

längre. Läkekonsten och de humanistiska mjuka data har inte längre den plats i vår yrkesroll som vi är vana vid. Kartan stämmer inte längre med terrängen.

Påståendekunskapen har uppvärderats på bekostnad av förtrogenhetskunskap och färdighetskunskap. Detta sker samtidigt som läkarkåren blir äldre och visare vad avser de två sistnämnda kunskapsformerna. Tryggheten i vår yrkesroll utvecklas inte som vi förväntat oss.

Vad gäller?

Vem berättar för läkaren vad som gäller? Är det sjukvårdshuvudmannen, Trend-Nisse eller HSAN? Har någon läkare någon gång blivit fälld av ansvarsnämnden för att ha använt för många tekniska utredningar eller för ett omhändertagande endast utifrån naturvetenskapliga bedömningar, som kan ha gett skadlig somatisering och förstärkt sjukrollen?

Utbildning och poängtering av innehållet i konsultationen och vården har under de senaste åren prioriterats bort till förmån för kontrollen, dokumentationen och administrationen.

Medikalisering av patientmötet

Vårdprogram har medikaliserat patientmötet till en receptförskrivningsprocedur som en farmaceut eller en diskett kanske skulle klara av. Paketet som sådant med »de granna banden« har varit föremål för sjukvårdens insatser snarare än paketets innehåll.

Ogenomtänkt datorisering, blankettifyllande och sk kvalitetsssäkringsritualer har tvingat läkaren bort från patientarbetet. Det har gett upphov till frustration då det rimmar illa med yrkesroll, yrkeskunskunnande och yrkes stolthet.

Journalen som rättsligt dokument

Utvecklingen har också bidragit till att man har stulit journalen först från doktorn och sedan från patienten. Doktors minnesanteckningar är numera sjukvårdshuvudmannens egendom och ett rättsligt dokument som skall hålla i en juridisk process.

Detta litterära hastverk skall författas på några minuter och signeras för att sedan aldrig kunna ändras av författaren eller verkets huvudrollsinnehavare. Dokumentationskravet har dessutom tidsmässigt inskränkt konsultationen. Vi måste nu spela ett musikstycke på halva den tid som kompositören tänkt sig då han skrev noterna! Kan vi må bra av det?

1500-talsfilosofen Montaigne uttrycker i en av sina essayer, »Om konsten att samtala«:

»Att frukten av en läkares erfarenhet inte är historien om hans behandlingar och minnet av att han har botat fyra pestsmittade och tre giktbrutna om han inte förmår utvinna något ur den erfarenhet som kan utveckla hans omdöme och han kan visa oss att han av detta har blivit klokare i sitt yrke. Det är som när instrument spelar tillsammans, man hör inte en

luta, en spinett och en flöjt, man hör en samlad harmoni, den samlade effekten av alla de sammanförda delarna.«

Skärande dissonanser

Just nu hör vi i sjukvårdssorkestern huvudsakligen de taktfasta tonerna från farmakologin och de skärande dissonanserna från högteknologin och datoriseringen, medan tonerna från de humanistiska värdena, konsultationskonsten och yrkeskunskunnandet blivit ett stilla syntbrus i bakgrunden. Mår patienten bättre av detta på bekostnad av läkares hälsa?

Så länge sjukvårdens resurser är ändliga måste läkekonsten åter uppvärderas, därför att det först som sist är konsultationen som skall avgöra hur den fortsatta handläggningen av tröst, lindring, utredning och behandling skall se ut.

Detta kan inte göras av en diskett utan av en läkare med yrkeskunskunnande. Låt alla goda krafter samarbeta angående detta faktum.

Referenser

1. de Montaigne M. Om konsten att samtala. I: Dialoger, nr 21, 1992.
2. Göransson B. Spelregler – för samtal på skilda nivåer. Arbetsmanus för internt bruk 1980–1998. Stockholm: KTH.
3. Hammarén M. Skriva – en metod för reflexion. Stockholm: Utbildningsförlaget Brevskolan, 1995.
4. Josefsson I. Tankar om läkares yrkeskunskunnande. Stockholm: Landstingsförbundet, 1992.

