

nare måste han upphöra med det förra. Han måste upphöra att vilseleda världen med de förödande orden till äkta par från 1968 års encyklika *Humanae vitae* från påven Paulus VI: »Likaledes förkastlig är varje handling som antingen före, vid tillfället för, eller efter sexuellt umgänge är speciellt avsedd att förhindra fortplantningen, antingen som mål eller som medel.«

»Abortproblemet kan inte lösas med preventivmedel«, säger Staffan Bergström. Nej, det är sant, men det är också sant att katoliker lika mycket som icke katoliker under sitt fertila liv vill ha sex utan att vilja ha barn. En primär abortförebyggande åtgärd från påvens sida vore att säga att det då är mer synd att inte använda preventivmedel än att göra det. Ungefär så som man efter många om och oändligt många men till slut bestämt sig för att försiktigt gå ut med till HIV-smittade och aidsjuka personer.

Vad är då en människa? Ja, svaret varierar beroende på när, var och till vem frågan ställs. Påven? Prästen? Moralteologen? Psykologen? Filosofen? Juristen? Embryologen? Eller antropologen – han som kan skilja på en människa, *Homo sapiens*, och en »förmänniska«?

Men oavsett vem som tillfrågas visar det sig att svaret bygger på distinktioner, definitioner, samhälleliga accepteranden och/eller kyrkliga överenskommelser.

Kristna slavägare på 1800-talet skulle förmodligen svara på frågan på ett sätt som inte har acceptans hos någon yrkesgrupp längre. Och inte hos påven heller. Längre.



Irène Nordgren
socioonom, leg psykoterapeut, Prima Vuxenpsykiatri, Mörby
irene.nordgren@comhem.se

Läs mer:

<http://www.catholicsforchoice.org>

Tack Staffan, för ditt inlägg!

»Aldrig, aldrig kunde jag ens i min vildaste fantasi tänka mig att sitta framför en gynekolog och begära abort. Det är helt mot mina principer, och jag anser att abortering av ett foster är ett stort misslyckande.« Detta är ett uttalande jag hört åtskilliga gånger under min nästan 40-åriga verksamhet som gynekolog. Denna kvinna har helt rätt i sitt påstående att abort är ett misslyckande – ett misslyckande som kvinnan delar med oss alla!

Ingen har sedan Elise Ottesen-Jensens dagar så seriöst kämpat för kvinnors rätt till en värdig och professionellt utformad reproduktiv hälsovård som Staffan Bergström. Hans artikel i *Läkartidningen* 4/2010 i år är närmast en dom över allas våra tillkortakommanden.

Men är då vi – alla människor – indragna i den enskilda kvinnans problematik??

Svar: JA – och det gäller framför allt oss män som, i vår naturliga oförmåga att själva föda ett barn, tar oss – inte så sällan – rätten att på ett patriarkalt sätt utöva otillbörlig makt över kvinnors liv.

Vem äger mandat att förbjuda en kvinna rätten till abort? Svar: Ingen! – Professor Sven-Olof Brattgårds uttalande vid en diskussionsafton i Stora salen på Akademiska föreningen i Lund har följt mig genom åren:

»Ingen, ingen har mandat att förbjuda en kvinna att göra abort – utom möjligen om vederbörande tar på sig ett personligt ansvar att med alla till buds stående medel bistå kvinnan i den uppkomna krisituationen – vilket är närmast en utopisk utväg. Slut-sats: Ingen har mandat att förbjuda en kvinna att göra abort; beslutet ska vara kvinnans eget helt och hållet.«

»Befruktningsögonblicket« är närmast en process, men

när DNA från kvinnan och mannen sammansmält har en tidigare aldrig existerande individ bildats, ett nytt liv har tänts.

Men – tar vi då inte ett människoliv i vardande när vi utför en abort? Jo, det gör vi, i Sverige ca 30 000 om året och i världen ca 50 000 000.

Hur kan detta fortgå? Jo, genom allas vår oförmåga att hjälpa och kärleksfullt och solidariskt stödja varandra.

När jag utförde aborter kände jag i djupet av mitt jag ett stort och fatalt mänskligt tillkortakommande – och jag kände också att vi alla gemensamt höll i abortinstrumenten, och på så sätt ådrog vi oss alla en form av skuld därför att vi i vår ofullkomliga tillvaro inte kunde lösa den uppkomna situationen på ett annat sätt. (»Vi står i skuld till allt och alla«. F M Dostojevskij.)

