

## Barn skall inte behandlas med metoder som överlevt sig själva

En debatt om religiöst motiverad omskärelse av pojkar har förts i Läkartidningen [1, 2]. Frågan som är mest aktuell för läkarna är dock vilka metoder som används vid omskärelse. Ett utslag från Högsta Domstolen friade ju i höstas en person som utan utbildning i sjukvård utfört omskärelse av små barn med orena instrument och utan bedövning. Detta är tydligen praxis i stora delar av världen och man har därför framfört att saken torde vara jämförbar med vaccination [2].

Jag har själv på senare år intresserat mig för religiöst tänkande, ett arbete som varit så allvarligt menat att jag skrivit en »nyandlig» bok tillsammans med min hustru. Det är min uppfattning att religiösa rörelser är ämnade att gynna medlemmarnas andliga utveckling och inte utsätta dem för fysiska risker. Dess kärna är omsorg om individen. Många kollisioner mellan andligt tänkande och dagens samhälle beror på att de dominerande religionerna i världen uppstod för väldigt länge sedan och helt enkelt inte klarat av att anpassa sina riter till vår tid. Idag har vi kunskap om smärta hos barn

[3] och teknik för att förebygga infektioner. Varför inte utnyttja dem? Religionens grundläggande omsorg om individen gör mig övertygad om att bedövningsmedel och sterila instrument hade rekommenderats för 4 000 år sedan om kunskapen härom funnits då.

Det är oroande när annars förnuftiga människor tappar fattningen vid konfrontation med följderna av religiösa rörelsers oförmåga att följa med sin tid. Högsta Domstolen glömde bort många lagar när man godtog behandling av barn med metoder som överlevt sig själva. Man kan knappast förmena föräldrar att omskära sina gossebarn, men det är barnens rätt att få ingreppet utfört på samma villkor som andra operationer. Jag hoppas att majoriteten av läkarkåren visar en större klarhet i tanken än Högsta Domstolen i denna fråga.

*Robert G Hahn*

bitr professor i anesthesi- och intensivvård,  
Stockholm

### Referenser

1. Carlsson E, Dombrowsky Nilsson G. Rituell omskärelse av småpojkar är barbari. Läkartidningen 1998; 95: 2107.
2. Bratel T. Är Sveriges judar och muslimer barbarer? Läkartidningen 1998; 95: 2445.
3. Larsson B. Procedural and postoperative pain-reducing methods in newborns. Stockholm: 1998. Akad avh.

## Kommentar

Debatten om de religiösa aspekterna på manlig omskärelse avslutas med ovanstående inlägg. Som lästips till dem som är särskilt intresserade av de medicinska aspekterna vill vi – som komplettering till Morton H Narrows referens, som ger en lättläst både religiös och medicinsk orientering – peka på ett par andra aktuella artiklar.

En omfattande medicinsk belysning av för- och nackdelar med manlig omskärelse gavs i JAMA våren 1997 (Laumann EO, Masi CM, Zuckerman EW. Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. JAMA 1997; 277: 1052-7, med insändardebatt i JAMA 1997; 278: 201-3). I dessa bidrag finns också referenser för vidare läsning. Kirurgiska aspekter har nyligen belysts i en dansk artikel (Seidenschnur AM, Korsholm P, Miskowiak J. Circumcision ad modum Lucas. Ugeskrift Læger 1998; 160: 3212-4).

*Red*

## Förbundet inser inte hur AT-läkare har det

Av förbundets försiktiga svar på mitt inlägg »AT-läkares arbetsmiljö kan förbättras med speciella AT-skyddsombud» (Läkartidningen 25/98) förstår jag att man inte inser den hårda verklighet många unga kolleger lever i och hur svårt det är att komma tillrätta med missförhållanden.

