

Sjukskrivningsreglerna en modern ättestupa

Som läkare har vi lärt oss reglerna att »bota, lindra, trösta» och »primum non nocere» (ungefär = främst gäller: att inte skada). Vidare att sätta patientens hälsa som främsta mål; att besinna vikten av att skydda och bevara människoliv; att respektera patientens rätt till självbestämmande och vad denne beslutat om sig själv.

Vi ska alltså företräda patienten. Detta framgår av våra etiska regler i olika former.

Jag kan inte se att vi med de aktuella sjukskrivningsreglerna längre har möjlighet här till.

Jag kan inte se att vi i den aktuella situationen i något avseende har möjlighet att följa regelverket samtidigt som vi följer våra etiska regler.

Enligt de nya sjukskrivningsreglerna har en sjuk människa inte rätt till sjukskrivning om han/hon skulle kunna utföra något på marknaden normalt sett förekommande arbete – oavsett om detta arbete existerar eller ej, oavsett var det finns och oavsett om lämplighet eller fallenhet för detta arbete föreligger. Kan du utföra detta teoretiskt – men inte i praktiken – existerande arbete, ska du friskskrivas och »stå till arbetsmarknadens förfogande», vilket vanligtvis i klartext betyder arbetslöshet.

Var och en vet att ingen arbetsgivare med självbevarelsedrift riskerar att behöva betala 28 dagars sjukskrivning och få på sig rehabiliteringsansvaret för en sjuk nyanställd.

Nästa steg är, om du har tur, A-kassa eller KAS, i annat fall socialbidrag. Har du otur får du ingenting av allt detta.

Till denna process förmodas vi som läkare bidra genom att utfärda intyg där vi svarar på frågor av typen: Skulle patienten kunna utföra något på marknaden förekommande arbete och i så fall i vilken utsträckning.

Det föreligger alltså en djup konflikt mellan vår yrkesetik och de regler vi av samhället är satta att följa.

Som läkare förmodas vi vara delaktiga i att stjälpa våra patienter – och det drabbar framför allt de långvarigt sjuka – och kasta dem in i ekonomisk misär och i mänsklig och social katastrof. Detta kan inte vara



förenligt med de regler vi främst är satta att följa.

Det finns skrämmande exempel på läkare som följt myndigheternas anvisningar till punkt och pricka och som utan moraliska betänkligheter medverkat till att förpassa människor till gaskamrar och tortyr. Låt oss inte göra om misstaget. Jämförelsen kan förefalla drastisk. Faktum är att det endast är en gradskillnad vad beträffar den djupare etiska-yrkesmässiga konflikten.

Det vi ser idag är en modern variant av ättestupan.

Jag ber därför läkarförbundet att skyndsamt se över denna fråga.

Lena Hultman
leg läkare,
Offerdal

Kommentar

Alla har vi liksom Lena Hultman sett hur Sveriges ekonomiska kris medfört nedskärningar och snävare kriterier i rätten till ersättningar i socialförsäkringssystemet. Också möjligheterna att erbjuda varje patient en optimal vård har beskurits.

Vad gäller sjukvården har Prioriteringsutredningen nyli-

»Också möjligheterna att erbjuda varje patient en optimal vård har beskurits.»

gen diskuterat den etiska plattformen för fördelningen av vårdresurserna. På motsvarande sätt kan och skall läkare i kraft av sin medicinska sakkunskap medverka till att prioritera i de ekonomiska ersättningssystem där medicinska faktorer är avgörande. Att följa läkarettikens regler innebär också att »i intyg och utlåtande uppges endast vad han efter noggrann prövning anser sig kunna styrka».

Man kan verkligen ställa frågan om sjukförsäkringen längre innebär ett ekonomiskt skydd vid sjukdom. Men den frågan faller inte inom läkarettiken.

Jag ser därför inte någon djup konflikt mellan läkares yrkesetik och från tid till annan växlande kriterier för rätten till sjukpenning.

Johan Carlson
ordförande i etik- och företröenderådet

Läkartidningens författar-anvisningar publicerades senast i nr 42/96. De kan även beställas från sekretariatet.

Ampicillinestrar miljövänligast

I en medicinsk kommentar konstaterar Mats Kalin och medarbetare [1] en stigande frekvens av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin. Dessa tillhör ofta multiresistenta stammar, vars spridning gynnas genom tillförsel av bland annat trimetoprim-sulfa. Trots sin beteckning är de fortfarande känsliga för höga doser penicillin, varför författarna rekommenderar att otit och siunit i första hand skall behandlas med penicillin V och vid terapivikt med amoxicillin.

