

dersökning visade det sig att nära 40 procent av svenskarna var för dödsstraffet. Bland ungdomarna var nästan 50 procent för. Detta bör därför inbjuda till viss ödmjukhet och försiktighet innan man börjar tala om att starta en »opinionsbildning« av en hel yrkeskår.

Själv är jag en övertygad förespråkare av dödsstraff efter att ha studerat ämnet i flera år. Jag är förespråkare främst utifrån rättvis- och människovärdesprincipen. Och jag kan inte se ett enda hållbart skäl till varför just den som har läkarutbildning skulle behöva ta ställning emot dödsstraffet.

Replik:

Läkarnas organisationer måste ta avstånd från läkares medverkan i dödsstraff

■ Dödsstraffet baseras på en barbarisk vedergällningsprincip som var och är förhärskande i vissa samhällsstrukturer. Straffets förespråkare kan hämta inspiration från Gamla Testamentet och framåt. Idéhistorikern Karin Johannisson har på ett bra sätt beskrivit läkarnas roll i dödstraffsrättsliga sammanhang.

Offentliga anatomier

I Sverige och ute i Europa användes den dödes kropp i så kallade offentliga anatomier. Kroppen dissekerades, ofta i seanser, under flera dagar. När dissektionen genomförts hade den döde full tillfullo sonat sitt brott och kunde begravas under högtidliga former, ibland under kyrkans hägn. Johannisson använder termen straffanatomier – straffet av kroppen fortsatte till och med efter döden.

Läkaren Guillotin reagerade på att halshuggningarna ofta genomfördes på ett oskickligt och klumpigt sätt. Ibland var brodet alltför alkoholpåverkad för att kunna klara sin uppgift och fick rikta åtskilliga slag mot offrets hals innan huvudet kunde skiljas från kroppen. Därvid skapades guillotine – det effektiva avrättningsredskapet – som också användes i Sverige.

Läkare har ansvar att debattera

Det är uppenbart att också läkare medverkat till skapandet av den modernaste formen av avrättning, den genom injektion av substanser som leder till döden.

Mengele var i andra världskrigets Tyskland den kanske mest beryktade läkaren som ställde sig i massavrättnings- eller masslikvidationens tjänst i förintelslägren. Läkare – och för den delen präster – har alltså alltid funnits med i och kring avrättningsprocedurerna.

Det är nog moraliskt riktigt att i sin läkarroll inte befatta sig personligen med en procedur som leder till en människas död; det går också emot läkaretiken (jämför eutanasidebatten).

Men att därifrån dra konsekvensen att läkaren även principiellt måste vara emot dödsstraffet som legitim och rättfärdig straffpåföljd för de mest hänsynslösa våldsvärkare tyder på brister i kunskapen om frågans komplexitet.

David Anderson

författare, Nyköping

Det är därför naturligt att läkaren även i dag måste ta ett ansvar för att debattera dödsstraffet och dess vara eller icke vara.

Läkarens roll i processen

I det moderna samhället kan läkaren tänkas träda in i flera faser av den straffrättsliga processen.

Första fasen är att kunna vara med och bestämma om huruvida en person som begått ett brott överhuvudtaget kan bli föremål för dödsstraff. Finns en psykisk sjukdom av allvarlig natur eller en tillräckligt omfattande utvecklingsstörning hos individen i fråga kan det juridiskt bli så att dödsstraff inte kan utmätas.

Andra fasen är straffets genomförande. Genom att förbereda och se till att ett injektionsförfarande sker på ett optimalt sätt.

Tredje fasen är konstaterandet av dödens inträde. I de flesta samhällen är denna procedur noggrant reglerad i lag och innefattar en bedömning av en läkare att döden inträffat och ett angivande av orsaken till döden.

Läkare måste ta avstånd

Det finns säkert många andra som bättre än jag kan förklara varför dödsstraffet är en olämplig form av straff.

Det viktigaste nu är emellertid att läkarnas internationella organisationer klart tar avstånd från att läkare medverkar i och kring dödsstraffet. WMA, World Medical Association, kan i detta sammanhang inta en central roll

Torbjörn Jonson

distriktsläkare, Halmstad

Nuvarande förpackningsstorlek för paracetamol är praktisk för många

■ I ett korrespondensinlägg i Läkartidningen 28–29/01 (sidan 3258) har frågan om förpackningsstorleken på paracetamoltablett vid handelsköp på apotek debatterats.

