

högre krav på förarens synfält än på bilens. Det är ju trots allt bilens geometri som utstakar gränserna för vad föraren kan se (det fordonsrelaterade synfältet). Ingen förare har röntgenblick och kan se rakt igenom tjock bilplåt.

Men Vägverket väljer att trotsa EG-domstolen, till stor skada för många säkra prickfria förare med obetydliga synfältsinskränkningar på några få grader.

Vägverkets statistikavdelning bekräftar att förare med synfältsinskränkningar ej har en mätbar förhöjd olycksfallsrisk. Detta gäller även i andra fall än de självklara, då synfältsinskränkningen sitter så långt ned att bilplåten ändock skymmer sikten.

Inom kort skall länsrätten ta ställ-

ning till den delikata frågan om Sverige skall följa EG-direktivet eller Vägverkets tolkningar av de egna mycket ludiga föreskrifterna. Bl a hävdar Vägverket att gränsen mellan det centrala och det perifera synfältet går vid 30 grader från centrum, medan flera ledande ögonspecialister påpekar att gränsen ju går vid 10 grader (makula) rent medicinskt-optiskt.

Näst efter ett fängelsestraff uppfattas en körkortsåterkallelse ofta som det allvarligaste ingreppet i den enskildes rättssfär. Det är på tiden att domstolarna ryter till mot Vägverkets nonchalanta inställning.

Carl Lagercrantz
civilingenjör, Lidingö

Kommentar:

Belagt att synfältsdefekter medför ökad risk i trafiken

När det gäller synfältsdefekter finns det gott vetenskapligt stöd för att de innebär en ökad risk i trafiken. En kunskapssammanställning från det till EU rådgivande organet CIECA har nyligen publicerats i ämnet [1].

Det torde vara uppenbart för var och en att det inte går bra att köra bil om man saknar halva eller en fjärdedel av synfältet på bägge ögonen (hemi- eller kvadrantanopsier). Var sedan gränsen skall gå för lämplighet när det gäller defekter med mindre utbredning, mindre djup eller mer perifer placering är mer svårbedömt.

Att bedömningen inte enbart kan grunda sig på ett krav på utsträckning i horisontell riktning utan att det också krävs en »minsta höjd» på synfältet är självklart. Att EG-direktivet i detta sammanhang sätter en minimigräns som enbart rör synfältets horisontella utsträckning kan ses som en eftergift till de metoder som används vid så kallad screeningundersökning av ögonfriska personer som ansöker om körkort för personbil såsom sker i de flesta EU-länder.

Individuell bedömning vid sjukliga förhållanden

I samband med sjukliga förhållanden krävs en mer individualiserad bedömning. Här finns möjligheten (och också avsikten) att kraven skall kunna

variera olika mycket ovanför miniminivån mellan olika länder.

Lagercrantz finner det egendomligt att vindrutan på bilen kan få ha så liten vertikal utsträckning medan kraven på synfältet är högre. Mot detta kan invändas att man, så fort man riktar blicken något nedåt (som till exempel när man tittar på instrumentbrädan) eller uppåt, förflyttar det blinda området till seende inom vindrutans »synfält».

Registreras inte

Lagercrantz hänvisar till att »Vägverkets statistikavdelning» ej kan mäta någon ökad skaderisk för personer med synfältsdefekter. Någon sådan registrering av medicinska problem som kan leda till ökad inblandning i trafikolyckor sker ej i samband med skaderegistreringen, och Lagercrantz har troligen missuppfattat detta.

Lars Englund
chefläkare, trafikmedicinska rådet
Ingar Werkström
jurist, körkortsavdelningen; båda vid Vägverket, Borlänge

Referens

1. Van Rijn LJ, Völker-Dieben HJ. Assessment of vision impairment in relation to driving safety, a literature study; Commission Internationale des Examens de la Conduite Automobile Amsterdam, april 1999.

Läkarförbundet sviker sitt andra bud – slutreplik

Läkarförbundets första bud är att i alla lägen ställa upp för sina medlemmar. Förbundets samlade styrka skall användas till att skydda den som angrips och riskerar att lida men. Detta borde gälla särskilt starkt inom vår kår. Ett försvar för den tredje ståndpunkten brukar vara att man inte visste att syftet var att skada.

