

icillin/klavulansyra diarré hos 19–23 procent av de behandlade [12, 13]. Den resistensutveckling som pågår bland pneumokockerna orsakas ej av betalaktamas, varför tillägg av klavulansyra ej förstärker amoxicillinets effekt.

Normalfloren skyddar oss mot infektioner. Den skadas minst av ampicillinestrarna. Dessa bör därför väljas vid ampicillinbehandling för att minska risken för resistensutveckling.

*Stig Cronberg*  
docent,  
infektionskliniken,  
Universitetssjukhuset  
MAS, Malmö

**Referenser**

1. Kalin M, Eriksson M, Mölstad S, Prellner K. Antibiotikaresistensen hos pneumokocker ökar. Handläggning av luftvägsinfektioner och meningit. *Läkartidningen* 1997; 94: 1061-8.
2. Sjövall J, Huitfeldt B, Magni L, Nord CE. Effect of beta-lactam prodrugs on human intestinal microflora. *Scand J Infect Dis* 1986; suppl 49: 73-83.
8. Eriksson S, Aronsson B. Cefalosporiner oftast utlösande faktor vid Clostridium difficile-infektioner. *Läkartidningen* 1991; 88: 3374-9.
9. Nordbring F. Review of side-effects of aminopenicillins. *Infection* 1979; 7 suppl 5: S503-6.
13. McCarty JM, Phillips A, Wiisanen R. Comparative safety and efficacy of clarithromycin and amoxicillin/clavulanate in the treatment of acute otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: S122-7.

Övriga referenser kan erhållas från *Stig Cronberg, Infektionskliniken, Universitetssjukhuset MAS, 205 02 Malmö.*

**Påminnelse om blödningsrisk vid medicinering med diklofenak**

Vid öron-, näs- och halskliniken vid Nyköpings lasarett registreras sedan flera år komplikationer i samband med den operativa verksamheten. 1995 noterades en efterblödning vid totalt ca 1 050 operativa ingrepp. En tredjedel vardera av dessa utfördes i öppen vård, lika stora andelar i slutet av vård respektive som dagkirurgi.

I början av 1996 infördes

som ett led i förbättrad postoperativ smärtlindring efter förslag från anestesivdelningen diklofenak som premedicinering vid bl a abrasion av adenoida vegetationer och tonsillektomi eller dessa ingrepp kombinerade.

Under året noterades ett ökat antal fall av per- eller postoperativ blödning. Sammanlagt har under 1996 sju sådana komplikationer registrerats. I sex av dessa fall hade patienten erhållit diklofenak i premedicineringen. Detta har nu upphört vid kliniken.

De patienter som redan intraoperativt uppvisat ökad blödningsstendens har postoperativt i fritt skede koagulationsutretts utan patologiska fynd. Biverkningsanmälan är inlämnad till Läkemedelsverket.

Ovanstående observation vid vår klinik bör tjäna som en påminnelse om blödningsrisken med diklofenak. Ökad blödningsstendens kan förekomma redan intra- eller omedelbart postoperativt. Att diklofenak givet postoperativt och även vid många andra smärttillstånd är ett utomordentligt läkemedel rätt använt bör dock understrykas.

*Anders Flodström*  
klinikchef, ÖNH-kliniken,  
Lasarettet, Nyköping

**Seriös debatt om eutanasi kräver sakliga motargument**

»En seriös debatt» om eutanasi säger P C Jersild att han önskar sig (*Läkartidningen* 13/97). Vad är då en seriös debatt?

En seriös debatt förs när debattörerna bemöter argument med sakliga motargument, när de återger citat korrekt, när de inte går på person utan endast på sak och, inte minst, när tonen i diskussionen andas en respekt för andras mening.

Jersild tillämpar inte reglerna för en seriös debatt när han låtsas att jag enbart grundar mitt argument om ett okontrollerat dödande i Nederländerna på en skönlitterär produkt. Nej, jag använder endast den boken för att belysa verklighetsbaserade fakta, med en referens ur

*British Medical Journal* [1]. Jersild bemöter inte de fakta jag för fram, inte heller kommenterar han de tidigare uttalanden av honom som jag citerade.

Ämnet eutanasi är svårt, men viktigt. En »seriös debatt» innebär emellertid inte detsamma som enbart Jersilds åsikter.

*Susanne Ringskog*  
överläkare, psykiatriska  
kliniken, Ystad

**Referenser**

1. Sheldon T. Euthanasi reporting is increasing but still low. *BMJ* 1996; 1313: 1423.

**Medicinen behöver kritisk reflektion!**

Dagens sjukvård befinner sig i ett omvälvande skede med kraftiga strukturella förändringar. Ekonomisk åtstramning har medfört ett större utrymme för hälsoekonomiska överväganden och ett kostnadseffektivt handlande. Samtidigt har den kritiska granskningen av vården ökat. Trots ökande teknologiska framsteg hävdas dock att alltfler patienter är missnöjda.

Sjukvårdsorganisationen idag är oftast sådan att utrymme för besinning och eftertanke inte finns för den enskilde läkaren. Samtidigt är förmodligen behovet för kritisk reflektion större i tider av brist på resurser. Man måste få tid att fundera över sitt eget agerande. Vad är medicinskt och etiskt rätt och försvarbart?

För att kunna göra detta på ett värdefullt sätt måste man veta i vilken tradition man verkar. Hur har andra läkare tänkt före mig? Har de befunnit sig i liknande situationer och hur har de agerat? Finns det bra och dåliga förebilder? Hur tillägnar man sig konsten att vara läkare?

**Studera medicinens historia**

Det är vår uppfattning att ett, av flera, goda hjälpmedel då är att studera medicinens historia. Inte för att heroisera och idyllisera det förgångna – utan för att kritiskt granska och

problematisera – med siktet inställt mot vår egen tid. Först då är ämnet nyttigt i den medicinska utbildningen. Medicinhistoria erbjuder det forum för kritisk reflektion varje läkare behöver. Medicinhistoria i denna tappning är tvärvetenskaplig och en mötesplats för läkare, historiker, filosofer, administratörer, sjuksköterskor, hälsoekonomer, etiker m fl. Syftet är att genom den historiska bakgrunden förstå vår egen tid och dess utmaningar. Syftet är vidare att klarlägga de egna uppfattningarna i bl a synen på hälsa och sjukdom, lidande och död.

**SK-kurs i medicinens historia, etik och filosofi**

Våra erfarenheter från SK-kursen Medicinens historia, etik och filosofi i Lund hösten 1995 var mycket goda.

Behovet av att få begrunda och frimodigt ventilera sina funderingar är uppenbart stort, vilket även senare seminarier vid avdelningen för medicinens historia (Lund) visat.

När nu den omnämnda SK-kursen åter ges i november vill vi uppmana medicinska verksamhetschefer att stimulera sina yngre kolleger att delta. Fritt kritiskt tänkande, eftertanke och ifrågasättande är vitala delar i sjukvårdens kvalitetssäkring – såväl i renodlade medicinska som etiska frågor.

*Carl-Magnus Stolt*  
med dr,

*Peter Nilsson*  
docent,  
avdelningen för  
medicinens historia,  
institutionen för  
sambandsmedicinska  
vetenskaper,  
Lunds universitet

**Max 400 ord**

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem 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.