

Häpnadsväckande påståenden, Tännsjö!

■ Torbjörn Tännsjö är filosof och teoretiker. Som sådan tycker han om att skriva, ofta för att väcka debatt. Det får betraktas som lovvärt, särskilt när det berör stora livsfrågor. Emellertid faller teoretikern ibland långt från den verklighet som utgör svensk sjukvård av idag.

Häpnadsväckande påståenden

I Läkartidningen 38/01 (sidorna 4082-3), »Redovisa öppet och journalför det faktiska bruket av dödshjälp«, gör Tännsjö en del påståenden som är fullständigt häpnadsväckande och naturligtvis saknar all täckning.

Tännsjö skriver: »Ty det är inte bara genom att läkare aktivt och avsiktligt dödar oss, då vi i själva verket skulle vilja leva vidare, som vi kan råka illa ut i sjukvården. Hur mycket enklare måste det inte vara att döda oss passivt (genom

att inte ge optimal behandling) eller aktivt ehuru oavsiktligt (genom att ge oss en riskabel palliation)! Sådana former av dödshjälp är ju väldigt vanligt förekommande i vårt land.«

Grovt övertramp

Var har Tännsjö stöd för detta påstående!? Vore det sant skulle naturligtvis personal, läkare och inte minst myndigheter reagera. Tännsjö gör med sina påståenden sig skyldig till ett grovt övertramp, som avslöjar hans totala brist på kunskap kring den svenska sjukvårdens verklighet och han riskerar därmed att inte bli tagen på allvar.

Björn Öjerskog

överläkare, kirurgiska kliniken,
SU/Östra sjukhuset, Göteborg
ojerskog@medmail.com

Replik:

Inlägget gällde inte missbruk av dödshjälp

■ Tonfallet i Björn Öjerskogs replik antyder att han missförstått de rader han citerar. Jag kanske har uttryckt mig oklart? Jag avser emellertid inte att i det citerade avsnittet säga att det är vanligt att människor tas av daga på svenska sjukhus, då de vill leva vidare.

Former för dödshjälp kan missbrukas

Vad jag säger är bara att de som fruktar den holländska formen av dödshjälp, då de tror att den kan göra det möjligt för läkare att aktivt och avsiktligt döda oss, då vi vill leva vidare, också måste frukta för att de former av dödshjälp som förekommer i vårt land (att man avstår från

att behandla, eller ger en sådan palliation att döden påskyndas) ska kunna missbrukas.

Det jag påstår är vanligt förekommande i vårt land är vissa former av dödshjälp, inte missbruk av dem. Jag har varken uttalat mig om frekvensen av missbruk av tillåtna former av dödshjälp i Holland eller i Sverige.

Kunde det jag skrev tolkas på annat sätt ber jag om ursäkt för mitt ordval.

Torbjörn Tännsjö

professor i praktisk filosofi,
Göteborgs universitet

Torbjorn.Tannsjö@stockholm.mail.telia.com

Arsenik och stryknin mot trötta ögon

■ Jag erhöll en journalkopia från 1966 på en av mina glaukompatienter, född 1922. Konsultation av ögonläkare då var föranledd av »Slöjor och flimmer för båda ögonen sedan en månad«. Patienten hade »Suttit och diffat en hel månad nu« (mikroskoperat).

Ögonläkarens utlåtande

I svaret noterat normalt ögonstatus, och följande bedömning görs: »Jag tror att symtomen beror på att hon fått ett ovant och för ögonen ansträngande arbete, och att det hela är att anse som ett trötthetsfenomen. Föreslås att man doopar henne, lämpligen med stryknin och gärna lite arsenik, som jag tycker brukar vara bättre än det vanliga vitaminblasket. Blir

hon inte bra då, tycker jag att hon bör få vila en vecka. Blir hon inte bra då heller, skulle jag vilja se henne igen.«

Arsenik mot MS

Jag vet att arsenik användes som en behandling vid multipel skleros ända in på 1950-talet och att mindre nogräknade hästhandlare ansetts använda arsenik för att (tillfälligt?) få fart på gamla hästar.

Jag undrar om någon kollega kan upplysa mig närmare om detta bruk av stryknin och arsenik?

