

möjlighet att förhindra detta om det äger rum utanför våra förläggningar. Men det är positivt om vi får kännedom om sådant. Vi kan då kontakta andra myndigheter, till exempel kommunernas socialförvaltningar.

Carina Larsson
regiondirektör,
region Stockholm,
Statens invandrarverk

Replik 3

Om cirkumcision sker inom Hälso- och sjukvården, är det givetvis Hälso- och sjukvårdsstyrelsen som gäller.

Eva Sahlén
direktör,
Socialstyrelsen

Hårt drabbad illa behandlad av myndigheter

Estoniakatastrofen är nu tre år gammal. Kotsamma minnesvårdar har rests och reses över den. De som överlevt har det emellertid svårt, ja de har rent av motarbetats av försäkringskassan. Jag har en patient som överlevde olyckan. Han bärgades av helikopter efter att ha legat på vrakets sida och ramlat därifrån ned i havet. Han har fått ett svårt, posttraumatiskt stressyndrom och detta förbättras inte av de ständiga nyheterna rörande hanteringen av Estoniakatastrofen via utredningar, olika påståenden och beskyllningar. Han mår mycket dåligt.

Han har drabbats av en arbetsskada – han var anställd ombord – som bör rendera honom livränta. Han har sänts till behandling, bland annat psykodrama. Terapin var att han skulle avreagera sig genom att bråka och slåss med andra med hjälp av skumgummihammare. Av detta mådde han dåligt och behandlingen, som bekostades av försäkringskassan, avbröts på min inrådan.

Först den 27 oktober i år kom ett beslut från försäkringskassan, som meddelade att mannen inte kan få livränta för den inkomstförlust han gör under den tid han får sjukbidrag. Detta trots att man medger att arbetsoförmågan bedöms bero på arbetsskadan den 28 september 1994.

KORRESPONDENS

Anledningen till beslutet är att livränta enligt Lagen om arbetsskadeförsäkring kan beviljas först efter det att den sjukdom som orsakat arbetsskadan upphört. Sjukdom anses föreligga så länge rehabilitering eller annan behandling pågår. Försäkringskassan hänvisar till att mannen enligt rehabiliteringsplanen bör ha kontakt med psykoterapeut och att han skall återuppta kontakten med Arbetsmarknadsinstitutet för utredning av vilken typ av yrkesval eller omskolning som eventuellt är lämplig.

Man blir upprörd över att en enskild person så hårt drabbas och bemöts så illa av myndigheter, särskilt mot bakgrund av välvilja för offren efter denna fartygskatastrof. Handläggningen av försäkringskassans förtroendeläkare bör i större omfattning än vad som fallet ännu ägnas den enskilde, drabbade försäkringstagaren.

Lars Lidberg
professor,
rättspsykiatri, Huddinge

Visst kan vård vid hjärtsvikt bli bättre!

Lars Rydén's artikel i Läkartidningen 25/97 Vård vid hjärtsvikt kan bli bättre [1] vill vi kommentera.

Kostnaderna för hjärtsviktpatienter inom både öppen och slutenvård är betydande och blir allt högre ju äldre befolkningen blir. Eftersom behandlingen av patienter med hjärtinfarkt och hypertoni är bra ökar överlevnaden och därmed också risken för att insjukna i hjärtsvikt. Då ACE-hämmare gjorde sitt intåg uttrycktes mycket tydligt att medicineringen skulle påbörjas av slutenvårdsspecialister och inte av primärvårdsläkare. Samtidigt infördes också en rädsla för ACE-hämmare och den finns fortfarande kvar hos många primärvårdsläkare.

Hjärtsviktpatienter skiljer sig inte från andra patientgrupper och behöver därför kunskap, information och kontinuitet. För att kunna ge detta startade vi vid Nyby vårdcentral i Uppsala en hjärtsviktsmottagning för 2,5 år sedan. Vi har

idag ca 100 patienter på mottagningen och en hjärtsvikts-sjuksköterska arbetar med denna patientgrupp.

