

Kommittén träffades i Uppsala och bestod endast av de tre undertecknarna. J Axel Höjer var inte inblandad, berättar Jan Waldenström i en intervju november 1995. Genom att välja så få som tio hoppades de att »inte stöta folk för mycket».

»Många kollegor blev direkt förbaskade», minns Waldenström [3].

»Eden i bollhuset», Medicinska föreningens möte den 22 februari och Lunds studenters kårmöte den 6 mars i Lund följde så.

Vid Sveriges läkarförbunds extra fullmäktige den 25 mars 1939 avtog Läkarförbundet den av Kommittén för landsflyktiga intellektuella gjorda framställningen. Man startade en frivillig insamling för transmigration (resa till andra länder) samt bidrag till äldre läkare. De skulle inte få utöva läkaryrket i Sverige. Läkarförbundet kunde vidare tänka sig att enstaka högt förtjänta medicinska forskare fick arbeta vid teoretiska vetenskapliga institutioner [4].

Dokumentation till utställning sökes

Lunds studentkår bad våren 1997 det judiska folket om ursäkt för kårmötet och anslag medel till en utställning och dokumentation som sköts av Akademiska föreningens arkiv.

Undertecknad deltar i projektet och vi söker nu vittnesmål och material om kårmötet i Lund men även om de andra mötena. Vi söker även källmaterial, särskilt Medicinska föreningens i Stockholm protokoll från 1936 till den 3 oktober 1939, som saknas i MFs arkiv.

Intresserade kan skriva till Akademiska föreningens arkiv och studentmuseum, Sandgatan 2, 223 50 Lund.

Utställningen planeras öppna den 6 mars 1998.

Erik Dahlman
AT-läkare,
psykiatriska kliniken,
Helsingborgs lasarett

Referenser

1. Björck G. MF och läkarimporten. Medicinska föreningens tidskrift 1939; 2: 48.
2. Skrivelse från kommittén för landsflyktiga intellektuella. Svenska Läkartidningen 1939; 7: 360-2.
3. Dahlman E, Strandberg C. En generande historia för Lund. Lundagård 1995; 9/10: 16-7.
4. Hjälpa åt landsflyktiga läkare. Svenska Läkartidningen 1939; 20: 1038-40.

Snus ej ofarligt!

I Dagens Nyheter den 2 februari i år yppade Olof Edhag, Socialstyrelsen, viss tvetsamhet inför den betydelse som snusnikotin – via hypertoni, förhöjd hjärtaktivitet och sämre blodfetter – eventuellt kunde ha för hjärt-kärlsjukom. Detta framkom även i hans insändareplik i Läkartidningen 10/97 sidan 812. Olof Edhag önskade sig där också fler studier i ämnet.

Det är därför med intresse man nu noterar att Gunilla Bolinder, Karolinska sjukhuset i sin artikel i Läkartidningen 42/97 utifrån epidemiologiska registerdata funnit »en måttligt ökad risk för hjärt-kärlsjuklighet/död hos individer med långvarigt snusbruk, men lägre risk än för rökare». Relativ risk (RR) beräknas till 3,3 för rökare och till 1,4 för snusare, vilket senare innebär ca 1 400 hjärt-kärl dödsfall/år.

Jag hoppas nu, att även Socialstyrelsen och dess tjänstemän tar del av dessa fynd och slutsatser!

Roland Levin,
distriktsläkare, Överum

Replik

Jo.
Olof Edhag
överdirektör,
Socialstyrelsen

Smärtstillande medel saknas i ambulanser

I den nyligen genomförda debatten om ambulanssjukvården vill jag göra en kommentar från »fältet».

För tre veckor sedan, en söndag, på hemväg från svamplockning i Sigtunatrakten blir jag stoppad på grund av en olycka. MC-föraren körde på bakkdelen av en utkörande bil från en liten skogsväg och hamnade 30 m bortom kollisionplatsen på vägbanan. På grund av bra hjälm klarade sig huvudet efter slag mot asfalten, men vänster arm var allvarligt bruten, med svår smärta som följde.