Säkerhetsfrågor kring paracetamol är en prioriterad fråga inom AstraZeneca Sverige AB och tillsammans med andra tillverkare har vi arbetat för att hitta säkra användningsföreskrifter. Tillsammans med Giftinformationscentralen har vi diskuterat hur vi skall hjälpa till för att minska risken för överdosering och missbruk.

Engelsk studie

Frågan om förpackningsstorlekar har aktualiserats efter publicering av en engelsk studie (Turvill och medarbetare, Lancet 2000;355:2048-9), som visade att risken för paracetamolintoxikation minskade i England efter det att nya regler infördes.

I England kan man sedan tre år endast köpa paracetamol utan recept i förpackningsstorlek 32 st på apotek och 16 st på övriga försäljningsställen. Tidigare fanns bl a 100-förpackningar att tillgå utan recept.

Denna reform infördes i Sverige för ca 10 år sedan och idag är största förpackning i apotekens självval 30 st. Ingen försäljning sker därutöver. Det är inte visat att en ytterligare minskning, till mindre än 30 tabletter per förpackning, skulle ge fortsatt reduktion av suicidrisken.

Ingen förändring av dödsfall

Resultaten från England är dessutom inte helt konklusiva. I en artikel från samma år (BMJ 2000;321:926-7) redovisar Denise Robinson och medarbetare att i Belfastområdet ledde förändringen till att patienterna hade tagit något färre antal tabletter vid engångsöverdosering, men inga förändringar av antalet dödsfall eller allvarliga leverskador noterades.

Liknande resultat presenterade CL Steen och medarbetare i juli 2001 i Prag då European League Against Rheumatism hade konferens. De utvärderade reformens konsekvenser för regionen Tayside i Skottland, och noterade ingen minskning av antalet paracetamolöverdoseringar. (The effect on toxicity of reducing the size of available paracetamol

pack sizes in the United Kingdom; CL Steen et al. The Annals of the Rheumatic Diseases, July 2001, 60: Suppl 1, SAT0243).

Skulle vara alltför opraktiskt

Att vi ännu inte valt mindre förpackningsstorlekar beror på att det, enligt vår erfarenhet, för de flesta användare skulle vara alldeles för opraktiskt. Paracetamol är ett mycket säkert och effektivt medel mot lindrig till måttlig smärta och med få kontraindikationer.

Detta gör att många väljer att ha paracetamol, t ex Alvedon, i »husapoteket» för familjens akuta behov. Att då bara kunna köpa 6–8 tabletter per förpackning skulle inte tillfredsställa våra kunders önskemål. Bipacksinformationen som medföljer varje förpackning är idag tydlig när det gäller dosering och varnar för felanvändning.

Johan Brun

medicinsk rådgivare,
AstraZeneca Sverige AB, Södertälje

Vilket utbyte ger PCR för M tuberculosis på lymfkörtelbiopsi?

■ PCR (polymeraskedjereaktionsteknik) är inom klinisk mikrobiologi väletablerad metodik för snabb och känslig påvisning av DNA från olika mikroorganismer, inklusive tuberkelbakterier. Metoden är väldokumenterad för tbc på luftvägsmaterial, där känsligheten med Cobas Amplicor Roche numera är 90 procent på oselektade och 100 procent på direktpreparat-positiva prov [1, 2].

Man vinner främst tid, PCR görs på en dag medan tbc-odling kan ta 3–6 veckor. Odling är å andra sidan referensmetod och kan inte undvaras: den ger möjlighet till resistensbestämning och epidemiologisk typning av individuella stammar. När det gäller finnålsbiopsi från lymfkörtel är antalet bakterier ofta relativt lågt, och PCR kan också inhiberas av vävnadsfaktorer, varför känsligheten endast är ca 50 procent [2].

Var är fördelen med PCR?

Vad vinner man då diagnostiskt med PCR jämfört med direktpreparat (DP) på material från nålbiopsi vid misstänkt lymfkörtel-tbc?