Då personalstaben är kraftigt bantad inom alla områden och man inte har råd att avsätta pengar till specialmottagningar av ordinarie budget har sjuksköterskans lön hittills finansierats med projektpengar.

Genom ett intensifierat omhändertagande av dessa patienter har vi sett att livskvaliteten ökar, de får insikt om sin sjukdom, egenvården ökar, de känner sig tryggare, antalet vård dagar på sjukhus minskar och därigenom också vårdkostnaderna. Vi fann att redan efter tre månader hade en klar förbättring inträffat. Då fanns 68 procent av patienterna i NYHA-klass II jämfört med 37 procent vid första besöket och 72 procent hade förbättrat sin livskvalitet.

Hjälpas åt

Många primärvårdsläkare protesterar mot specialmottagningar då man tycker att vi är generalister, som skall kunna lite om allting och inte mycket om lite. De anser att omhändertagandet av patienterna helst skall ske vid läkarbesök och inte vid sjuksköterskebesök men jag tycker inte att vi idag har råd att resonera på det sättet. En sjuksköterska har stora kunskaper i sin utbildning och det finns möjligheter till vidareutbildning med högskolepoäng inom hjärtsviktsområdet. Patientantalet är så stort att primärvårdsläkare, sjukhusläkare och sjuksköterskor måste hjälpas åt att ta hand om denna patientgrupp. En duktig sjuksköterska innebär dessutom trygghet och kontinuitet för patienten. Det är viktigt att öka kunskapen för läkare och sjuksköterskor inom detta område precis på samma sätt som man gjort inom astma- och diabetesområdet.

En finsk undersökning har visat att ca 50 procent av patienterna med diagnosen hjärtsvikt hade symtom av andra orsaker än hjärtsvikt [2]. Vi måste därför börja öka kunskapen redan nu eftersom utvecklingen inom området går snabbt. Man hittar fler behandlingsmetoder och det gäller att följa utvecklingen och ge patienten rätt behandling för att öka livskvaliteten och sänka vårdkostnaderna på sjukhus. Samhälls-

ekonomiskt är detta omhändertagande oerhört viktigt eftersom man med ökad kunskap kan ta hand om fler patienter i öppenvård och från sjukhusen snabbare remittera tillbaka patienterna till primärvården om man vet att kunskapen finns där.

Gunilla Johansson
specialist i allmänmedicin
och geriatrik, Uppsala

Referenser

1. Rydén L. Vård vid hjärtsvikt kan bli bättre. Läkartidningen 1997; 94: 2369-72.
2. Remes J, Miettinen H, Reunanen A, Pyörälä K. Validity of clinical diagnosis of heart failure in primary health care. Eur Heart J 1991; 12: 315-21.

Läkarförbundet och de 10 judiska läkarna

Varken Medicinalstyrelsen eller regeringen låg bakom förslaget att låta tio judiska läkare få uppehållstillstånd i Sverige 1939.

Istället handlade det om ett privat initiativ när tre läkare bildade »Svenska kommittén för insamlingen för landsflyktiga intellektuella».

De nyutexaminerade medicinerna hade vid 1930-talets slut en svår arbetsmarknad; det så kallade »assistentläkareländet» rädde och yngre läkare tvingades arbeta gratis i hopp om att sedan få arbete.

Medicinska föreningens ordförande Gunnar Björck talade på ett möte mot import av judiska läkare, tandläkare och apotekare i Stockholm den 6 februari. Björck menade att Medicinska föreningen inte var passiv av rädsla, men att man tänkte agera först när det fanns ett konkret förslag [1].

»Svenska kommittén för insamlingen för landsflyktiga intellektuella» inkom den 9 februari med en skrivelse till Sveriges läkarförbund där man ville att ett antal, exempelvis tio, specialister skulle tas ut av Läkarförbundet och få uppehållstillstånd.

De tre som undertecknade skrivelsen var Göran Liljestrand, farmakolog vid Karolinska institutet, professor Gunnar Dahlberg, chef för Rasbiologiska institutet, Uppsala, samt Jan Waldenström, då docent och biträdande överläkare i medicin i Uppsala [2].