Läkarförbundets två språkrör väljer en annan linje (Läkartidningen 15/00, sidan 1879). Änjo hänvisar de mästrande till överlägsna kunskaper i fackliga frågor i detta till »ärende» reducerade människoöde. Tyvärr måste jag därför ge dem rätt i deras slutkläm; det har inte rört sig om »något liknöjt applåderande» från deras sida utan ett högst entusiastiskt, ja, bisserat sådant.

Per-Gotthard Lundquist har vid ett tillfälle medverkat till att ordna fram ett erbjudande, 8 januari 1996. När vår kollega skriftligt accepterade landstingets anbud blev det ett anställningsavtal. PG Lundquist bekräftar detta i brev den 12 mars 1996: »Du tackade 10 jan -96 ja till tillsvidareanställning. Av vad som senare framkommit ville Du inte arbeta heltid. Därmed tackade Du nej till anställningserbjudande.» Denna sublimes tolkning har arbetsgivaren tacksamt drivit.

»Är en facklig organisation skyldig driva en tvist till domstol om en medlem så önskar?» frågar sig språkrören. Enligt min uppfattning har Läkarförbundet, genom sitt svek, drivit sin medlem till domstol. Hon har inte önskat någon tvist. Inte ens sökt jobbet. Hon har kallats till en tjänst. Och tackat ja!

När vår kollega våren 1997 påpekar att hennes anställningsform är tillsvidareanställd, inte vikarie, försöker PG Lundquist skriva bort hennes rätt till skadestånd och halva hennes tjänst. Detta andra »erbjudande» åtföljs av ett brev med hotfullt innehåll: »Om Du inte tackar ja riskerar Du att stå utan arbete.»

Därmed driver Läkarförbundet för andra gången sin medlem till domstol och ut i arbetslöshet. Det rättsliga spörsmålet »om anställningsavtal kommit till stånd» har redan prövats i tingsrätten. Den slog fast att landstinget in-

gått ett anställningsavtal och utdömde ett skadestånd för innehållen lön och fyra års umbäranden. Det hade inte varit det minsta »svårt» eller inneburit annat än hedervärd precedens för Läkarförbundet att »kritisera» ett skamligt okynnesöverklagande.

Enligt min mening har Läkarförbundet i stället stick i stäv mot både sin Hipokratiska och fackliga förskrivning fullföljt sin medverkan i ett livsfarligt experiment med grundläggande mänsklig rätt och hälsa.

En resolut intervention från Läkar-

förbundet hade här med stor säkerhet undsatt vår kollega. Vad som än händer näst kommer det inte längre förbi det tyngsta klander.

Läkarförbundets andra bud är att inte bära falskt vittnesbörd mot sina medlemmar. Nu bryts det andra budet. Hur många bud skall vi behöva genomgå? Står verkligen förhandlingsdelegationen bakom detta agerande på det ursprungliga sätt som språkrören låter förstå?

Erik Trell
professor, Linköping

Kommentar: Inget att tillägga

Läkarförbundets svar angående det medlemsärende som Erik Trell diskuterar finns publicerat i Läkartidningen 15/00 sidan 1879. Både förhandlingsdelegationen och Läkarförbundet centralt anser att alla sakligt relevanta argument i det diskuterade ärendet är framförda i den publicerade repliken och har inget ytterligare att tillägga.

Bo Lennholm
chefredaktör, ansvarig utgivare

Sjukvårdens dilemma – om tungmetallsanering

Vi är många som idag med egen erfarenhetsbakgrund är benägna att beskriva landets sjukvård i två ord – sjukvård. Naturligtvis finns förklaringar till de problem som existerar. Egon Jonsson, dåvarande chef för SBU (Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik/teknologi), pekade i en DN-artikel 1993 på en av dem – avsaknad av produktkontroll: »Svensk sjukvård har fått växa ohämmat i 20 år och är nu en ekonomisk gigant som kostar 120 miljarder varje år. Sjukvården borde på samma sätt som tillverkningsindustrin satsa någon eller några procent av sina resurser på produktkontroll».