*Johan Fischer*  
överläkare, Värnamo

## Kvarsittning i allmänläkarklassen

Med stor besvikelse läser jag Ingrid Eckermans debattartikel i Läkartidningen 22/98. Besvikelsen är dubbel, dels därför att författaren som en ledande allmänläkare i Sverige för till torgs sådana desperata ståndpunkter, dels för att författaren är vald till ordförande i Saco-rådet i sydöstra sjukvårdsområdet och där väl sannolikt ska företräda allmänläkarnas intressen. Tidigare upplösning och förskingring av allmänläkarna – dvs läkare med generalistkompetens och individexpertkunnska i södra Stockholm – till »allmänna specialister i medicin», går nu ett steg längre när den nya specialistbeteckningen, allmän specialist i submedicin lanseras. Synpunkterna är häpnadsväckande!

Ingrid Eckerman framför illa underbyggda påståenden som att »patienter som hör hemma inom en enda specialitet har blivit väl omhändertagna med god kvalitet, medan de med flera sjukdomar inte alltid har fått lika bra omhändertagande». Vidare att specialister remitterar till varandra och inte till primärvården – vilket inte heller är sant – och slutligen att geriatrikerna är någon sorts generalister för de gamla. Har möjligen geriatrikerna plötsligt randutbildat sig i t ex ortopedi, kirurgi, öron-, näs- och halssjukdomar och gynecologi?

### Nedvärderande

Som kronan på verket uttrycker Eckerman sig mycket nedvärderande om sin egen specialitet och alla oss andra allmänläkare. Hon påstår att »vi har en hum om de flesta sjukdomar». Uttalandena kräver knappast någon kommentar – de är helt enkelt förnedrande. Vidare skriver Ingrid Eckerman att allmänläkarna har »en viss social vana att arbeta i team och samarbeta med andra instanser».

Det är inte så att vi har en hum om de flesta sjukdomar eller att vi har en viss vana i att arbeta i team. Vi är mycket duktiga på de vanliga och viktiga sjukdomarna och vi har en oerhört omfattande vana i att arbeta i team.

Efter att allmänläkarrollen och allmänmedicinen nedmonterades på 1960- och 70-talet och fragmentiserades på ett sådant vis att idag endast var femte läkare är generalist i Sverige har fragmenteringsprocessen fortgått under

## Supersofistikerad veterinärmedicin – pinsamt

1980- och 90-talet genom att vårdcentraler har specialiserats. Tidigare generalistsköterskor, distriktssköterskor: ska numera vara specialsköterskor; astmasköterska, diabetessköterska, hypertonsköterska, strokesköterska, demenssköterska, inkontinenssköterska etc. Den senaste trenden tycks vara att den rest av allmänläkare som finns i Sverige som har utbildats i och som hyllar generalistkompetensen och individexpertisen nu ska subspecialiseras till ett slags B-lagsläkare, i en total slutlig förnedring i ett definitivt fragmenterat system. Detta vore en katastrof för alla våra patienter som behöver och vill ha sin egen allmänläkare oavsett vilka sjukdomar de lider av eller tror sig lida av.

*Göran Sjönell*  
husläkare,  
specialist i allmänmedicin  
Kvartersakuten Matteus,  
Stockholm

### Replik:

## Konstruktiv dialog efterlyses

Min artikel är utformad med många frågetecken och »kanske», i syfte att starta en konstruktiv debatt. Göran Sjönell har tyvärr missuppfattat mig på många punkter. Om det beror på att jag uttryckt mig otydligt eller på att han läst slarvigt vet jag inte.

Göran Sjönell har bidragit till att specialiteten allmänmedicin har en så god status inom sjukvården att det är möjligt att diskutera utvidgning av arbetsfältet. Inom mitt sjukvårdsområde har vi en rik verksamhet inom primärvården.

Distriktsläkarmottagningarna kompletteras med enheter för neurologisk, kardiologisk, psykiatrisk respektive ortopedisk rehabilitering, avancerad sjukvård i hemmet, sjukvård i särskilt boende, folkhälsoarbete, akut- och jourverksamhet, sex- och samlevnad för ungdomar, missbruksvård. Behovet av slutenvård av äldre för utredning och behandling av medicinska sjukdomar

I Läkartidningen 14/98 kastar jag mig snabbt över Kajsa Gieseckes och Beatrice Järås krönika om skådespelare och läkare i samverkan.

