

Varför ska delegitimeringen vara livslång?

Är det verkligen bra att Läkarförbundet ställer upp egna kriterier för vilka brott som ska medföra delegitimering? Kan det inte vara bättre med ett system där legitimationen knyts till det allmänna rättsmedvetandet, dvs hur lagstiftaren har värderat olika brott? Det frågar Johan Zelano beträffande brott begångna helt utan anknytning till läkargärningen.

Brottslingar som legitimerade yrkesutövare i sjukvården är ett hett ämne, och i en mediealarmistisk tid är det inte märkligt att dömda läkare ger krigsrubriker och krav på hårdare reglering. Läkarförbundets inställning har debatterats i bland annat LT 5/2007 (sidorna 352-3), sedan förbundet nått till en annan slutsats än Regeringsrätten och menat att en barnporrdömd läkares legitimation bör återkallas.

Förbundets linje är, om jag förstår den rätt, att den som dömts för allvarliga brott – även om brottet skett utanför yrkesutövningen – inte ska få behålla sin legitimation. I dagarna aktualiserades frågan igen då en person som dömts för mord visat sig läsa till läkare.

Att den som begår brott med hjälp av sin läkarlegitimation ska förlora densamma är väl okontroversiellt. Men att fackförbundet kräver livslångt yrkesförbud för medlemmar på grund av brott som begåtts utom yrkesutövningen verkar för mig mer komplicerat. I LT 5/2007 revideras ganska kortfattat vilka regler Läkarförbundet lutat sig mot i sitt ställningstagande, men ett öppet resonemang om *varför* man tycker att dessa regler är bra vore klagörande.

Man skulle då kunna förklara varför delegitimeringen efter t ex mord ska vara livslång. Skälet kan knappast vara att brottslingen efter avtjänat straff skulle utgöra ett fysiskt hot mot patienterna – våldsprevention åstadkommer ju samhället genom inläsning och kriminalvård, och läkarlegitimationen ökar knappast i sig riskerna för återfall.

Troligen är det karaktären hos en mördare som Läkarförbundet menar gör personen olämplig. Måhända att förövaren inte har känsla för människors lika värde, respekt för lagar och förordningar eller förmåga till impuls kontroll. Våldsbrott är förvisso allvarligare och mer stötande än att ordna en undersökning åt en anhörig snabbare än vad vårdköerna dikterar, eller skattebrott eller förskingring, men är det en bättre markör för olämplighet?

Och anser Läkarförbundet att karaktärsfehlen hos den som dömts för ett våldsbrott är så stora att de aldrig kan åtgärdas genom kriminalvård eller måhända personlig mognad? I så fall kan jag förstå standpunkten att delegitimeringen ska vara livslång.

Men om man menar att en toppolitiker med en dom för misshandel säkert kan sadla om och bli en bra läkare, men att allmänheten (eller kvällstidningarna?) aldrig kommer att ha förtroende för den personen – är det då inte i stället allmänhetens förtroende man bör försöka angripa? Och måste delegitimeringen gälla alla specialiteter?

Som ny och – vilket kanske bör påpekas – ostraffad läkare tycker jag frågan har stor betydelse. Inte för att brottslingars rättigheter ligger mig varmt om hjärtat. Inte heller är det någon rättighet att vara läkare. Läkarförbundet har helt rätt i att läkaryrket bygger på patientens tillit, och att någon form av prövning om en brottsling fortfarande kan sägas ha allmänhetens förtroende är nödvändig.

Men vad innebär det att ställa legitimationskrav utöver medicinsk kompetens? Om man ställer krav på att läkare ska besitta god moral, öppnar man då inte för

framtida krav på större och större kontrollsystem för att tillse detsamma? Kan vi nu se början på en utveckling där hotellporr i framtiden beställs med legitimationen som insats?

I LT 5/2007 skriver Eva Nilsson Bågenholm i sitt svar till Karl Grunewald: »Patienten är i underläge; det får inte finnas minsta tvekan om att läkaren är en hederlig per-



Det uppmärksamade fallet med den morddömd läkarstudenten väcker frågor om Läkarförbundets inställning till brott och delegitimering, menar skribenten. (Faksimil ur DN 7 november.)



I Läkartidningen 5/2007 diskuterades vilken roll Läkarförbundet ska spela när en medlem begått brott.



JOHAN ZELANO
AT-läkare, Karolinska
Universitetssjukhuset
Solna; styrelseledamot
Sylf Stockholm
Johan.Zelano@ki.se

son.« Men är inte alla som dömts för brott ohederliga? Det är lite svårt att utläsa hur Läkarförbundet skulle ställa sig till ett förslag om att alla brott som begås av läkare ska medföra delegitimering.

Borde inte förbundet försöka hitta en argumentation som innefattar mördare och våldtäktsmän, men kanske inte läkare som ägnar sig åt civil olydnad vid transporter av kärnbränsle, flyktingavvisningar eller liknande?

Och slutligen, vilken bör fackets roll vara? Är det verkligen bra att Läkarförbundet ställer upp egna kriterier för vilka brott som ska medföra delegitimering? Kan Läkarförbundet någonsin mena att ett brott inte påverkar förtroendet för läkarkåren utan att i allmänhetens ögon hållas ansvarigt för medicinska missstag som begås av en medlem vars legitimation varit uppe för diskussion?

