

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. Kursevaluering 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).

**ANNONS**

**ANNONS**

**ANNONS**

**ANNONS**

Ingen »skor sig» här på arbetsgivare eller »det allmänna» som insändaren så nobelt uttrycker det. Min ersättning som huvudlärare är resa, hotell och det av staten föreskrivna traktementet på 292 kr/dag.

Min förhoppning är att det är kursdeltagarnas/kundernas intresse och behov som ska styra sådan verksamhet.

Robert Ludvig  
leg läkare, Ryggkliniken,  
Stockholm

## Akut buk med oklar diagnos motiverar rektal palpation

Roland Andersson går i Läkartidningen 26-27/96 sid 2524, till angrepp mot HSAN under rubriken »Fler ogrundade straff i ansvarsnämnden». Andersson hävdar att läkare bestraffas utifrån subjektiva värderingar och utan stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Bakgrunden är två fall där läkaren missat appendicit och prickats, bl a med motivering en att rektalpalpation inte utförts.

Undertecknade, som är företrädare i kirurgi, har inte deltagit i bedömningen av dessa fall där patienterna skötts i primärvården och därför i HSAN haft företrädande i allmänmedicin. Vi har i efterhand tagit del av nämndens bedömningar och är överens om att dessa varit ganska stränga.

I det första fallet (1426/94) hade patienten onekliga tonsillit och bukdiagnosen fastställdes först tio dagar senare. Det kan inte ens med säkerhet fastställas att den ursprungliga diagnosen faktiskt var appendicit. En av nämndens ledamöter anmälde också avvikande mening och ville fria i detta fall.

I det andra fallet (1462/94) opererades patienten, men appendix var makroskopiskt frisk och först vid mikroskopisk undersökning påvisades inflammation. Möjligen gjorde den kirurg som opererade det större felet i handläggningen av denna patient? Det är inte säkert att operation var indicierad.

### Flera omständigheter?

Vanligen brukar flera omständigheter föreligga som bidrar till kritik från HSAN. Om sådana omständigheter föreligger



»Häromdagen fick vi tillbaka inte en kasse utan en säck kasserade läkemedel.»

gat i dessa fall undandrar sig vår bedömning. Vid läsning av de två ärendena är det dock svårt att få annan uppfattning än att det är just avsaknaden av rektal undersökning som lett till kritik. Vi anser att det är olyckligt att en enskild faktor får så stor tyngd vid bedömningen av ärenden där problematiken för övrigt är minst sagt komplicerad.

Roland Andersson har tidigare i Läkartidningen framfört stöd för sin uppfattning att rektalpalpation inte tillför särskilt mycket vid diagnostik av appendicit [1]. Vi instämmer i sak. Däremot tycker vi att det är olyckligt att han genom sin »kampanj» riskerar bibringa läkarkåren och då framför allt icke-kirurger uppfattningen att det inte längre är meningsfullt att genomföra undersökning per rektum.

### Motiverad rutin

Det logiska fel Andersson gör är att han bryter ut en liten grupp patienter med appendicit ur den mycket större gruppen patienter med akut buk och därav drar generella slutsatser. Så kan man förstås inte göra. Rutinen att alltid göra rektal palpation vid akut buk med oklar diagnos finns klart motiverad i aktuella läroböcker i kirurgi [2, 3]. Att hävda något annat kan inte vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Med anledning av det inträffade har vi tillsammans med HSANs ledning diskuterat hur en mera stringent bedöm-

ning av ärenden rörande akut buk skulle kunna åstadkommas i framtiden. Som ett första steg har vi erbjudit oss att granska samtliga fall rörande akut buk, även sådana som inte handlagts på kirurgisk klinik.

Lars-Ove Farnebo  
Anders Somell  
företrädande i kirurgi,  
HSAN

### Referenser

1. Andersson R. Övertro på rektalpalpation vid appendicit gav varning utan grund. Läkartidningen 1995; 92: 727-8.
2. Boey JH. Acute abdomen. In: Way LW ed. Current surgical diagnosis and treatment. London: Prentice-Hall International Inc, 1994: 441-52.
3. Sinanan MN. Acute abdomen and appendix. In: Greenfield LJ, Mulholland MW, Oldham KT, Zelenock GB eds. Surgery, scientific principles and practice. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1993: 1120-42.

## Liten avgift för varje recept-expedition?

Så gott som varje dag får vi igen kasserade läkemedel på apoteken. Många kunder hamstrar medan de har frikort, andra har plockat ut fria läke-

medel inför förväntad reform: ej längre fritt.

Häromveckan fick vi tillbaka inte en kasse utan en säck kasserade läkemedel. Jag gick in på läkarmottagningen och vägde den – 11,6 kg. Direkt kasserade jag salvor mot svamp och eksem, nitroglycerin m m som kan finnas i all kassation. Sedan tog jag bifogade kort.

Atrovent	34×20 ml à	52 kr
Ventoline	18×22 ml à	71 kr
Pulmicort T	12×200 à	400 kr
Bricanyl T	8×200 à	152,50
Serevent	3×3×60 à	693 kr
Monoket ta	4×200 à	69 kr
Lasix Retard	6×100 à	121 kr
Furix ta	6×100 à	48,50
		m m
		m m

Inget av dessa preparat var expedierat på vårt apotek.

Margareta Carlbäck  
apotekschef,  
Apoteket Biet,  
Skellefteå

## Läkare inte skyldig vara föredöme för en sund livsstil

Karin Sparring-Björkstén vill med korrespondensinlägget »Läkare inga reklampelare!» (Läkartidningen 34/96) reglera klädsel etc för läkare. Men ingenting kan hindra mig från att t ex bära en snygg tröja med vilket märke det vara månne.

Jag är inget föredöme för sund livsstil och har absolut ingen skyldighet att så vara. Däremot är det givetvis min plikt som läkare att upplysa om faror av olika slag, exempelvis rökning, men därefter avgör patienten själv vilka risker hon vill ta i detta liv.

Ulf Kjellström  
chefsöverläkare,  
röntgenavdelningen,  
Kiruna sjukhus

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »mannen bakom syndromet»/ »mannen bakom metoden» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!