Tyvärr diskuterar de inte ampicillinestrarna som ger samma antibakteriella effekt men från ekologisk synpunkt är att föredra då de minskar risken för resistensutveckling [2].

Skonsamma

Ampicillinestrarna pivampicillin och bakampicillin absorberas båda så gott som fullständigt [3]. De utövar själva ingen antibakteriell effekt men i samband med absorptionen spjälkas de till aktivt ampicillin. Dessa preparat är därför skonsamma mot normalfloran i munslemhinnan och tarmen [4, 5, 6]. De synes minska risken för resistensutveckling [7].

Amoxicillin absorberas lika bra som estrarna [3], men skiljer sig genom sin direkta antibakteriella aktivitet. Liksom ampicillinestrarna förorsakar amoxicillin förhållandevis sällan Clostridium difficile-inducerad diarré [8]. I en metaanalys omfattande mer än 8 000 behandlade patienter konstaterade Folke Nordbring att diarré uppträdde hos 1,2 procent efter behandling med bakampicillin, 1,4 procent efter pivampicillin, 2,2 procent efter amoxicillin och 12,0 procent efter behandling med ampicillin [9].

Ekologiska störningar

Härutöver tillhandahålls amoxicillin även i kombination med klavulansyra. Klavulansyran hämmar flertalet betalaktamaser utom den typ som kan induceras i Enterobacter, Serratia, Morganella m fl [10]. Amoxicillin/klavulansyra förorsakar avsevärda ekologiska störningar. När unga kvinnor behandlats för cystit uppträdde sålunda Candida-vaginit hos 14 procent en vecka efter avslutad behandling [11].

I jämförande studier med andra preparat orsakade amox-

icillin/klavulansyra diarré hos 19–23 procent av de behandlade [12, 13]. Den resistensutveckling som pågår bland pneumokockerna orsakas ej av betalaktamas, varför tillägg av klavulansyra ej förstärker amoxicillinets effekt.

Normalfloran skyddar oss mot infektioner. Den skadas minst av ampicillinestrarna. Dessa bör därför väljas vid ampicillinbehandling för att minska risken för resistensutveckling.

Stig Cronberg
docent,
infektionskliniken,
Universitetssjukhuset
MAS, Malmö

Referenser

1. Kalin M, Eriksson M, Mölsted S, Prellner K. Antibiotikaresistensen hos pneumokocker ökar. Handläggning av luftvägsinfektioner och meningit. *Läkartidningen* 1997; 94: 1061-8.
2. Sjövall J, Huitfeldt B, Magni L, Nord CE. Effect of beta-lactam prodrugs on human intestinal microflora. *Scand J Infect Dis* 1986; suppl 49: 73-83.
8. Eriksson S, Aronsson B. Cefalosporiner oftast utlösande faktor vid *Clostridium difficile* infektioner. *Läkartidningen* 1991; 88: 3374-9.
9. Nordbring F. Review of side-effects of aminopenicillins. *Infection* 1979; 7 suppl 5: S503-6.
13. McCarty JM, Phillips A, Wiisanen R. Comparative safety and efficacy of clarithromycin and amoxicillin/clavulanate in the treatment of acute otitis media in children. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12: S122-7.

Övriga referenser kan erhållas från Stig Cronberg, Infektionskliniken, Universitetssjukhuset MAS, 205 02 Malmö.

Påminnelse om blödningsrisk vid mediciner med diklofenak

Vid öron-, näs- och halskliniken vid Nyköpings lasarett registreras sedan flera år komplikationer i samband med den operativa verksamheten. 1995 noterades en efterblödning vid totalt ca 1 050 operativa ingrepp. En tredjedel vardera av dessa utfördes i öppen vård, lika stora andelar i slutenvård respektive som dagkirurgi.

I början av 1996 infördes

som ett led i förbättrad postoperativ smärtlindring efter förslag från anestesivdelningen diklofenak som premedicinering vid bl a abrasion av adenoida vegetationer och tonsillektomi eller dessa ingrepp kombinerade.

Under året noterades ett ökat antal fall av per- eller postoperativ blödning. Sammanlagt har under 1996 sju sådana komplikationer registrerats. I sex av dessa fall hade patienten erhållit diklofenak i premedicineringen. Detta har nu upphört vid kliniken.

De patienter som redan intraoperativt uppvisat ökad blödningsstendens har postoperativt i fritt skede koagulationsutretts utan patologiska fynd. Biverkningsanmälan är inlämnad till Läkemedelsverket.