23 lymfkörtelprov var positiva i tbc-PCR under år 2000 på Karolinska sjukhusets mykobakterieavdelning. 21 av dem verifierades sedan med odling av M tuberculosis. I det ena odlingsnegativa fallet var en annan körtel från samma patient odlingspositiv; i det andra fallet hade kemoterapi givits, provet var DP-

positivt och kliniken typisk för tbc: båda räknas därför som sant PCR-positiva i denna sammanställning.

14 av de 23 proven var DP-positiva vilket styrkte den kliniska misstanken på körteltuberkulos: PCR bekräftade snabbt diagnosen. De 9 DP-negativa, dvs 40 procent, fick med PCR direkt en tbc-diagnos, som annars skulle ha fördröjts.

Icke-tuberkulösa (»atypiska») mykobakterier kan också ge lymfadenit, särskilt hos förskolebarn, men kliniska och epidemiologiska data ger en relativt säker preliminär diagnos [3]. Samtidiga hudtest med PPD-tuberkulin och Mycobacterium avium-sensitiv kan vara av värde, särskilt om PCR för M tuberculosis är negativ. Vid icke-tuberkulös adenit är ofta sensitivreaktionen i huden flera mm större än tuberkulinreaktionen.

Tidsvinsten gör PCR befogad

Vi anser att PCR är befogad på lymfkörtelpunktat vid misstänkt tbc både vid positivt och negativt DP på grund av tidsvinsten jämfört med odling. Man bör vara medveten om begränsningen i metodens sensitivitet, som dock ökar vid positivt DP på grund av den större bakteriemängden.

I vissa fall kan delvis kemoterapi behandlad, odlingsnegativ lymfkörtel-tbc verifieras med PCR.

Björn Petrini

docent, överläkare
bjorn.petrini@ks.se

Straff kan göra att misstag döljs

■ För ett par veckor sedan kunde man i Expressen läsa namn, ålder och arbetsplats på de läkare som varnats av Ansvarsnämnden. Det påminde om det gamla straffet att kedja fast äktenskapsbrytare på kyrkbacken till offentligt beskådande, ett straff som avskaffades med stigande upplysning.

Missade anmälan om fortsatt tvångsvård

Häromdagen läste jag i tidningen om en psykiater som missat att i tid skicka in anmälan till länsrätten om fortsatt tvångsvård. Anmälan skickades in två veckor för sent, kriterierna för tvångsvård var fortfarande uppfyllda, patienten blev kvar för tvångsvård och Socialstyrelsen har nu anmält läkaren till åtal.

I tidningen står det att läkaren förklarar sitt misstag med stor arbetsbelastning och att den person som normalt ska bevaka anmälan till länsrätten var sjuk. Lä-

karen medger det inträffade men förnekar brott.

Konsekvenserna för arbetsmiljön?

Vad innebär det för arbetsmiljön att misstag som skett, trots att man ansträngt sig och gjort sitt bästa, bestraffas med dessa plågsamma och kränkande repressalier eller leder till åtal för brott?

Naturligtvis måste läkare som inte klarar av sitt yrke hindras att praktisera, på samma sätt som piloter som inte klarar av sitt yrke hindras att flyga.

Men innebär inte dessa straff snarare en risk för patientsäkerheten i vården, genom att man kommer att försöka dölja misstag och avvikelser och absolut inte frivilligt rapportera dem?

Aina Brandell

överläkare,
Basenheten psykiatri, Sala

Mariana Cristea Fernström,

biomedicinsk analytiker;
avdelningen för klinisk mikrobiologi,
Karolinska sjukhuset,
Karolinska institutet

Referenser

1. Tönjumb T, Klintz L, Bergan T, Baan J, Furuberg G, Cristea M, et al. Direct detection of Mycobacterium tuberculosis in respiratory samples from patients in Scandinavia by polymerase chain reaction. Clin Microbiol Infect 1996;2:127–31.
2. Petrini B, Cristea M. Diagnostik av M tuberculosis med PCR på icke-luftvägsprov. Poster, vårmöte med sektionen för klinisk mikrobiologi, Malmö 2000.
3. Cristea M, Petrini B. Mykobakteriell lymfadenit. En aktuell differentialdiagnos oberoende av ålder. Läkartidningen 1993; 90: 1753–5.