Ambulans kom inom kort. Vid försök att hjälpa fann jag att ambulansen inte hade smärtstillande medicin (typ morfin, petidin) utan bara lustgas 50 procent = verkningslöst. Det borde åtminstone finnas Doktors kit som på flygplan i våra ambulanser.

Varför finns inte verksamt smärtstillande medel i våra ambulanser!

Hans Åström
docent,
Stockholm Heart Center

PS efter 30 minuter kom ambulanshelikopter med läkare och sjuksköterska som föredömligt tog hand om den skadade. DS

Eutanasi, att själv få bestämma

Med anledning av att en kollega och god vän till mig avled efter en lång och svår cancersjukdom skrev jag en insändare i Läkartidningen 34/97 med synpunkter på eutanasi och svensk lag.

Ovanstående kollega hade efter en längre tids intensivvård på sjukhus räddats till livet efter ett allvarligt menat suicidförsök, trots att man på lasarettet kände till patientens långvariga och ej längre behandlingsbara cancersjukdom och hans vilja att få dö med värdigheten i behåll. Förmodligen vågade man på sjukhuset ej låta bli att behandla, för att ej bryta mot lagen och kanske bli åtalad. Hjälpa att få dö är nämligen ej tillåten.

Död under narkos

Nyligen inträffade ett i medierna refererat fall där en äldre kvinna med ett inoperabelt tarmgangrän fick en för stor dos narkosmedel vid operationens slut och dog. Åtal kommer troligen att väckas mot den ansvarige narkosläkaren. Med anledning härav följande reflexioner:

Antag, att du, läsare, själv var patienten med det inoperabla tarmgangranet. Att du fortfarande sov efter ingreppet. Att du själv kunde välja mellan tre alternativ:

1. Vakna på avdelningen

och få smärtstillning efter behov de timmar eller möjligen få dagar som återstod.

2. Hållas nedsövd den återstående livstiden.

3. Få en dödanande dos narkosmedel och aldrig vakna.

Vad skulle du välja?

Eller för att vända på problemet. Antag att du i stället för att vara patient vore behandlande läkare. Antag att din patient med tarmgangrän före operationen önskade att ej behöva vakna efter operationen om hon var inoperabel. Hur skulle du då handla som läkare. Skulle du låta patienten vakna efter operationen eller skulle du följa patientens yttersta önskan? Med risk för åtal?

Rätten att underlåta

Som studerande samt som yngre underläkare lärde jag mig att dödshjälpa var förbjuden, men att det av humana skäl ibland var befogat att genom underlåtenhet hjälpa patienten till en snabbare död. Man kunde underlåta att försöka återuppliva patienter med hjärtstillestånd, man kunde låta bli att använda respirator, låta bli att ge antibiotika, underlåta att utföra hemodialys, ej ge intravenös vätska eller näring etc.

Det ansågs tillåtet att överdosera smärtstillande medel även om man därigenom påskyndade döden.

Det ansågs viktigt att formulera daganteckningarna i journalen så att man icke kunde bli anmäld eller åtalad för eutanasi. (Eutanasi betyder egentligen god död men brukar ofta användas synonymt till dödshjälpa).

Att själv få bestämma

I likhet med ledaren i Läkartidningen 43/97 tycker jag att en ny utredning i fråga om vårdens slutskede bör göras. Jag tycker även att man inte kan underlåta att åter ta upp frågan om eutanasi. Troligen tycker flertalet människor i Sverige numera att patienten själv skall ha rätt att bestämma över sin kropp, över sin sjukvård och – när man så vill – även över sin död. Jag tror att det skulle lugna många oroliga människor om de visste att eutanasi var tillåten på patientens egen begäran. Att hjälpen fanns när alternativen, det naturliga döendet, uppfattas som sämre eller till och med outhärdligt och ovärdigt.

Hans Reichard
pensionerad
f d medicinöverläkare,
Stockholm