I samtalet med patienten efter aborten delade jag hennes sorgkantade lättnad – ett sätt för oss båda att trots allt gå

vidare. God vård förutsätter att det föreligger ett äkta förtroende mellan dem som måste ta våra tjänster i anspråk och oss som arbetar i vården. Att på ett sakligt och ömsint sätt tillsammans hantera svåra situationer och fatta mogna beslut. Att inte blunda för och förtränga fakta och därmed ge utrymme för trångsynt fundamentalism och kärlekslösa fördömanden. Vi sitter alla i glas-hus – den som anser sig vara utan skuld – var så god och kasta första stenen!

TACK, Staffan för att du tydliggör kvinnors utsatta situation i världen! När det gäller insikten om vad som är ett skyddsvärt liv befinner vi oss alla på det sluttande planet; dess lutning bestäms av vår etiska medvetenhet och goda vilja.



Kjell Barlov
leg läkare,
specialist i obstetrik
och gynekologi, Ystad
kjell@barlov.se

Livets värde påverkas inte av om befruktningsögonblicket är en process i många steg

»Det fanns en tid då kristna kämpade för att förneka evolutionen. Att vi, som är skapade till Guds avbild, skulle härstamma från aporna betraktades som en hädelse. I vissa fundamentalistiska kretsar, som den kristna högern i USA, förnekas fortfarande vårt släktskap med aporna.

När Staffan Bergström nu, i LT 4/2010 (sidorna 160-1), beskriver att befruktningsögonblicket inte är ett ögonblick, utan en process på flera timmar och i många steg, uppdelat på minst tio säker-

ställda faser, känner jag som kristen att jag helst skulle vilja utbrista i ett: OCH???

På vilket sätt skulle det ändra på livets värde, eller helighet?

Inte heller är det någon nyhet att illegala aborter leder till ökad mödradödlighet och lidande.

I boken »Den svårlösliga konflikten – om den ofödda människan« skriver professor emerita Gunilla Lindmark att förbudet mot abort alltid leder till ett ökat antal aborter. Då dessa ingrepp blir illegala leder de till fler döds-

fall för såväl mödrarna som deras ofödda barn, och även för deras redan födda barn. Ett synnerligen viktigt inlägg i abortdebatten. (Boken är utgiven av Veritas förlag och



redaktionen består av flera namnkunniga kristna skribenter, som t ex Erwin Bischofberger, professor emeritus i medicinsk etik.)

Staffan Bergström skriver till mig från Karachi, där han med några meter just undkommit en självmordsbombare, och undrar varför hans inlägg inte väckt någon debatt i Läkartidningen. Han ber mig som kristen läkare att kommentera det han skrivit.

Det är utmärkt, Staffan, att du fortsätter kämpa för kvinnors och barns rätt till ett värdigt liv. Och vare sig man är kristen eller ateist måste man fortsätta att diskutera vad som är ett skyddsvärt liv, både i livets början och i livets slut. Det är en svårlöst konflikt.

Man kan också spekulera över hur man i framtiden kommer att betrakta de 30 000 aborter som utförs årligen i Sverige i dag. Om några decennier, då vetenskap och etik gett oss nya och bättre metoder att hantera fertiliteten, kommer våra aborter då att fördömas på samma sätt som vi i dag fördömer forna tiders tvångssteriliseringar och lobotomier?

Men att Läkartidningens kristna läsare har viktigare frågor att ta ställning till, som klimathot och orättvis fördelning av jordens resurser, än att käbbla om huruvida befruktningen sker i ett ögonblick eller under några timmar, det ska vi vara tack samma för. Att en humanistisk professor som Staffan Bergström definitivt har viktigare saker att göra, det tackar vi vår Herre för!

Elisabet Finne
företagsläkare, Sundsvall
elisabet.finne@gmail.com

Studierna avgör evidensen

■ Johan Hambræus hävdar i ett debattinlägg i LT 10/2010 (sidorna 694-5) att »SBU bortsåg helt från både behovet av diagnos och tekniskt rätt utförd behandling i sin rapport 2006, där man diskuterade hur man skulle behandla patienter med långvarig smärta«. Ett litet klarläggande kan vara på sin plats.

SBU, liksom andra HTA-organisationer (health technology assessment), använder bestämda kriterier för vilka studier som ska inkluderas, bl a när det gäller diagnoser och beskrivning av patienter.