Kommittén träffades i Uppsala och bestod endast av de tre undertecknarna. J Axel Höjer var inte inblandad, berättar Jan Waldenström i en intervju november 1995. Genom att välja så få som tio hoppades de att »inte stöta folk för mycket».

»Många kollegor blev direkt förbaskade», minns Waldenström [3].

»Eden i bollhuset», Medicinska föreningens möte den 22 februari och Lunds studenterkårmöte den 6 mars i Lund följde så.

Vid Sveriges läkarförbunds extra fullmäktige den 25 mars 1939 avtog Läkarförbundet den av Kommittén för landsflyktiga intellektuella gjorda framställningen. Man startade en frivillig insamling för transmigration (resa till andra länder) samt bidrag till äldre läkare. De skulle inte få utöva läkaryrket i Sverige. Läkarförbundet kunde vidare tänka sig att enstaka högt förtjänta medicinska forskare fick arbeta vid teoretiska vetenskapliga institutioner [4].

Dokumentation till utställning sökes

Lunds studentkår bad våren 1997 det judiska folket om ursäkt för kårmötet och anslog medel till en utställning och dokumentation som sköts av Akademiska föreningens arkiv.

Undertecknad deltar i projektet och vi söker nu vittnesmål och material om kårmötet i Lund men även om de andra mötena. Vi söker även källmaterial, särskilt Medicinska föreningens i Stockholm protokoll från 1936 till den 3 oktober 1939, som saknas i MFs arkiv.

Intresserade kan skriva till Akademiska föreningens arkiv och studentmuseum, Sandgatan 2, 223 50 Lund.

Utställningen planeras öppna den 6 mars 1998.

Erik Dahlman
AT-läkare,
psykiatriska kliniken,
Helsingborgs lasarett

Referenser

1. Björck G. MF och läkarimporten. Medicinska föreningens tidskrift 1939; 2: 48.
2. Skrivelse från kommittén för landsflyktiga intellektuella. Svenska Läkartidningen 1939; 7: 360-2.
3. Dahlman E, Strandberg C. En generande historia för Lund. Lundagård 1995; 9/10: 16-7.
4. Hjälps åt landsflyktiga läkare. Svenska Läkartidningen 1939; 20: 1038-40.

Snus ej ofarligt!

I Dagens Nyheter den 2 februari i år yppade Olof Edhag, Socialstyrelsen, viss tveksamhet inför den betydelse som snusnikotin – via hypertoni, förhöjd hjärtaktivitet och sämre blodfetter – eventuellt kunde ha för hjärt-kärlsjukom. Detta framkom även i hans insändareplik i Läkartidningen 10/97 sidan 812. Olof Edhag önskade sig där också fler studier i ämnet.

Det är därför med intresse man nu noterar att Gunilla Bolinder, Karolinska sjukhuset i sin artikel i Läkartidningen 42/97 utifrån epidemiologiska registerdata funnit »en måttligt ökad risk för hjärt-kärlsjuklighet/död hos individer med långvarigt snusbruk, men lägre risk än för rökare». Relativ risk (RR) beräknas till 3,3 för rökare och till 1,4 för snusare, vilket senare innebär ca 1 400 hjärt-kärl dödsfall/år.

Jag hoppas nu, att även Socialstyrelsen och dess tjänstemän tar del av dessa fynd och slutsatser!

Roland Levin,
distriktsläkare, Överum

Replik

Jo.
Olof Edhag
överdirektör,
Socialstyrelsen

Smärtstillande medel saknas i ambulanser

I den nyligen genomförda debatten om ambulanssjukvården vill jag göra en kommentar från »fältet».

För tre veckor sedan, en söndag, på hemväg från svamplockning i Sigtunatrakten blir jag stoppad på grund av en olycka. MC-föraren körde på bakkdelen av en utkörande bil från en liten skogsväg och hamnade 30 m bortom kollisionplatsen på vägbanan. På grund av bra hjälm klarade sig huvudet efter slag mot asfalten, men vänster arm var allvarligt bruten, med svår smärta som följde.

