

Nytt kunskapsläge om pisksnärtsskador

Vi har ett nytt kunskapsläge i fråga om pisksnärtsskador. Att Försäkringskassan och dess försäkringsmedicinska rådgivare använder sig av detta är inte märkligt utan snarast en skyldighet.

I egenskap av försäkringsmedicinsk rådgivare vid Försäkringskassans arbetskadekontor (Nationellt försäkringscenter, NFC, Gårda) i Göteborg, har jag vid flera tillfällen har tagit del av dr Lars Wallstedts intyg i pisksnärtsskadeärenden. Dessa är alla utförda från dr Wallstedts egen mottagning (inte från neurokirurgiska kliniken vid Karolinska universitetssjukhuset, Solna, där han är överläkare och har varit verksamhetschef) och icke sällan på begäran från jurister vid LO-TCO Rättsskydd AB.

Man kan i detta sammanhang fundera över huruvida och vilken jävsproblematik som kan föreligga och som borde ha redovisats i samband med hans tvenne inlägg, tillsammans med förbundsjuristen Ulf Lejonklou vid LO-TCO Rättsskydd AB (LT 35/2009, sidorna 2151-3, och LT 37/2009, sidan 2299).

Wallstedt och Lejonklou (W&L) ifrågasätter att det nu föreligger ett nytt kunskapsläge beträffande pisksnärtsskador. Detta med anledning av att Socialstyrelsens rättsliga råd yttrat sig i ett ärende på begäran av Länsrätten i Göteborg. W&L skriver: »Under våren kontaktade vi Rättsliga rådet och fick då be-

PETER DAHL
specialist i kirurgi, försäkringsmedicinsk rådgivare, Försäkringskassan, Nationellt försäkringsmedicinskt centrum (NFC) Gårda, arbetsskadeenheten, Göteborg
peter.dahl@forsakringskassan.se

sked om att Rättsliga rådet inte kan yttra sig generellt, och att synpunkterna var de enskilda läkarnas uppfattning. Det föreligger således inte något ställningstagande från Rättsliga rådet, något som vi förletts tro av Försäkringskassan. Föreligger det därmed alltså ett nytt kunskapsläge?»

W&L har rätt i sak i att Rättsliga rådet inte ger direktiv av generellt slag. Men i det ärendet som låg till grund för Rättsliga rådets yttrande, och som omnämns i Kjell Skoglund och Klas Berlins replik i LT 35/2009 (sidorna 2152-3), fanns från Länsrätten i Göteborg ett uttalat önskemål om att, utöver bedömning i enskilt ärende, få besked som innebar möjlighet att, som ortopedprofessorerna Urban Lindgren och Olle Nilsson (i samråd med professorn i neurologi Hans Link) i sitt yttrande den 25 september 2006 skriver: »...kunna dra mer generella slutsatser beträffande den vetenskapliga halten hos några hos de bärande uppfattningar som parterna gjort gällande, vilket skulle underlätta handläggningen av övriga, liknande mål i domstolen«.

Det framkommer solklart att här efterfrågas från den rättsliga myndigheten ett yttrande från Rättsliga rådet som kan ha relevans för andra liknande ärenden. Att Försäkringskassan och dess försäkringsmedicinska rådgivare använder sig av detta svar innehållande en sammanställning av det vetenskapliga

nuläget är inte märkligt utan snarast en skyldighet.

Detta nya kunskapsläge kan för enskilda privatpraktiserande läkare som, liksom Wallstedt, står inför uppgiften att revidera/uppdatera sina uppfattningar/kunskaper i ett enskilt ämnesområde, vid intygsskrivandet då komma att uppfattas som problematiskt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REPLIK:

Osäkert kunskapsläge drabbar de skadelidande

■ Är man jävig om man skriver en debattartikel? Ja, visst. Man har en relation till ena sidan av problemet. Precis som Peter Dahl har en relation till andra sidan. Det är grunden för debatten.

Kunskapen om whiplashskador vilar på en bräcklig vetenskaplig grund. Det är endast en liten del som är evidensbaserad, något som nu för tiden anses vara av stor betydelse för medicinska åtgärder. Många arbeten om whiplash uppfyller inte kraven för att kunna ingå i de stora sammanställningar som görs för att skapa evidens i skilda frågor i whiplashproblematiken. Det finns således ingen evidensbaserad behandling som har företräde före någon annan.

