och sittstrejk på Sergels torg inledd samt inflöde av stödpengar från internationell opinion kommit stackarna till del. Men nu gällde det läkare och ingen utom Dagens Medicins chefredaktör (tack!) verkar bry sig, åtminstone i medierna.

### Även inom andra specialiteter har man skäl oroa sig

För det värsta med undersökningen tycker jag är att inte bara vi narkosläkarfruar/-män behöver oroa oss, utan även ortoped- och gynekologrespektiver för att inte tala om min egen specialitet allmänläkarna som, trots att många preventivt minskat sin arbetstid, ändå finns med som fjärde grupp med överdödlighet i jämförelse med med övriga svenskar.

Jag förstår inte Bernhard Grewins resonemang i svaret till »Medlem i Läkareförbundet och änka i förtid?!». Om en specifik yrkesgrupp har en överdödlighet, vad skulle orsaken då vara om inte samband med arbetet?

Låt oss hypotetiskt förmoda att det är folk med genetiskt kortare livslängd som väljer yrket och därför dör i förtid? Ska vi då inte försöka hindra dessa att söka sig denna bana? Uppenbarligen skulle de överlevt längre med annat jobb.

Mer äventyrligt lagda, mer depressivt lagda? Ja, samma resonemang gäller. För det finns väl inte en särskilt kortlivad människosort som bara återfinns inom narkosläkarkräet? Och varför har t ex gynekologer, som arbetar under samma intensiva press under hundvakten på natten, också en överdödlighet.

### Kraftfullt agerande förväntas

Jag förstår dock att man centralt från förbundet är försiktig med uttalanden tills alla siffror ligger helt klara. Resultaten är så förskräckande att de över-skuggar all lönerörelse och eventuella interna strider: »Du kan ingenting ta med dig dit du går.» Men när allt är klart och utrett förväntar jag mig ett kraftfullt agerande från förbundet och solidariskt från hela läkarkåren.

### Bättre leva upp pensionspengarna på en gång?

När jag minns kolleger jag mött under mitt 28-åriga läkarliv och som dött en förtidig död är jag själv benägen att tro att siffrorna stämmer, hur otäcka de än är. Och inget hindrar att vi startar debatten bland oss själva.

Förbundet är ju inte bara centralstyrelsen och kansliet. Det är ju vi alle-sammans. Om vi är tysta eller inte bryr oss eller som strutsen stoppar huvudet i sanden är det många kolleger som hellre borde leva upp sina pensionspengar redan idag än grubbla över bäst lönsamma fonder!

### Vad gör Yrkesinspektionen?

Finns det något som helst skäl att acceptera en överdödlighet som jag miss-tänker är bra mycket större än för dem som exponerats för asbest? Men den ledde till att asbest förbjöds.

Vad tycker riksdag och regering om det här? Och vilka åtgärder har Yrkesinspektionen och Arbetarskyddsstyrelsen vidtagit efter det att de i höstas erhållit brev med begäran om handlingsplan från anestesioförelsen?

Och hur ska vi kunna rekrytera dagens klipska välinformerade ungdom till läkaryrket om de får betala den glamorösa nattjourn- och dagstresstillvaron med flera år av sitt liv???

### Vill vandra i fjällen

Själv vill jag bruka min trädgård och vandra i fjällen på ålderns höst tillsammans med min narkosläkare/make och, när ålderskrämporna drabbar oss, omhändertagas av fräscha utvilade, fortbildade unga glada doktorer. En illusion eller en faktisk möjlighet?

*Britt Sjölin-Israëlsson*  
leg läkare, Råneå