Kan det inte vara bättre med ett system där Läkarförbundet inte bedömer varje fall för sig, utan att legitimationen knyts till det allmänna rättsmedvetandet, dvs hur lagstiftaren har värderat olika brott? Till exempel ett system där man oavsett brottets art automatiskt delegitimeras vid fängelsestraff över en viss längd under den tid man dömts till fängelse och med lika lång provotid efter frisläppandet?

Läkarförbundet har säkert ägnat frågan mängder med tid. Måhända är den rådande policyn den bästa avvägning som står att finna. Men personligen skulle jag verkligen uppskatta om förbundets åsikt kunde kommuniceras genom en längre artikel om hur man resonerat när det gäller brott begångna helt utan anknytning till läkargärningen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Läkarförbundet svarar i ett påföljande nummer.

red

Hjärnvila passiviserande vid hjärnskakning?

■ I Läkartidningen 16/2007 (sidorna 1220-3) presenterar Tegner och medarbetare nya riktlinjer för hur man ska handlägga hjärnskakning hos idrottsutövare. Dessa skador har fått ökad uppmärksamhet under senaste decenniet, inte minst inom de riskfyllda kontaktsporterna [1].

Tegner och medarbetare rekommenderar att den som drabbas av en hjärnskakning dels »ska ordinerats hjärnvila fram till dess att individen är helt symtomfri«, dels »ska avstå från exempelvis TV-tittande, datorarbete, läsläsning och liknande hjärnpåfrestningar«.

Eftersom en del av symptomen (huvudvärk och yrsel) är vanliga även bland personer som inte utsatts för skada i

idrottssammanhang undrar vi om rekommendationen även ska gälla icke-idrottande personer. Tegner och medarbetare påstår ju att riktlinjerna »kan vara ett hjälpmedel för sjukvårdspersonal som handlägger hjärnskakningar«.

Vi undrar också av ett annat skäl om författarna menar att dessa idrottsmedicinska principer även ska gälla icke-idrottande personer? Hur stor är risken i så fall för att en ängslig och rörelserädd person med passivt förhållningssätt ytterligare passiviserar/dekonditioneras? Troligen är den större än för en välmotiverad och engagerad idrottare.

En parallell är den halskragen som man tidigare flitigt använde vid halsryggsdistorsion av grad WAD 1 och 2 (whip-

lash associated disorder). Sådan behandling har visat sig sakna positiva effekter; i själva verket ökar den risken för att den skadade ska utveckla långvariga besvär.

Eddy Holmgren

docent i neurokirurgi, Göteborg

Jorma Styf

docent, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Yrkesortoped, Göteborg; båda är försäkringsläkare vid arbetsskadekontoret i Göteborg
jorma.styf@orthop.gu.se

REFERENSER

1. Practice parameter: the management of concussion in sports (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee. *Neurology*. 1997;48:581-5.

REPLIK:

Risken obefintlig, återhämtningen optimal

■ Riktlinjerna för handläggning av hjärnskakning har tagits fram av världens ledande experter inom det neurologiska området. Rekommendationerna ger oss läkare, sjukgymnaster och övrig medicinsk personal, som arbetar inom idrotten, ett utmärkt redskap att på ett snabbt och säkert sätt få tillbaka våra idrottare i full aktivitet.

Vi har nu under mer än två år använt oss av de nya behandlingsreglerna och finner att de fungerar väl. Vi noterar också att vi möts av förståelse och respekt för vårt sätt att handlägga hjärnskakningar både hos de aktiva och hos de övriga ledarna.

Vår bedömning är att alla hjärnskakningar (mTBI = minimal traumatic brain injury) ska behandlas på samma sätt oavsett om de uppkommit genom idrottande eller på annat sätt. Ej heller ska det spela någon roll om individen är idrottsutövare eller inte. Då det inte finns några specifika eller obligata symptom vid

hjärnskakning är det viktigt att komma ihåg att symptomen alltid ska ha utlösts av ett initialt trauma. Saknas detta, så gäller självklart inte de framtagna riktlinjerna.

Den allmänna uppfattningen

i dag, med tanke på hjärnans komplexa funktion, är att hjärnan den första tiden ska ges maximal möjlighet till vila, dvs minimal psykisk och fysisk stimulans. När individen sedan varit symtomfri i ett dygn ökas gradvis belastningen på hjärnans och kroppens funktion. Med hjälp av »hjärntrappan« får individen en bekräftelse på att rehabiliteringen förlöper på ett förväntat sätt. Om symptomen återkommer vid ökad belastning är ju detta ett tydligt tecken på att mobiliseringen gått för fort fram.

Vår bestämda uppfattning är att »hjärnvilan« är precis vad som ger en optimal återhämtning i initialskedet av en hjärnskakning. Individen får därmed oftast redan det förs-

ta dygnet ett bevis på att han/hon är på rätt väg. Detta uppmuntrar till fortsatt rehabilitering i »hjärntrappan«.

Risken för passivisering är obefintlig. Den styrda rehabiliteringen är i stället ett sätt att undvika passivisering. Genom att följa individen under rehabiliteringen kan man snabbt upptäcka avvikelser från ett normalförlopp. Klarar inte individen den stegrade belastningen i hjärntrappan, blir det naturligt att vidare utredningar genomförs.

Yelverton Tegner

docent, universitetslektor, Luleå
Yelverton.Tegner@hermelinen.se

Bengt Gustafsson

leg läkare, Solna

Lars Lundgren

leg sjukgymnast, Luleå

Magnus Forssblad

med dr, överläkare, Stockholm

Sven-Anders Sölveborn

överläkare, Ystad