Lika lite finns det någon evidensbaserad kunskap om hur en skadelidande ska bete sig efter en skada för att en senare uppträdande arbetsförmåga ska betraktas som skadebetingad eller ej. Rättsliga rådets medlemmar har inte tillgång till annan information än vi andra. Rådets uttalande måste ses mot den bakgrunden. Det är i huvudsak så



Foto: Johan Wingborg/Göteborgs universitet

Pisksnärtsrelaterade olyckor kan minskas genom olika typer av trafiksäkerhetsåtgärder.

kallad expertopinion, och sådan kunskap har låg evidens.

Att nu hänvisa till ett nytt »kunskapsläge» är inte rimligt. När vetenskapen tryter måste professionen vända sig till den beprövade erfarenheten. Den är mycket omfattande för whiplashskador. Det finns i Sverige mer än 20 000 smärtainvalider efter whiplashskada, och det tillkommer närmare 1 000 varje år.

Den beprövade erfarenheten finns främst hos allmänläkare och rehabiliteringsmedicinare, inte hos professorer i ortopedi eller neurologi. Rättsosäkerheten ökar för varje dag. Försäkringskassans inadekvata argument tillåts avgöra skadelidandes försäkringsmedicinska situation och rättigheter.

Lars Wallstedt
överläkare,
fd verksamhetschef,
neurokirurgiska kliniken,
Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Ulf Lejonklou
förbundsjurist,
LO-TCO Rättsskydd AB
Ulf.Lejonklou@fackjuridik.com

Vad är ett fullmäktigebeslut värt?

■ Stockholms läkarförening och Sveriges privatläkarförening har i var sin motion till Läkarförbundets fullmäktige 2008 (motionerna 36 och 37) yrkat »att Sveriges läkarförbund verkar för att vårdvalet i primärvården knyts till enskild läkare, dvs till en fysisk person«.

Bakgrunden var en vilja att stärka läkarnas inflytande i sjukvården och därmed också den professionella självständigheten. Vi var också oroade över vårdvalets utveckling i Stockholm. En enskild läkare som vill utnyttja vårdvalets möjligheter att etablera sig privat har svårt att konkurrera med de stora vårdbolagen. Risker är överhängande att de stora aktörerna tar över primärvården i Stockholm med följd att sjukvården riskerar att kommersialiseras.

Dessutom detaljstyr landstinget läkarnas verksamhet genom kravet att varje aktör, framför allt i Stockholm, ska följa en oerhört detaljerad regelbok, vilket Läkarförbundet visat i sin utvärdering av de olika vårdvalsmodellerna. Ersättningssystemet är också utformat på ett sådant sätt att snabba besök premieras på bekostnad av komplicerade multisjuka patienter.

Fullmäktige delade motionärernas syn och skärpte formuleringen genom beslutet »att läkarförbundet verkar för att uppdraget (listan) i

REPLIK:

Ersättningen kan kopplas till enheten

■ Fullmäktige är Läkarförbundets högsta beslutande organ och Centralstyrelsen (CS) ska därefter verkställa av fullmäktige fattade beslut.

När det gäller frågan om vårdval har CS tagit hänsyn till det av fullmäktige fattade beslutet i de två motionerna.

Vi anser att det är angeläget att patienter listar sig hos

primärvårdens vårdvalssystem knyts till enskild läkare oavsett driftsform«.

I Läkarförbundets skrift »Vårdval i primärvården – hur bör det utformas?« finns det mot den bakgrunden två skrivelser som förvänar. På sidan 20 står det: »Vår bedömning är därför att själva ersättningssystemet bör kopplas till den godkända vårdgivaren.« Under rubriken »Slutsatser i korthet« (sidan 29) står det: »Ersättningssystemet bör i första hand kopplas till godkänd vårdenhet.«

Frågan diskuterades på

Svenska privatläkarföreningens årsmöte, och det besked som då gavs av förbundets ordförande var att frågan ingående diskuterats i Centralstyrelsen och att man kommit fram till ovanstående slutsatser. För mig är det uppenbart att dessa slutsatser inte står i överensstämmelse med fullmäktiges beslut, och inte heller i överensstämmelse med den argumentation som föranledde motionerna.

