

Läkarförbundet hörde jag säl-
lan de andra linjernas argu-
ment nämnas när frågan dis-
kuterades.

Det ligger dock i sakens natur
att en ståndpunkt som vilar
på pragmatiska överväganden
snarare än på ideologisk eller
religiös övertygelse också är
mer förskjutbar, och jag är
numera mindre förvissad om
den tredje ståndpunktens be-
ståndighet än förr. Vissa argu-
ment har för mig förlorat i
styrka. Dit hör definitivt
eskaleringsargumentet, ofta
framfört under min studietid.
Ju mer jag läst om det nazi-
tyska eutanasiprogrammet
desto osannolikare förefaller
en liknande utveckling hos
oss i vår tid vara.

De attitydförändringar
inom vården som jag nämnde
i mitt förra inlägg [2] har ock-
så bidragit till en mera avvak-
tande hållning. Jag tycker
även att symbolfrågor, dit eu-
tanasifrågan onekligen hör,
alltid får för stor plats i för-
hållande till mera vardags-
etiska frågor när man diskute-
rar läkaretik.

Slutligen tror jag inte att
Läkarförbundets etiska regel-
verk och positioner kan skapa
en gemensam »värdegrund«
för alla läkare; därtill skiftar

värderingarna för mycket.
Moralfilosoferna har inte
kunnat enas om grunden för
en allmängiltig moral. Varför
skulle då sådan grund kunna
åstadkommas inom läkareti-
kens specialområde? 1951 års
regler gjorde inte alla läkare
till abortmotståndare, och
1968 års regeländring ledde
inte till att samtliga läkare
övergav abortmotståndet.
Därför finner jag 2002 års
fundamentalistiska sluttillägg
till regel III insiktslöst och
olyckligt.

»Handlingsgrund« var kan-
ske inte ett bra ord, men det
gäller att finna ett rimligt *mo-
dus vivendi* i etikens föränder-
liga värld.

Nils O Sjöstrand

professor emeritus, Stockholm
Nils.Sjostrand@ki.se

REFERENSER

1. Flodin T. Vad menar professor Sjö-
strand? Läkartidningen. 2007;104:
2445.
2. Sjöstrand NO. Vad menade Hippo-
krates och vad menar läkarförbun-
det? Läkartidningen. 2007;104:
2444-5.
3. Flodin T. Nej till läkarassisterat
självmod. Läkartidningen. 2007;
104:2215.
4. Milton A. Etik – en levande process.
Läkartidningen. 2001;98:5289.
5. Kudlien F. Medical ethics and popu-
lar ethics in Greece and Rome. Clio
Med. 1970;15:91-121.

Legitimerad rökare?

■ Rökning uppfattas ibland
som en privat angelägenhet.
Men rökning kan skada andra
indirekt, kan »smitta« genom
att andra lockas att röka, och
kostar skattebetalarna stora
belopp för vård av tobaksrela-
terade sjukdomar.

Kan man då inte bevara fri-
heten att röka och samtidigt
hindra nyrekrytering av fram-
för allt unga människor? Jo,
jag tror det.

Låt t ex dagens rökare re-
gistrera sig som rökare och få
en legitimation som visar det-
ta. Begränsa sedan efter ett
fastställt datum handeln med
röktobak till denna grupp. Le-
gitimationen kan t ex förnyas

årligen, kopplas till en årsav-
gift som går till landstingens
sjukvård, ha en åldersgräns
motsvarande dagens, och ha
en kvantitativ gräns för inköp
som försvårar langning.

I takt med att dagens rökare
sedan på ena eller andra sätt-
et slutar röka kan vi så små-
ningom nå nollvisionen, ett
rökfritt Sverige. Modellen är
inte konstigare än Systembo-
laget för alkohol, och troligen
mer effektiv.

Så varför inte pröva?

Gunnar R Nordenstam

leg läkare, med dr, fil lic,
Lerum
gunnarnordenstam@telia.com

Rökande KOL-patienter

■ I Läkartidningen 24–25/
2007 finns publicerade tre ar-
tiklar angående sjukdomen
KOL (kroniskt obstruktiv
lungsjukdom). I en faktaruta
till artikeln »Behov av sam-
lade riktlinjer för oxygenbe-
handling i hemmet« (sidan
1903) nämns tre kontraindi-
kationer till oxygenbehand-
ling i hemmet:

- fortsatt rökning,
- gasspis eller vedeldning,
- bristande samarbetsför-
måga.

Vad kan man då erbjuda fort-
satt rökande KOL-patienter
som drabbas av dessa kontra-
indikationer? Inte i någon av
de tre artiklarna berör man
detta. Är dessa patienter – de
som har det svårast, som inte
kunnat sluta röka trots av-
vänjningsförsök – paria i
KOL-vården? Hur stor andel
utgör de av alla KOL-patien-
ter med långvarigt rökande i
anamnesen? Kunde man inte
ha ett för dem anpassat vård-
program?