Mats Söderström

docent, överläkare, ögonkliniken,
Huddinge Universitetssjukhus
mats.soderstrom@sankterik.se

Vad ska vi göra med våra liv?

Foto: IBL

Hur påverkas vi av att Tiden alltmer blir en bristvara?

■ Jag har senaste halvåret haft tid att fundera en del över existentiella frågor. Jag har arbetat som barnpsykiater och barnläkare i 30 år och under denna tid har det varit stora förändringar både vad gäller arbetsbelastning och typ av sjukdomspanorama.

Då fanns tid för lunchpromenad

När jag för 20 år sedan började i Norrtälje hade jag oftast tid för en promenad på lunchen och det fanns ofta en ledig halvtimme på dagen för att samla tankarna. Det var väsentligt lägre tryck på sommaren och det fanns tid i augusti-september för möten med samarbetspartner där vi planerade för kommande året.

Nu är det ett mycket högt tempo hela dagarna – året om. Den komprimerade lunchen liksom eventuella återbudstider fylls upp av alla telefonsamtal som ständigt väntar. Somrarna är lika fyllda som resten av året och det är inte tal om någon mjukstart när höstterminen börjar. Det är lika för alla som vi samarbetar med, så ingen orkar sätta av tid för planeringsdiskussion.

Förskjutning av problematiken

Det har också blivit en kraftig förskjutning av problematiken hos dem som söker oss. Väldigt ofta finns en social pro-



Annons

Annons

blematik, besvärlig skilsmässa, kamratsvårigheter, skolproblem, störning i identitetsutveckling m m. Bakom dessa bekymmer finns ofta föräldrar som inte orkar eller kan vara föräldrar då de själva balanserar nära gränsen för att orka med sig själva. Kanske har även de en ohållbar arbetssituation – antalet långtidssjukskrivna och utbrända ökar ju dramatiskt inom alla sektorer i samhället.

Mitt uppe i tankarna kring min egen arbetsmiljö konfronteras jag med rapporter om okontrollerat våld bland unga, inte sällan riktat mot gamla. Det är ständiga beskrivningar av meningslös skadegörelse, ett rått språkbruk bland barn och ungdomar, och nu senast våldsamma demonstrationer med allvarligt våld både från demonstranter och från polis.

Vi tycks vara på väg åt fel håll

Med detta i åtanke tycker jag att vi verkar vara på väg åt fel håll. Detta för mig tillbaka till mina tankar om existentiella frågor. *Vad ska vi göra med våra liv?*

En biolog skulle säga att vi ska fortplantera oss och föra släktet vidare, men det är då viktigt att avkomman – våra barn – kan inlemmas i samhället. Just nu tvivlar jag på att det går.

En teolog eller psykolog skulle nog ha andra svar, men jag tror inte de skulle lugna mig.

Ökad vanmakt och stress?

Om mina intryck stämmer, liksom larmrapporterna från olika delar av samhället, så tyder det på en ökad vanmakt och stress i samhället. Det är då lite märkligt att det inte förs en debatt om det och en analys angående orsakerna.

Har det med kravet på ständig tillväxt att göra?

Leder de gigantiska skillnaderna i levnadsvillkor mellan och inom länder till frustration både hos oss rika och hos de fattiga?

Kontakt med andra

Min tanke – och förhoppning – med detta inlägg är att få kontakt med andra som har liknande funderingar och att med hjälp av andra försöka få tillstånd en debatt med en tvärvetenskaplig ton och ett brett deltagande. Jag hoppas och tror att det går att påverka utvecklingen.

Tomas Engvall

barnläkare, Norrtälje

barnläkarmottagning, Norrtälje sjukhus

Tomas.Engvall@nts.sll.se

Sympatikuskirurgi – hur mycket biverkningar är godtagbara?

Åter har biverkningar efter sympatektomi för handsvett tagits upp i Läkartidningen. Som vanligt påpekar professor Lars Räf [1], expert i Patientskadenämnden, att höga krav måste ställas på informationen till patienterna före operation. Som vanligt slätar Boråskliniken [2] över biverkningarna, nu redan i undertiteln – »Patienterna nöjda trots besvärande biverkningar«.