En viktig demokratifråga är

om Centralstyrelsen har skyldighet att följa de beslut som fattas av Läkarförbundets fullmäktige. Eller anser sig Läkarförbundets ledning ha rätt att sätta sig över fullmäktiges beslut?

För Stockholms läkarförening
Christer Sjodin
sjodin.christer@telia.com»

den läkare de har valt, dvs att uppdraget knyts till enskild läkare. Däremot ser vi att ersättningen kan kopplas till vårdenhet utan att det medför problem. Snarare kan det förenkla om det är flera enskilda yrkesutövare som arbetar på samma vårdenhet.

Eva Nilsson Bågenholm
ordförande, Läkarförbundet

SLUTREPLIK OM MANLIG OMSKÄRELSE:

Frågan större än summan av legala och medicinska aspekter

■ I ett inlägg i Läkartidningen 36/2009 (sidan 2226) delar Björn Hammarskjöld frisktigt med sig av sina fördomar mot manlig omskärelse. Hans främsta tes är att orsaken till manlig omskärelse är en önskan att kontrollera sexualiteten. Men i det syftet är den knappast framgångsrik. Manlig omskärelse är inte på något sätt handikappande eller inskränkande för utlevelse av sexualitet, varken med en partner eller i ensamhet. Därom finns tillräckligt många som kan vittna.

(Här skulle jag förstås kunna göra en djupdykning i mannens inte okomplicerade förhållande till sin penis. Det är ju inte helt ovanligt att det uppstår disharmoni mellan mannen och hans penis. Penis kan ju vara för liten, för sned, eller, om man är omskuren, sakna förhud. Det kan då leda till att penisens skyls för allsköns bekymmer och misslyckanden i livet, inte minst sexuella sådana. Bland världens hundratals miljoner omskurna män finns naturligtvis ett antal sådana personer. Deras »vittnesmål« kan ligga till grund för missuppfattningar som t ex »you can't have so much fun«. Men som verksam i ett invandrartätt område, med en stor andel av männen omskurna, är det min uppfattning att penisdisharmoniskt syndrom inte är överrepresenterat i någondera gruppen. Vi lämnar det ämnet.)

Förebudsivrare mot manlig omskärelse, så även Hammarskjöld, brukar hävda att ingreppet strider mot FN:s barnkonvention. Men mig veterligen tolkar varken FN, Amnesty International, Röda korset eller någon annan ansedd människorättsorganisa-

tion barnkonventionen på det viset.

När det gäller komplikationsrisken överdrivs den inte sällan. Hammarskjöld jämför den med komplikationsrisken vid blindtarmsoperation. Det sunda förnuftet säger oss att bortklippande av en skinnflik hos ett friskt barn inte har samma komplikationsfrekvens som ett buk- ingrepp som utförs på sjuka barn med hotande peritonit. Jag skulle tro att komplikationsrisken ungefär väger jämnt mot de små men väl belagda medicinska fördelar som ingreppet leder till.

Så gott som samtliga av de cirka 3 000 omskäreleser som svenskfödda pojkar genomgår årligen (25–30 procent sker inom sjukvården och övriga ingen-vet-riktigt-var-någonstans) kommer att utföras oavsett förbud eller dålig tillgång på adekvat omhändertagande. Det bästa för dessa 3 000 gossebarn är utan tvivel att omskärelesen utförs med god smärtlindring av en kunnig person med rena instrument. Ingreppet bör erbjudas av varje landsting.

Frågan om manlig omskärelse är dock långt större än summan av de legala och medicinska aspekter som av och till dryftats i Läkartidningen. Den stora frågan handlar om respekt och ödmjukhet inför andra människor och deras sätt att leva. Kan vi respektera andra folkgruppers önskan att avvika från normen och definiera sin identitet? Eller vet vi så mycket bättre än de att vi måste förbjuda deras seder?

Axel Heyman
ST-läkare allmänmedicin,
Karlstad
axel.heyman@liv.se