Om livsduglighet – ett inlägg i abortdebatten

Att abortlagstiftningen är ett allvarligt och ofta återkommande diskussionsämne som river upp sinnen är i hög grad förståeligt. Samtidigt visar det sig, att ämnet är så besvärligt och politiskt kontroversiellt att inget politiskt parti för närvarande tycks vara berett att diskutera en genomgripande reform av lagstiftningen.

ANDERS HEDSTRÖM

fd hovrättslagman och fd ordförande i Socialstyrelsens rättsliga råd

II Så småningom brukar också åsiktsutbytet avstanna, inte sällan med ett konstaterande att abortlagen nog ändå är ganska bra men att tillämpningen kan bli bättre.

Det kan därför vara klokt att i den nu upplamnade debatten hålla fast vid själva utgångspunkten, nämligen att vissa läkare anser att gränsen för fostrets livsduglighet kan sänkas ända ned till 20 havandeskapsveckor. Det är också den-

na infallsvinkel professor Hugo Lagercrantz väljer i sitt tankvärda inlägg i DN Debatt den 30 januari. Det blir då inte fråga om något allmänt tyckande om aborter utan om tillämpning av nu gällande rätt.

Kvinnan har själv det yttersta ansvaret

Gällande rätt säger att kvinnan själv i princip har det yttersta ansvaret för när abort skall få ske, och att det bara är vid de sk senaborterna (efter artonde graviditetsveckan) som hennes rådighet är begränsad och det fordras särskilt tillstånd av Socialstyrelsens rättsliga råd. Och

just när det gäller livsdugligheten heter det i 3 § första stycket Abortlagen att sådant tillstånd inte får lämnas om det »finns anledning antaga att fostret är livsdugligt«.

Lagen vill lösa den svåra avvägningen mellan det allmänna intresset att gynnsamt pågående graviditeter kan avslutas genom att barn blir födda, och kvinnans intresse av ett avbrytande. Det senare måste som bekant vara så behjärtansvärt att det ryms under uttrycket »synnerliga skäl« för aborten (3 § första stycket).

Hur starka dessa synnerligen skäl än är, blir det alltså ingen abort om det finns anledning anta att fostret är livsdugligt. Självklart är detta ofta en grannliga uppgift för den suveränt dömande instansen, dvs Socialstyrelsens rättsliga råd.

I sin legitima strävan att rädda livsdugliga foster får rådet således ändå inte gå så långt att man varje gång livsduglig-

heten är oviss utan vidare säger nej till en abort för vilken kvinnan kan åberopa mycket starka skäl. En sådan utveckling skulle kunna medföra en icke avsedd generell försämring av kvinnans rätt i hithörande sammanhang.

Livsdugligheten provas i varje enskilt fall

Livsdugligheten skall som lagen är skriven provas på grundval av omständigheterna i varje särskilt fall. Emellertid blir prövningen efter artonde veckan av naturliga skäl brådskande, och något alltför ingående konstaterande av hur fostret utvecklats just hos den aktuella kvinnan låter sig i allmänhet inte göras.

Därför blir man i praktiken beroende av generella erfarenheter av hur en fosterutveckling sker efter så eller så många veckor. Livsduglighet betyder vidare inte detsamma som avsknad av alla utvecklingsrubbningsrubbningar eller av andra besvär som har sin upprinnelse i fosterstadiet. En mongoloid anses t ex inte sakna livsduglighet.

Att den för tidigt födde, för att räddas, måste få ett särskilt omhändertagande med avancerade medicintekniska hjälpmedel anses inte heller göra att barnet ej är livsdugligt. Men om hjärta, lungor eller andra livsviktiga organ inte hunnit bli färdigutvecklade kan det finnas goda skäl att betvivla att barnet skulle få ett ens någorlunda fullvärdigt liv.

Gränsdragningen

Självfallet utvecklas läkarvetenskapen och medicintekniken här som annars mer och mer. Tillämpades 23–24 veckor som en huvudregel för några år sedan, är det därför kanske möjligt att 22–23 veckor är en rimlig gräns numera.

Men att så att säga på konstlad väg bota grundläggande somatiska brister hos ett för tidigt fött barn – kanske med den effekten att barnet hela livet måste medicinskt särbehandlas – är enligt min mening att gå alldeles för långt.