Tidigare i år har två ytterligare dokument getts spridning: Patientinformation från Borås lasarett [3] samt Sammanställning av en enkätundersökning, från Föreningen för sympaticusopererade [4]. Innehållet i dessa fyra dokument uppvisar avsevärda skillnader.

Liten patientförening

Föreningen för sympaticusopererade (FfSo) är en liten patientförening på drygt 200 personer utan statsbidrag och utan egen tidning. Föreningens enkät har besvarats av 151 personer, 87 män och 64 kvinnor, opererade mellan 1972 och 1999.

Av de 151 personerna har 123 genomgått endoskopisk operation, 12 öppen kirurgi, 1 elektrolytisk blockad, och 2 endoskopisk + öppen kirurgi. Vanligaste indikation var handsvett 89 st, armsvett 33 st, rodnad 31 st, ansiktssvett 14 st.

Flertalet svarande i FfSos enkät anser att informationen före operation varit överslättande eller otillräcklig.

Antal utförda operationer

Uppgifter om antalet utförda operationer är motsägelserfulla. Drott och medarbetare [2] anger att 2 992 patienter opererats under åren 1989–1998 på Borås lasarett och Carlanderska sjukhuset i Göteborg (299 per år).

Men enligt Patientinformationen [3] har de sedan starten 1987 opererat fler än 5 000 patienter. Det skulle innebära att man under åren 1987–1988 och 1999–2000 opererade minst 2 008 patienter, dvs 500 per år. Är det verkligen möjligt?

Patientinformationen måste bli lidande

Enligt Räf [1] har endotorakal sympatektomi (ETS) utförts på mer än 4 000 patienter vid kirurgiska, neuro-, plastisk- och toraxkirurgiska kliniker över hela landet.

FfSo [2] räknar upp 29 sjukhus i Sverige, varav Borås + Carlanderska svarar för 52 procent av fallen. När ingreppet sprids över så många kliniker, blir det svårt att få en överblick över biverk-

ningarna, och patientinformationen måste bli lidande.

Hyperhidros

Räf räknar upp olika komplikationer i samband med ETS, med särskild tonvikt på »kompensatorisk svettning«, tyvärr i överslättande ordalag: »I de första rapporterna från Claes och medarbetare (1993) angående ETS omnämns inte denna komplikation, men i senare större sammanställningar av patientmaterialet har problemet tagits upp.«

Av denna formulering leds man att tro att »kompensatorisk svettning« ej beskrivits tidigare. Men i en annan artikel samma år citerar Boråsgruppen [5] arbeten från 1975 till 1993 med kompensatorisk svettning i 39–74 procent, och i sitt eget material 56 procent.

Dessutom citerar man en avhandling från 1950 [6], där Inga Lindgren fann att vänstersidig ganglionektomi för angina pectoris ledde till torrhet på vänster sida ovanför fjärde revbenet, men bålsvett på höger sida.

Så någon överraskning utgör inte den »kompensatoriska svettningen«. Det är också klart att den uppträder både efter öppen kirurgi och efter endoskopisk kirurgi. FfSo [4] redovisar bland 151 svar 145 med svettningar på bålen (bröst, rygg), 130 med svettningar på ben och 106 med svettningar efter matintag.

Missvisande uttryck

»Kompensatorisk svettning« är egentligen ett missvisande uttryck, eftersom svettningen inte bara framkallas av värme utan även av måltider (gustatoriskt). Den är alltså inte nödvändig för kroppens värmebalans, snarare tvärtom. Ett bättre uttryck vore *svettning i icke denerverade områden* (hyperhidrosis in non-denervated areas).

Som exempel kan nämnas ett fall beskrivet 1940: »... a young gynaecologist who in 1930 fell on a fragment of glass and severed the volar superficial branch of his left ulnar nerve. ... developed a considerable and most unpleasant reflex hydrosis over the whole body. ... The general hyperhydrosis receded only gradually, with the regeneration of the small cutaneous nerve« [7]. Även små skador på sympatikuskannan kan ge utbredda effekter.

Konsekvenser för livskvaliteten

Drott och medarbetare [2] redovisar förekomst av olika typer av livskvalitetsrelaterade konsekvenser av ansikts-