I artikeln om oxygenbe-
handling i hemmet (sidan
1902) fick man effekt också av
12 timmars behandling, även
om 24 timmar var bättre.

Kanske kan oxygenbehand-
ling några timmar tre dagar i
veckan på sjukhus eller vård-
central med färdtjänst ge i
varje fall en bättre livskva-
litet? Sådana former av täta
behandlingar finns ju bl a
inom dialysvården, även med
ganska långa transporter.

Eller att handikappanpassa
bostaden så att något utrym-
me kan användas för säker
oxygenbehandling med hjälp
av en personlig assistent.

Säkert finns en rad argument
mot dessa förslag, men det
borde vara en utmaning för
dem som arbetar i KOL-vår-
den att finna bättre lösningar
och inte nöja sig med ett »hit
men inte längre«.

Börje Bager

leg läkare, anhörig, Lergårda
skottagården@hotmail.com

REPLIK:

Rökning kontraindikation till syrgasbehandling i hemmet

■ Vi tackar doktor Börje Ba-
ger för hans kommentar an-
gående svårigheterna med
syrgasbehandling dygnet runt
och kravet på rökstopp för
syrgasbehandling i hemmet.

Riktlinjer för oxygenbehand-
ling i hemmet är skrivna för
att ge rekommendationer ut-
ifrån den evidens som finns
idag [1]. Avsikten är att opti-
mera de positiva effekterna av
behandlingen och minimera
riskerna.

Behandlingstidens längd är
betydelsefull. I NOTT-studien
randomiserades 203 patien-
ter med kroniskt obstruktiv
lungsjukdom och andnings-
svikt till oxygen under 24 tim-
mar/dygn eller 12 timmar/
dygn [2]. Efter två års behand-

ling var överlevnaden nästan
dubbelt så hög i gruppen som
randomiserades till oxygen
under 24 timmar/dygn. En-
ligt tidur använde gruppen
som randomiserades till be-
handling 24 timmar/dygn ut-
rustningen under 18 tim-
mar/dygn mot 12 timmar/
dygn i den andra gruppen.

Alltså har kontinuerlig be-
handling med oxygen i hem-
met visats fördubbla överlev-
naden jämfört med ofullstän-
digt behandlad hypoxi. Vår
rekommendation är alltså att
använda oxygen så många
timmar på dygnet som möj-
ligt, helst 24! En förbättrad
livskvalitet med oxygen är vi-
sad hos patienter med mobil
utrustning och oxygenbe-

handling 20 timmar per dygn [3].

Vi är väl medvetna om nikotins beroendeframkallande egenskaper och svårigheten att sluta röka efter många års rökning. Rökning är emellertid den vanligaste orsaken till kroniskt obstruktiv sjukdom, och rökstopp är den första och viktigaste åtgärden för att inte ytterligare förvärra sjukdomen.

Risken för antändning ökar avsevärt vid hög syrgashalt och öppen eld. Det har förekommit ett flertal fall av eldsvådor i Sverige där patienterna inte följt rekommendationerna om rökförbud vid oxygenbehandling i hemmet. Mer eller mindre svåra brännskador och även dödsfall har förekommit. Tobaksrökning är därför en nödvändig kontraindikation vid oxygenbehandling i hemmet.

Kerstin Löfdahl

med dr, överläkare, verksamhetsområdet för lungmedicin och allergologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
kerstin.lofdahl@lungall.gu.se

Torbjörn Gustafson

överläkare, medicin-geriatrik-kliniken, Skellefteå lasarett

Karl A Franklin

docent, överläkare, lungkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Kerstin Ström

docent, överläkare, lung- och allergisektionen, Blekingesjukhuset, Karlskrona

REFERENSER

1. Löfdahl K, Gustafson T, Franklin KA, Ström K. Behov av samlade riktlinjer för oxygenbehandling i hemmet. Läkartidningen 2007;104:1902-4.
2. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Ann Intern Med. 1980;93:391-8.
3. Andersson A, Strom K, Brodin H, Alton M, Boman G, Jakobsson P, et al. Domiciliary liquid oxygen versus concentrator treatment in chronic hypoxaemia: a cost-utility analysis. Eur Respir J. 1998;12:1284-9.

Ytterligare underlag till JO-anmälan av Försäkringskassan?

■ Jag läste med stort intresse om Åke Åkessons JO-anmälan av Försäkringskassan i Kalmar i LT 32-33/2007 (sidan 2223). Mot bakgrund av mina erfarenheter som sjukskriven i vintras tror jag att Åke Åkessons teori om felaktiga direktiv till Försäkringskassan är helt korrekt.