Efter att ha kommit en bit in i denna artikel får jag dock anledning att fundera. Hur mycket av det som skrivs i artikeln är värt att ta fasta på, hur mycket är fakta, hur mycket är tyckande utan hänsyn till fakta? Således citerar jag: »Det finns idag en massiv kritik, speglad i såväl ansvarsärenden som intern kritik i läkarkåren, av hur en del kolleger bedriver supersofistikerad veterinärmedicin. Denna för alla parter tragiska utvecklingstrend skulle kanske kunna vändas om man erkände att ej alla läkare förmår att visa sin empati beroende på faktorer som påverkar människan...» Så här långt visar författarna uppenbar brist på inlevelseförmåga i sin nedlåtande attityd mot en annan disciplin inom det medicinska skräret om vilket man uppenbarligen inte vet ett dugg.

Jag har tagit del av Gunilla Brings kommentar på krönikan och repliken från Kajsa Giesecke (Läkartidningen

24/98) men vill ändå göra följande kommentar.

Självklart skall läkare bedriva humanmedicin och veterinärer veterinärmedicin. Jag tror dock inte att det är detta författarna menar. Jag kan bara förstå att avsikten är att belysa en situation i ett yrkesutövande som man tror är befriad från empati och omtanke.

Precis som inom humanmedicinen har vi veterinärer ett patientansvar. Detta innebär bl a lösande av medicinska problem. Men, precis som det borde vara inom humanmedicinen, så måste detta ske under beaktande av patientens (=djurets) krav på integritet och i djurets fall även djurskydd. Dessutom har vi precis som inom humanmedicinen samma omhändertagande roll för de närstående, dvs de människor som är ansvariga ägare till sina djur. Här är det naturligen så att rollprestationen skall genomföras på ett sätt gentemot den som är ägare till en gammal hund vars tid är utmätt, på ett annat sätt när insatser skall göras hos fjäderfäproducenten som måste väga insatta åtgärder mot kostnader och lönsamhetsintressen, fortfarande i varje enskilt fall med full respekt för varje individs självklara rätt till värdighet, integritet och att slippa onödigt lidande.

Detta synsätt inom djurägar- och veterinärkåren grundar sig på många generationers sätt att betrakta djuren som medpassagerare på vårt klot och vilka, beträffande husdjuren, vi har tagit ansvar för när vi tar dem i vår tjänst. Således ingår som en naturlig del i veterinärutbildningen att klara dessa mångfacetterade uppgifter vid sidan av den egentliga snäva yrkesrollen. Jag vill inte påstå att alla klarar detta, men möjligen ser vi denna empatiska del av vårt arbete som lika väsentligt som »kärnverksamheten», inte som en extra belastning. Kanske ett samarbete över våra gränser i dessa frågor skulle kunna vara gagnarikt. Då kanske vi i framtiden kan läsa att de läkare som ägnar sig åt supersofistikerad veterinärmedicin är synonymt med de läkare som betraktar sin tekniska botande roll som lika tungt vägande som den empatiska och den omhändertagande rollen

*Peter Forssberg*  
överveterinär  
Stockholm

samt eftervård/rehabilitering efter ortopediska och kirurgiska sjukdomar fylls till största delen på de geriatriska avdelningarna.

Min fråga till Göran Sjönell blir: Vilken/vilka specialiteter är mest lämpade för att sköta ovan nämnda verksamheter? Är det neurologer, ortopedkirurger, kardiologer, psykiatrer etc? Eller är det allmänmedicinare och geriatriker?

### Utvecklingsmöjligheter

Om svaret blir »allmänmedicinare» måste en betydligt större andel av läkarna välja specialiteten allmänmedicin än nu. Rekryteringen till allmänmedicin kanske underlättas om de yngre läkarna ser att det finns möjligheter till utveckling och variation inom specialiteten.

*Ingrid Eckerman*  
distriktsläkare,  
Saco-rådet vid Sydöstra  
sjukvårdsområdet,  
Stockholms läns landsting