Om den av Jonsson föreslagna produktkontrollen existerat, så hade tex orsaksinriktade terapier i större utsträckning vunnit terräng på bekostas av kostnadskrävande och ineffektiva symtomlindrande insatser. Låt mig som tandläkare peka på ett exempel med anknytning till tandvård. Professor Fredrik Berglund, tidigare biverkningsexpert på Kabi/Pharmacia, intresserar sig för sjukdomar orsakade av tungmetallläckande tandfyllningar. Han har nyligen publicerat en sammanställning av publicerade fallbeskrivningar inom området. Hans rapport har rubriken »Förbättrad hälsa efter avlägsnande av amalgam» (Tandvårdsskadeförbundet, 1998) och är en analys av studier publicerade 1986–1997.

Berglund finner att tandläkare med kompetens inom området nått ett förbättrings-/tillfriskandetal på över 90 procent. Och då är att märka att det här i stort handlar om patienter som utan

positiva resultat provat allt vad skol- och alternativmedicin haft att erbjuda, innan de kommit på tanken att söka tandläkarhjälp för sina besvär.

I ett sjukvårdssystem med produktkontroll vore det självklart att med sådana siffror i ryggen förorda tungmetallsanering av tänder i ett försök att hjälpa sjuka människor och avlasta en hårt ansträngd vårdapparat. Det går nu inte i rådande system på grund av det regelverk som Socialstyrelsen föreskriver. Avlägsnande av exempelvis amalgam i försök att bota sjukdom är förbjudet och kan leda till allvarliga konsekvenser för vederbörande terapeut. (De behandlingsresultat som Berglund pekar på kan alltså endast uppnås i strid med Socialstyrelsens bestämmelser!).

Tungmetallsanering hos reumatiker

Hur ser då olika patientorganisationer på den här anakronismen? Några försöker arbeta för en förändring, men det är inte enkelt att åstadkomma paradigskiften. Låt mig beskriva ett exempel med egen inblandning. Styrelsen för Svenska reumatikerförbundet inbjöd mig i mars 1996 att redovisa mina erfarenheter av tungmetallsanering hos reumatiker. De positiva resultat jag kunde visa upp föranledde en förfrågan från styrelsen: Kunde jag tänka mig att på Reumatikerförbundets uppdrag genomföra en mindre pilotstudie? Man hade samlat in pengar, och avsåg att nu bl a studera eventuella samband mellan reumatoid artrit och tungmetaller i tänder.

Jag ställde mig självklart positiv till ett sådant initiativ. Studien skulle ske i

samarbete med kliniken för reumatologi vid Falu lasarett. ett sammanträffande med klinikledningen och Reumatikerförbundets vetenskapliga rådgivare ägde rum 22 april 1997, och i samband därmed drogs riktlinjer för studien upp.

Då tiden gick utan att några patienter anlände, skrev jag i mars 1998 ett brev till reumatologchefen för att efterhöra orsaken härtill. Brevet besvarades ej. Sände månaden därpå ännu ett brev, denna gång med två alternativa rutor att kryssa i, för att underlätta ett besvarande. Svar erhöles denna gång med en rutorna förkryssad. Innebörd: »Studien är planerad att fullföljas, och du kommer att inom en månad få information om läget».

Eftersom fortfarande ingenting hände, skrev jag åter, fem månader senare i september 1998 till reumatologen för att få något slags besked. Brevet besvarades ej. I mars 1999 tillskrev jag Reumatikerförbundet och frågade vad tystnaden berodde på. Inget besked.

I september 1999 tillskrev jag reumatologchefen (med kopia för kännedom till Reumatikerförbundet) med ny förfrågan. Först nu fick jag besked om att landstingstandläkare Bo Bjerner utgjorde bromsen för projektet. Han skulle enligt önskemål från Reumatologkliniken handha de patienter som var ämnade att utgöra kontrollgrupp i den planerade studien. Dessa patienter skulle erhålla traditionell tandvård under den tid studien pågick.

Bo Bjerner är Landstingets sakkunnige vad gäller amalgamriskfrågor i Dalarna. Han har tillsammans med läkaren Hans Hjelm publicerat en studie som in-