Ovanstående observation vid vår klinik bör tjäna som en påminnelse om blödningsrisken med diklofenak. Ökad blödningsstendens kan förekomma redan intra- eller omedelbart postoperativt. Att diklofenak givet postoperativt och även vid många andra smärttillstånd är ett utomordentligt läkemedel rätt använt bör dock understrykas.

Anders Flodström
klinikchef, ÖNH-kliniken,
Lasarettet, Nyköping

Seriös debatt om eutanasi kräver sakliga motargument

»En seriös debatt» om eutanasi säger P C Jersild att han önskar sig (*Läkartidningen* 13/97). Vad är då en seriös debatt?

En seriös debatt förs när debattörerna bemöter argument med sakliga motargument, när de återger citat korrekt, när de inte går på person utan endast på sak och, inte minst, när tonen i diskussionen andas en respekt för andras mening.

Jersild tillämpar inte reglerna för en seriös debatt när han låtsas att jag enbart grundar mitt argument om ett okontrollerat dödande i Nederländerna på en skönlitterär produkt. Nej, jag använder endast den boken för att belysa verklighetsbaserade fakta, med en referens ur

British Medical Journal [1]. Jersild bemöter inte de fakta jag för fram, inte heller kommenterar han de tidigare uttalanden av honom som jag citerade.

Ämnet eutanasi är svårt, men viktigt. En »seriös debatt» innebär emellertid inte detsamma som enbart Jersilds åsikter.

Susanne Ringskog
överläkare, psykiatriska
kliniken, Ystad

Referenser

1. Sheldon T. Euthanasia reporting is increasing but still low. *BMJ* 1996; 1313: 1423.

Medicinen behöver kritisk reflektion!

Dagens sjukvård befinner sig i ett omvälvande skede med kraftiga strukturella förändringar. Ekonomisk åtstramning har medfört ett större utrymme för hälsoekonomiska överväganden och ett kostnadseffektivt handlande. Samtidigt har den kritiska granskningen av vården ökat. Trots ökande teknologiska framsteg hävdas dock att alltfler patienter är missnöjda.

Sjukvårdsorganisationen idag är oftast sådan att utrymme för besinning och eftertanke inte finns för den enskilde läkaren. Samtidigt är förmodligen behovet för kritisk reflektion större i tider av brist på resurser. Man måste få tid att fundera över sitt eget agerande. Vad är medicinskt och etiskt rätt och försvarbart?

För att kunna göra detta på ett värdefullt sätt måste man veta i vilken tradition man verkar. Hur har andra läkare tänkt före mig? Har de befunnit sig i liknande situationer och hur har de agerat? Finns det bra och dåliga förebilder? Hur tillägnar man sig konsten att vara läkare?

Studera medicinens historia

Det är vår uppfattning att ett, av flera, goda hjälpmedel då är att studera medicinens historia. Inte för att heroisera och idyllisera det förgångna – utan för att kritiskt granska och

problematisera – med sikten inställt mot vår egen tid. Först då är ämnet nyttigt i den medicinska utbildningen. Medicinhistoria erbjuder det forum för kritisk reflektion varje läkare behöver. Medicinhistoria i denna tappning är tvärvetenskaplig och en mötesplats för läkare, historiker, filosofer, administratörer, sjuksköterskor, hälsoekonomer, etiker m fl. Syftet är att genom den historiska bakgrunden förstå vår egen tid och dess utmaningar. Syftet är vidare att klarlägga de egna uppfattningarna i bl a synen på hälsa och sjukdom, lidande och död.

SK-kurs i medicinens historia, etik och filosofi

Våra erfarenheter från SK-kursen Medicinens historia, etik och filosofi i Lund hösten 1995 var mycket goda.

Behovet av att få begrunda och frimodigt ventilera sina funderingar är uppenbart stort, vilket även senare seminarier vid avdelningen för medicinens historia (Lund) visat.

När nu den omnämnda SK-kursen åter ges i november vill vi uppmana medicinska verksamhetschefer att stimulera sina yngre kolleger att delta. Fritt kritiskt tänkande, eftertanke och ifrågasättande är vitala delar i sjukvårdens kvalitetssäkring – såväl i renodlade medicinska som etiska frågor.

Carl-Magnus Stolt
med dr,

Peter Nilsson
docent,
avdelningen för
medicinens historia,
institutionen för
samhällsmedicinska
vetenskaper,
Lunds universitet

Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.