

dade spädbarn och långvarigt medvetlösa).»Inget sluttande plan» betyder ju inget när man inte vet var man är.

En 25-årig kvinna med anorexia nervosa, och en man som vägrade ta rekommenderad antidepressiv medicin och som hotade att kasta sig framför tåget om han inte fick självmordsassistans, nämns bland dem som fått självmordshjälp. Rättsliga prövningar redovisas men hur domslut accepterats bland innevånarna kommer inte fram.

Lite om det praktiska

Det är ofta familjeläkaren som i hemmet utför eutanasin. Det förekommer dock också eutanasi på sjukhus. En sjukhusläkare beskriver att eutanasi-fallen måste bokas in på vanligt sätt som till exempel till mellan klockan nio och tio. Han påpekar att proceduren sker i ett separat rum där det finns möjlighet till avskildhet.

Den oberoende läkare som skall konsulteras före eutanasi är i praktiken ofta eutanasi doktors praktikkompanjon. Varaktigt dödsönskan skall föreliggande men tolkas olika; en läkare berättar att när han kom till en bokad eutanasi tid hos en patient ville denne skjuta upp beslutet. Patienten fick då en ny tid två dagar senare men sköt också då upp eutanasin. Först vid tredje eutanasi tid bokningen var den sjuke redo och fick då hjälp att dö.

Hur påverkas läkarna?

Vid intervjuer med läkare har framkommit att doktorer i allmänhet fann dödan oerhört svårt och värre för varje gång. De lärde sig att värja sig genom att vägra ge garantier åt en patient vid hans begäran, därför att utförandet var ett för stort personligt offer för läkarna själva. Läkarna berättar om sömnsvårigheter innan och efter dödan och behov av att prata med en kollega.

Ungefär hälften av de holländska läkarna har utfört eutanasi, ingen läkare tvingas medverka. Två läkarcitat visar på läkarnas svårigheter: »Ögonblicket kommer när jag måste döda honom.» »I det ögonblick när jag administrerar drogen undrar jag alltid om jag handlat rätt. --- jag handlar nästan mot min övertygelse.»

Referens

Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucci C, eds. Asking to die. Inside the dutch debate about euthanasia. Dordrecht-Boston-London: Kluwer Academic Publ, 1998.

Förändringarna har varit stora:

Internmedicin, quo va-

Den allmänna internmedicinen håller på att försvinna från universitetsklinikerna. Subspecialiteterna har under de gångna åren vuxit sig allt starkare och bildat mer självständiga enheter, de har gått samman med närliggande andra specialiteter.

Kardiologerna lierade sig t ex med fysiologer och toraxkirurger, gastroenterologerna med kirurger etc. Avdelningar med allmänmedicinsk inriktning försvann eller blev åtminstone sällsyna på universitetsklinikerna. Även andra större sjukhus tycks visa liknande tendenser.

Förr hade man gemensamma röntgenronder för hela medicinkliniken. Det var enormt lärorikt för alla deltagande. Sedan tog ronderna allt längre tid eftersom klinikerna växte och undersökningarna blev mera komplicerade och tog längre tid att demonstrera. Man var tvungen att dela upp ronderna efter subspecialiteterna. Fortfarande finns dock vissa andra gemensamma aktiviteter för medicinkliniken kvar, men även dessa har minskat i omfattning och frekvens. Det är svårt att samla större delen av kliniken till allmänna möten.

Internmedicinens patienter

Vem tar hand om de vanliga internmedicinska patienterna? De som inte kvalificerar sig för en specialavdelning. Specialavdelningarna har ofta inga lediga sängar eller vill inte ta emot patienter med »vanliga» åkommor, de multistjuka, de oklara fallen. Geriatrikerna? Till dem får man ju först komma när man är över 65 år. Allmänläkarna? De har inga sängplatser.

Hur måste det inte kännas att vara en sådan patient som ingen vill ha? Hur utbildar man de läkare som skall ta hand om dessa patienter, som faktiskt är den långt övervägande delen av våra sjuka. På universitetsklinikerna får man det

allt svårare att lära sig sådant.

Man klagar över att läkarna saknar helhetssyn. De enda som försöker leva efter helhetsmaximen är numera nästan enbart allmänläkarna och geriatrikerna. Var får de sin utbildning i framtiden?

Visserligen finns det professorer i internmedicin och medicinkurser kvar, men knappast några allmänmedicinska patienter att visa.

Redan medan jag för några år sedan fortfarande var aktiv i läkarutbildningen var det svårt att undervisa i allmän internmedicin. Det fanns redan då mest specialavdelningar kvar och de inneliggande patienterna hade så speciella åkommor så att en vanlig doktor sällan kommer att se dem i framtiden, det var inte idealiskt att visa dem. De studentgrupper som vi på grund av patientbrist placerade på mindre sjukhus var helt förtjusta när de kom tillbaka eftersom det ju var ett »riktigt sjukhus» de fått gå på.

Vill vi ha det så här?

Hur kan vi utbilda våra blivande läkare om vi saknar patienter att visa dem? Vill vi ha det så här? Det hela tycks ha skett utan en principdiskussion om dessa förändringar. Man har intrycket att utommedicinska krafter har åstadkommit åtminstone en del av dessa förändringar. Är den allmänna internmedicinens tid förbi?

Vad beträffar undervisningsaspekten måste universitetsklinikerna ändra sin struktur om de vill fortsätta att meddela grundutbildning. Om det inte sker, borde undervisningen flyttas dit där patienterna finns, vilket fordrar en grundlig omorganisation.

Då kan eventuellt den teoretiska delen av undervisningen stanna kvar på universitetsklinikerna. Man kan även visa några enstaka patienter med ovanliga sjukdomar, men den övervägande delen av bedside-undervisningen måste ske på »vanliga» sjukhus där de »vanliga» patienterna finns. Kanske inom öppenvården. Studenter och lärare måste huvudsakligen finnas där.

Kjell Asplund, medicinprofessor i Umeå och SBU-ordförande, har nyligen i en intervju i tidningen »Överläkaren» 6/99 diskuterat liknande tankegångar vad beträffar klinikernas organisation och läkarnas arbetsförhållanden.

Författare

DIETER LOCKNER

docent, Trångsund, f d studierektor, medicinkursen, Huddinge sjukhus.