Patienterna i de granskade studierna hade långvarig ryggsmärta, men för övrigt fanns inget krav på diagnosdefinition. Olika typer av radiofrekvensbehandling accepterades. Vi hade ingen garanti för att behandlingarna »utförts på ett adekvat sätt«, om inte detta framgick av de granskade publikationerna.

Slutsatserna i SBU-rapporten bygger på resultaten från tre systematiska översikter och en randomiserad klinisk studie. Den nytillkomna systematiska översikten (Bogduk N, Dreyfuss P, Govind J. A narrative review of lumbar medial branch neurotomy for the treatment of back pain. *Pain Med.* 2009; 10:1035-45) kan förhoppningsvis bidra till att öka kvaliteten i framtida utvärderingar av radiofrekvensbehandling.

Clas Mannheimer
professor, avdelningen för akut och kardiovaskulär medicin, SU/Östra, Göteborg; expert i projektgruppen för rapporten Metoder för behandling av långvarig smärta, SBU 2006

Susanna Axelsson
projektledare, SBU
axelsson@sbu.se

Har vi läkarbrist?

■ Många har uppfattningen att Sverige har läkarbrist. Den statistiska sanningen är dock att vi har flest läkare per invånare av alla världens länder, dvs 1 läkare per ca 250 invånare och totalt mer än 40 000. På slutet av 1960-talet var totalantalet ca 10 000. Antalet har alltså fyrfaldigats på ett 40-tal år!

I LT 46/2009 söker en klinik två läkare för specialistutbildning (ST-läkare). I beskrivningen av kliniken i annonsen står det: »... har 30 slutenvårdsplatser. Kliniken bemannas för närvarande av 15 specialistläkare och 5 ST-läkare.« 20 läkare på 30 vårdplatser motsvarar alltså 1,5 vårdplats per läkare (min kommentar). Samma klinik hade på 1960-talet 72 vårdplatser och 3 läkartjänster, dvs 24 platser per läkare! Jag är helt sanningsenlig!

Med dagens mått mätt var samtidigt arbetsförhållandena helt omänskliga med t ex jour, visserligen i hemmet, varannan dag och helg utan jourkompensation! Man accepterade förhållandena eftersom man hade inkomst av öppen mottagning inklusive jour som ett slags ackord. Ju mera mottagning, desto högre inkomster! Man var helt nödvändig för verksamheten, och klarade man kraven gav arbetet märkligt stor tillfredsställelse!

Sjukfrånvaron per år var på ensiffrig nivå och lägst bland alla yrkeskategorier. Beprövad erfarenhet fick man samtidigt i stora mått. Det var sämre med tid för vetenskaplig skolning.

1970-talets läkarreformer, med 40-timmarsvecka, jourkompensation och borttagande av prestationslön, har sedan, vad jag förstär, bidragit till stora förändringar av läkararbetet. Alla läkare på lika utbildningsnivå har haft väsentligen lika lön. Extra-

uppsatser, uppdrag, arbete i andra landsting och i grannländer under ledighet har ökat inkomster. Motivationen för kliniskt arbete har avtagit.

Projekt, utvecklingsarbete och »forskning« har uppvärderats på bekostnad av kliniskt arbete. Det har återgett status åt läkarna till glädje också för sjukhuset/landstinget. Även den ovan refererade kliniken har deltagit i denna utvecklingsframgång genom många doktorander och avhandlingsarbeten.

Är den här utvecklingen enbart av godo? Används resurserna rätt? Gör läkarna rätt saker? Att de administrativa kraven ökat är oomtvistligt med allt omständigare intyg och dokumentation trots datorisering.

De många läkarna, framför allt på de stora sjukhusen, tillägnas vetenskaplig skolning, men får de erforderlig beprövad erfarenhet? Ger de sig tid för vanlig patientvård och uppföljning av sina patienter eller återremitteras dessa alltför snabbt till en redan överlastad primärvård?

Åter till ursprungsfrågan: Har vi läkarbrist? Eller har vi motivationsbrist och systemfel som bidragit till obalans i fördelningen av läkarresurser från kliniskt arbete till förman för utvecklingsarbete?

För att förekomma missförstånd vill jag tillägga att jag uppskattar den utveckling som möjliggjort ökad jämställdhet i både hem och arbete.

Göran Lindé
som inte vill bli betraktad som »bättre förr-doktor«, infektionsläkare emeritus, Örebro
linde.goran@telia.com