Ambulans kom inom kort. Vid försök att hjälpa fann jag att ambulansen inte hade smärtstillande medicin (typ morfin, petidin) utan bara lustgas 50 procent = verkningslöst. Det borde åtminstone finnas Doktors kit som på flygplan i våra ambulanser.

Varför finns inte verksamt smärtstillande medel i våra ambulanser!

Hans Åström
docent,
Stockholm Heart Center

PS efter 30 minuter kom ambulanshelikopter med läkare och sjuksköterska som föredömligt tog hand om den skadade. DS

Eutanasi, att själv få bestämma

Med anledning av att en kollega och god vän till mig avled efter en lång och svår cancersjukdom skrev jag en insändare i Läkartidningen 34/97 med synpunkter på eutanasi och svensk lag.

Ovanstående kollega hade efter en längre tids intensivvård på sjukhus räddats till livet efter ett allvarligt menat suicidförsök, trots att man på lasarettet kände till patientens långvariga och ej längre behandlingsbara cancersjukdom och hans vilja att få dö med värdigheten i behåll. Förmodligen vågade man på sjukhuset ej låta bli att behandla, för att ej bryta mot lagen och kanske bli åtalad. Hjälps att få dö är nämligen ej tillåten.

Död under narkos

Nyligen inträffade ett i medierna refererat fall där en äldre kvinna med ett inoperabelt tarmgangrän fick en för stor dos narkosmedel vid operationens slut och dog. Åtal kommer troligen att väckas mot den ansvarige narkosläkaren. Med anledning härav följande reflexioner:

Antag, att du, läsare, själv var patienten med det inoperabla tarmgangranet. Att du fortfarande sov efter ingreppet. Att du själv kunde välja mellan tre alternativ:

1. Vakna på avdelningen

och få smärtstillning efter behov de timmar eller möjligen få dagar som återstod.

2. Hållas nedsövd den återstående livstiden.

3. Få en dödande dos narkosmedel och aldrig vakna.

Vad skulle du välja?

Eller för att vända på problemet. Antag att du i stället för att vara patient vore behandlande läkare. Antag att din patient med tarmgangrän före operationen önskade att ej behöva vakna efter operationen om hon var inoperabel. Hur skulle du då handla som läkare. Skulle du låta patienten vakna efter operationen eller skulle du följa patientens yttersta önskan? Med risk för åtal?

Rätten att underlåta

Som studerande samt som yngre underläkare lärde jag mig att dödsbarn var förbjuden, men att det av humana skäl ibland var befogat att genom underlåtenhet hjälpa patienten till en snabbare död. Man kunde underlåta att försöka återuppliva patienter med hjärtstillestånd, man kunde låta bli att använda respirator, låta bli att ge antibiotika, underlåta att utföra hemodialys, ej ge intravenös vätska eller näring etc.

Det ansågs tillåtet att överdosera smärtstillande medel även om man därigenom påskyndade döden.

Det ansågs viktigt att formulera daganteckningarna i journalen så att man icke kunde bli anmäld eller åtalad för eutanasi. (Eutanasi betyder egentligen god död men brukar ofta användas synonymt till dödsbarn).

Att själv få bestämma

I likhet med ledaren i Läkartidningen 43/97 tycker jag att en ny utredning i fråga om vårdens slutskede bör göras. Jag tycker även att man inte kan underlåta att åter ta upp frågan om eutanasi. Troligen tycker flertalet människor i Sverige numera att patienten själv skall ha rätt att bestämma över sin kropp, över sin sjukvård och – när man så vill – även över sin död. Jag tror att det skulle lugna många oroliga människor om de visste att eutanasi var tillåten på patientens egen begäran. Att hjälpen fanns när alternativet, det naturliga döendet, uppfattas som sämre eller till och med outhärdligt och ovärdigt.

Hans Reichard
pensionerad
f d medicinöverläkare,
Stockholm