Min 16-årige son insjuknade i cancer i oktober 2006 året och blev omedelbart opererad. Operatören, min familj och arbetskamrater – och min arbetsgivare – tyckte det var självklart att jag skulle vara sjukskriven och stanna hemma. Som barnläkare är det inte ovanligt att jag sjukskriver föräldrar i kris, men detta hade naturligt nog kirurgen inte någon större erfarenhet av. Jag föreslog att han skulle skriva Krisreaktion F 439P på läkarintyget, men han valde diagnosen Vård av sjuk son Z637. Alla övriga fält var korrekt ifyllda. Sonens tumördiagnos och planerad behandling framgick tydligt. (Jag kunde inte ta ut »Vård av barn« då sonen fyllt 16 år.)

En vecka senare blev jag upp-ringd av en tjänsteman på Försäkringskassan som informerade mig att sjukpenning inte kunde betalas ut mot bakgrund av detta intyg. »Om du är i stånd att vårda din son kan du lika väl arbeta.«

Jag undrade varför hon kontaktade mig som patient och inte kirurgen, om hon bedömde att intyget var felskrivet. Vidare bad jag om att få tala med hennes chef då jag upplevde hennes samtal som kränkande i den situation jag befann mig just då. »Det är inte nödvändigt. Vi följer bara gällande bestämmelser. Om du vill ha sjukpenning får du komma in med nytt intyg.«

Att behöva använda tid för att inhämta nytt intyg stod just då inte högst upp på min prioriteringslista – och kirur-

gen hade säkert också annat att göra än att skriva mera papper.

Under efterföljande cytotatikabehandling blev jag sjukskriven av distriktsläkaren under diagnosen krisreaktion. Efter två månader önskade jag börja arbeta 25 procent för att träffa arbetskamrater och få lite annat att tänka på. Min arbetsgivare var först tveksam, men jag såg detta som en rehabiliteringsåtgärd. Hon gav mig då administrativa arbetsuppgifter och befriade mig från all direkt patientkontakt.

Efter ytterligare någon månad hörde Försäkringskassan av sig på nytt: »Kan du diskutera ytterligare anpassning av dina arbetsuppgifter med din arbetsgivare så att du kan gå upp i arbetstid?« Jag hade före samtalet skriftligt redovisat att mitt arbete som barnneurolog till stor del handlar om att ta hand om svårt sjuka patienter och familjer i kris – ett arbete som kräver psykisk stabilitet. Efter detta telefonsamtal erbjöd sig distriktsläkaren att kontakta Försäkringskassan för att jag i framtiden skulle slippa »onödiga störningar«.

Då min son var färdigbehandlad fem månader senare återgick jag i full tjänst. I samband med detta mottog jag ett brev från Försäkringskassan. Tjänstemannen skrev: »Utifrån inkomna handlingar bedömer vi att du inte är i behov av någon rehabilitering för att återgå till ditt arbete.«

Då jag arbetar dagligen med rehabilitering/rehabilitering blev jag blev förvånad över denna – i mina ögon – oprofessionella formulering/bedömning. Jag funderade över om detta var ett standardbrev som skickades ut enligt gällande bestämmelser. De enda inkomna handlingar till Försäkringskassan var sex läkar-

intyg med diagnosen krisreaktion. Hur kunde tjänstemannen bedöma min psykiska status? Utgick hon ifrån att jag var återställd eftersom sjukskrivningen upphörde? Vad var syftet med detta brev?

Mina upplevelser i vintras har lett till att jag har fått större förståelse för det som mina patienters föräldrar beskriver som sin »kamp« med Försäkringskassan, och jag ifrågasätter inte längre alla intyg som de önskar att jag skall skriva. Föräldrarna behöver allt stöd de kan få.

Kirsten Holmberg

överläkare, barn- och ungdomshabiliteringen, Eskilstuna
kirsten.holmberg@kbh.uu.se

*

Se även inlägg sidan 2485. red

TrioBe – »less is more«?

■ TrioBes marknadsförare har onekligen goda nerver – »less is more« (Läkartidningen 35/2007, sidan 2443)!

Inom forskarvärlden ifrågasätts idag värdet av vitamin B₁₂ i TrioBe är inte dokumenterad för långtidsprofylax [1]. Därtill gick norska Legemiddelverket ut den 21 juni i år och varnade för risk för cancerutveckling vid profylax med folsyra i allmänhet och TrioBe i synnerhet [1].

Kanske en mera adekvat brödtext i nästa annons är »too little and too much«?

Bo Norberg

internist, medicinkliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå; redaktör för Rondellen/The Rondel
bo.norberg@vll.se

REFERENS

1. Norberg B. Ros och ris åt årets aktörer – de centrala B-vitaminernas forntid och framtid [ledare]. Rondellen 2007;27. www.rondellen.net