

SLUTREPLIK OM LÄKARETIKEN:

# Symbolfrågor får alltför stor plats i diskussionen

■ Thomas Flodin är överens med mig om att man skall använda antika citat med försiktighet [1]. Utmärkt! Mitt inlägg [2] var i första hand framprovocerat av, att han i ledaren [3] återopade avsnittet ur den hippokratiska eden i såväl det inledande som det avslutande stycket utan sådan försiktighet.

Av genmållets andra stycke framgår att Thomas Flodin och Läkarförbundet och Niels Lynöe och Läkarsällskapet egentligen är helt överens. Utmärkt! Då missuppfattade jag ledaren, när jag tyckte mig i den läsa kritik av Läkarsällskapets nya riktlinjer och Lynöes yttrande, och tackar för klarläggandet.

**Att etiska regler** är konservativa ligger i sakens natur. De utgör oftast kodifiering av vid antagningstillfället rådande praxis eller av ett idealtillstånd och brukar ändras först när praxis ändrats. Etik är, som påpekats i en tidigare ledare i Läkartidningen, »en levande process» [4], dvs föränderlig. Men regeländringar styr sällan förändringarna utan dessa brukar i sinom tid ändra reglerna. Den eutanasi-frågan etiskt sett närstående abortfrågan utgör ett belysande exempel.

**Abort var illegal** i Sverige fram till 1938, då en restriktiv lag infördes. Denna mjukades upp i etapper, där emellertid vidgad praxis föregick upp- mjukande lagkompletteringar som kom 1946 och 1963. När 1974 års liberala abortlag infördes hade praxis redan ändrats så att denna till stora delar sammanföll med den nya lagens intentioner.

I ursprungsversionen av Läkarförbundets etiska regler (1951) stod: »Läkaren skall besinna sin plikt att skydda och bevara människoliv alltifrån dess tillkomst i moderlivet» (Regel IV). När nya re-

gler antogs 1968 löd regeln: »Läkaren skall besinna vikten av att skydda och bevara människoliv» (Regel III). Ingen tror väl att Läkarförbundets regeländring framkallade den nya lagen. Snarare var det så att regeln ändrades efter berörda läkares påpekanden att den ursprungliga formuleringen stred mot aktuell lag och praxis och egentligen var obsolet redan vid tillkomsten.

**Thomas Flodin** förstår inte vad jag menar med läkaretikens olika sidor. Jag återgår därför till giftfrågan och antiken. Under denna fanns en utbredd rädsla för läkaren som giftblandare. Plinius d ä ansåg t ex att läkare var »ostraffade brottslingar«, vilkas kunskaper gjorde dem ägnade till giftmördare. I en av de av mig återopade medicinhistoriska artiklarna påpekas att läkares under ed givna uttalande mot givande av gift också måste ses mot denna bakgrund och innebar ett stärkande av yrkesrollen gentemot beskyllningarna [3]. Patienterna skulle inte vara rädda för att deras läkare skulle förgifta dem, ty dessa hade svurit inför gudarna att inte ge dödande gift.

**De flesta västerländska** läkarorganisationer, inklusive Sveriges läkarförbund och World Medical Association (WMA), antog sina första etiska regler under mycket speciella omständigheter, nämligen efter avslöjandena av läkares deltagande i den tyska naziregimens illgärningar. Man var angelägen att ge reglerna offentligt publicitet. Tror Thomas Flodin verkligen att reglernas budskap enbart riktade sig inåt mot läkarna själva? Var de inte minst lika mycket en marknadsföring utåt för att visa var professionens organisationer stod? I många länder hade man ju redan, sedan länge, till ordo valet snarli-



Min avsikt var inte att propagera för eutanasi eller läkarassisterat självmord. Men kritiska och sakupplysande synpunkter behöver inte automatiskt kopplas till åsiktspropaganda, skriver Nils O Sjöstrand. (Faksimil från replikskiftet i Läkartidningen 35/2007, sidan 2445.)

ka eder eller löften i samband med examination eller legitimation, varför i dessa länder läkarorganisationernas regler knappast kunde förväntas tillägga särskilt mycket vad gäller det normerande.

Yrkesetiska regler har alltid inneburit upplysning utåt väl så mycket som inåt. Denna självklarhet trodde jag inte en facklig förtroendeman behövde upplysas om.

Det kan tilläggas att många naziläkare kunde sin Hippokratens men tolkade eden som vore det folkstammen, rasen, som skulle värnas. Eden är inte så modernt individcentrerad som många tror. Åtskilligt i den pekar däremot på dess ursprung i antikens patriarkaliska samhällsstrukturer.

**Jag skrev mitt** inlägg av tre skäl. De två första är givna ovan i gensvarets ingress. Det tredje gällde ledarens etik-konsultmässiga bruk av ordet »värdegrund«. Min avsikt var inte att propagera för eutanasi eller läkarassisterat självmord. Det får övertygelsevis göra. Jag anser att kritiska och sakupplysande synpunkter inte automatiskt behöver kopplas till åsiktspropaganda. Men på Thomas Flodins anmodan delger jag gärna min syn på problematiken.

**Sedan min studietid** har tre huvudlinjer funnits i eutanasi-debatten. En är att eutanasi och läkarassisterat självmord skall legaliseras av humanitära skäl och människors önskan därom skall respekteras. Förespråkarna för den linjen,

som mestadels lett debatten, utgår från en humanistiskt övertygelsefotad »värdegrund«.

Mot denna ståndpunkt står uppfattningen att handlingarna strider mot principen om människolivets okränkbarhet. Den linjens förespråkare utgår oftast från en »värdegrund« byggd på religiös övertygelse.

Den tredje linjen vill jag kalla det pragmatiska motståndets. Företrädarna för detta saknar, till skillnad från den andra linjens förespråkare, en fast »värdegrund« moralisk övertygelse om att åtgärderna är fel, men de ställer sig skeptiska till dem av en rad olika skäl, såsom att det ofta är svårt att veta vad patienten innerst inne vill; att beslutet blir oåterkalleligt; att man är rädd för att ett tillåtande kan leda till en eskalering där helt andra skäl än patienternas uttalade önskningsar kommer att styra dödandet (såsom skedde i Tyskland); att detta kan leda till rädsla för läkarna och sjukvården hos många gamla och sjuka; att en eutanasi-praktik kan leda till avtrubning hos dem som sysslar därmed; att läkare kan tvingas till åtgärder som strider mot deras vilja; att anhörigas, samhällets och vårdkollektivens önskan att befrias från krävande åligganden skall få genomslag, osv.

**Min ståndpunkt** har ända sedan studietiden sammanfallit med den tredje linjens, och där har de flesta kollegor som jag känner också stått. Under min tid som förtroendeman i

Läkarförbundet hörde jag säl-  
lan de andra linjernas argu-  
ment nämns 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 avvaka-  
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 sättet  
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 eldsvådar 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 uppringd 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** cytostatikabehandling 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 B<sub>12</sub> 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