Lagercrantz har i sin artikel givit flera goda exempel på vilket elände detta bokstavligen skulle kunna leda till för hela den berörda familjen.

Beviskravet

Vad gäller beviskravet må på nytt erinras om att det i den aktuella lagparagrafen heter att det »finns anledning antaga« livsduglighet, inte exempelvis att fostret »skulle kunna« vara livsdugligt. Att frågan är helt oviss eller osäker eller tveksam räcker alltså inte.

Efter vanligheten innebär den i lagen valda formuleringen att det skall finnas en viss – inte alltför stor men likväl någorlunda påtaglig – sannolikhetsövertikt för ett antagande om livsduglighet. •

Små kuggar utan tydlig nazistisk ideologi höll igång mördandet

II Med stort intresse har jag läst Rolf Zetterströms [1, 2] och Elias Rubensteins [3] kunskapsrika artiklar om nazismens onda ideologi. När jag pratat med ester har jag slagits av hur mördandet hölls igång av människor utan tydlig nazistisk ideologi.

Föddes under kriget

Jag födde under kriget i ett av Tyskland besatt Estland. I Kunda, sju kilometer hemifrån, hölls judar inspärrade i cementfabriken. Min pappas klasskamrat var lägervakt. Jag vet inget om just hans bevekelsegrunder för att ställa upp, men jag har fått höra att judarna i Kundas cementfabrik inte var estniska judar.

Det skall mer ha varit något slags fosterlandskärlek än personlig aversion mot judar som fick människor att samarbeta; man arbetade för en miljon esters frihet och då ingick några tusen judars död i kalkylen.

Tyska soldater i vårt hem

I vårt hem var några män ur tyska armén inkvarterade. De var familjefäder som, efter vad mamma berättat, längtade efter att kriget skulle ta slut så att de skulle komma tillbaka till sina familjer. Redan i början av kriget pratade de öppet inför mina föräldrar om Hitler som en löjlig figur. Med judarna i cementfabriken hade de inget att göra – det var en annan avdelning som skötte det där.

En av tyskarna som bodde hemma var gymnasielärare. Han satt i vårt kök och reciterade Vergilius. Han, som var en del av en ofantlig dödsapparat, kände sig antagligen som en humanist drabbad av ett olyckligt öde och utan ansvar för vad som hände.

Man menar att i några av Europas ockuperade länder fanns det en så starkt uppbyggd demokratisk tradition att dödande av det slag som förekom i Baltikum inte var tänkbart där, och att judar därför fick forslas till de baltiska länderna för avlivande.

Exemplet med benbrottspatienten

Jag har i flera tidningar (bl a Arbetaren nr 4 1997 och Göteborgs-Posten 23 maj 1997) träffat på en diskussion om varför man inte skall döda en patient med benbrott och ge hans organ till flera: jo, det skulle minska förtroendet för sjukvården, säger den som intervjuats i Arbetaren. Exemplet kallas medicinietiskt men har naturligtvis inget med medicinietik att göra utan handlar om grundläggande samhällsliga rättigheter.

Det som kallas medicinietik i tidningar har till stor del funnit sin form som »a white boy's game« [4], med till exempel benbrottspatienten som ett återkommande inslag.

Var går våra egna gränser?

Frågor om hur vi skyddar svaga har inte lika stor genomslagskraft. Också i fredstid kan det ju vara behövt att reflektera över var våra egna gränser går: hur långt vi sträcker oss i lojalitet mot den organisation vi arbetar i. Jag har stått och schackrat om patienter på akutintaget och skrivit ut dem när platser fattats, vilket jag efteråt anser att jag ej bort göra.

Reet Arnman

*doktorand i medicinietik,
Karolinska institutet
Reet.Arnman@his.ki.se*

Referenser

1. Zetterström R. Nazismens onda ideologi. Läkartidningen 2001; 98: 190-3.
2. Zetterström R. »Människa är människas varg« även idag. Läkartidningen 2001; 98: 868.
3. Rubenstein E. Om nazismens onda ideologi. Läkartidningen 2001; 98: 868.
4. Catherwood J. An argument for intolerance. J Med Ethics 2000; 26: 428.