

Irrelevant jämföra manlig omskärelse med Jehovas Vittens vägran att ta emot blod

■ Det förvånar att en erkänt kunnig professor i psykiatri som Lars Jacobsson (Läkartidningen 23/01, sidorna 2851-4) jämför manlig omskärelse generellt – och därmed den speciella judiska omskärelsen – med väsensskilda fenomen som kvinnlig omskärelse och Jehovas Vittens ovilja att ta emot blod.

Emotionellt förledande

Det är lika insiktsfullt som att jämföra manlig och kvinnlig menstruation. Det är därför emotionellt förledande. Jag utgår ifrån att Lars Jacobssons avsikter är goda, med ambitionen att upplysa och vägleda. God vägledning kräver dock

mer kunskap om det man avråder ifrån, än vad som uppenbarligen varit fallet denna gång.

Ämnet är förmodligen alltför omfattande och komplext – dessutom känsloladdat – för att i en tidningsartikel kunna redovisas informativt nog att duga för ett kompetent ställningstagande. I sådana lägen är det förstås bättre att på ett seriöst sätt inhämta erfarenheter än att dra förhastade slutsatser.

Roland Loeffler

*rådgivare åt företagsledningar
och organisationer, Stockholm
ROLAND@LMM.SE*

Replik:

Sjukvården bör vara mera normgivande

■ Roland Loeffler ifrågasätter min kunskap om judisk omskärelse, och menar att det är fel att diskutera manlig omskärelse samtidigt med den kvinnliga omskärelsen och Jehovas Vittens ovilja att ta emot blod.

Alltför stor acceptans

Exemplen var valda utifrån ett grundläggande resonemang om att hälso- och sjukvården borde vara mera normgivande i vissa sammanhang än vi hittills har varit. Det har funnits en, enligt min mening, alltför stor förståelse (acceptans) för vissa typer av kulturellt betingade företeelser som har direkta och ibland katastrofala följder ur medicinsk synpunkt.

Såg 2-årig frisk pojke dö efter omskärelse

Om man som jag varit med om att se en frisk 2-årig pojke dö i komplikationer efter omskärelse och dessutom varit med om att förlösa omskurna kvinnor och försöka behandla långtidskonsekvenser av kvinnlig omskärelse, tror jag mig ha en viss erfarenhet av båda dessa fenomen. (Jag arbetade två år som läkare på ett distriktssjukhus i västra Etiopien i min ungdom, och har sedan dess ett forskningssamarbete med kolleger i Etiopien, och har utifrån mitt medicinskt-etiska intresse funderat mycket över omskärelse och andra kulturellt betingade företeelser).

Inga rationella skäl för omskärelse

Det är mot den bakgrunden som jag så småningom har kommit fram till den uppfattning jag redovisade i Läkartidningen. Det finns inga rationella skäl till

att ägna sig åt vare sig manlig eller kvinnlig omskärelse och att inte ge blod i livshotande situationer.

Påverka attityder som hotar livet

Eftersom det är sjukvårdens uppgift att värna liv och rädda liv, tycker jag också att hälso- och sjukvården ska vara mera aktivt engagerad i att förändra attityder och beteenden som på olika sätt hotar livet eller begränsar livsutrymmet på olika sätt. Att ämnet är känsloladdat är jag mycket medveten om, men någonstans måste man börja. När det gäller den kvinnliga omskärelsen har ju inställningen svängt dramatiskt under senare år och nu finns till och med lagstiftning som förbjuder kvinnlig omskärelse.

Omskärelselagen opportunistisk

Jag hoppas att man inte ska behöva gå så långt när det gäller den manliga omskärelsen att den ska behöva förbjudas i lagstiftning. Förhoppningsvis kommer inställningen att förändras i och med att man börjar ifrågasätta företeelsen som sådan.

Det måste finnas andra sätt att inviga män i den judiska eller muslimska gemenskapen eller vad det nu kan gälla. Dessutom finns ju inte omskärelsen egentligen föreskriven i något av de grundläggande religiösa dokumenten.

Den nyss antagna omskärelselagen är ytterligare ett uttryck för politisk opportunist.

Lars Jacobsson

*professor, Umeå
Lars.Jacobsson@psychiat.umu.se*

Tack för bättre remisser om feta!

■ För några år sedan gjorde vi i Läkartidningen ett debattinlägg, där vi ondgjorde oss över det faktum att svenska läkarkåren hade så dåliga kunskaper om fetma att man remitterade patienter för omhändertagande på en specialistklinik för viktproblem utan att ens bry sig om att uppge längd och vikt, än mindre ange BMI (Body Mass Index, kg/m²) som underlag för en specialistbedömning.

Nästan alla remisser bra

Det känns angeläget att nu kunna rapportera att en klar förändring till det bättre skett under de senaste åren. Tidigare konstaterade vi att kanske 7 procent av remisserna uppfyllde anständiga krav på utförlighet vad avsåg anamnestiska data och faktiska längd- och viktuppgifter.

Vi menade att ingen remitterar en hypertoniker utan att uppge blodtryck eller sänder en diabetiker vidare utan att beskriva blodsockerläget och den aktuella terapin.

När vi nu går igenom det 40-tal remisser som varje vecka inkommer till vår enhet, konstaterar vi en helt förändrad bild. Praktiskt taget alla våra remisser innehåller uppgifter om längd och vikt, och i nästan samtliga fall har BMI-värdet räknats ut.

Kompletterande uppgifter finns med

Det är tänkbart att läkemedelsindustrin nu har försett läkarkåren med så mycket BMI-snurror att detta går rutinmässigt. I så fall är vi de första att tacka och ta emot, eftersom det dramatiskt har förändrat våra möjligheter att bedöma vad som kan göras till patienternas bästa.

Våra kolleger har också förstått att beskriva de komorbiditeter och komplikationer som är viktiga för att klargöra på vilket sätt viktreduktion kan vara en angelägen och effektiv terapimetod. Uppgifter om psykofarmaka, som kan påverka viktutvecklingen, finns nu oftast med, den metabola situationen framgår, och de psykosociala konsekvenserna är i allt större omfattning beskrivna.

Vi kan bara glädja oss över det faktum att ökad medvetenhet om den globala fetmaepidemins explosion eller kanske till och med våra försynta insatser bidragit till denna positiva utveckling.

Yvonne Linné

doktorand, AT-läkare

Stephan Rössner

*professor, överläkare; överviktsenheten,
Huddinge Universitetssjukhus*