

## Primum non nocere!

II Den gyllene regeln »Primum non nocere« (viktigast av allt: att inte skada) måste väl gälla även försäkringsläkare, även om dessa inte omfattas av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL).

Jag reagerade, precis som Sven Larsson (LT 20/2005 sidan 1563), kritiskt på att ett antal försäkringskasseläkare i Västernorrland snabbt slungade ut ett budskap i Dagens Nyheter om en långtidssjukskriven kvinna som inte var deras patient. För mig kändes deras agerande som »skjut först, fråga sedan«.

Lite ödmjukhet hade varit klädsam, om de nu alls hade behövt gå ut dagspressen. Istället har de tvärsäkert uttalat »vi finner att« vederbörandes engagemang i bildandet av Feministiskt initiativ »inte är förenligt med hel avsaknad av arbetsförmåga i enlighet med socialförsäkringens regelverk«.

### Konstruerat försvar

Försäkringsläkaren Bo Mikaelsson (LT 22/2005 sidan 1759) kallar detta för att »uttrycka rimligt tvivel«, vilket känns som ett konstruerat försvar för ett oetiskt agerande. Han påstår också »att ingå i styrelsen på startsträckan för detta nätverk har rimligen uppfattats som mer än en heltidsuppgift«. Vilket underlag finns för den uppfattningen?

Försäkringskassan kräver att vi sjukskrivande läkare i alla sammanhang ska skriva våra olika intyg med noggrannhet och omsorg och inte yttra oss om sådant som vi inte har bedömt själva. Hörsägen eller andrahandspåståenden om patienten duger inte som underlag. Nog förväntar jag mig motsvarande beteende från kassans egna läkare.

Min kritik är oberoende av vad en eventuell framtida granskning av patientens fall kan ge.

Primum non nocere. För det är väl inte skjutjärnet som är läkarens första redskap?

**Ingegerd Wahl**

psykiater, gestaltterapeut, Falun  
iwahl@milsbo.se



### LT Debatt

Skriv kort så publicerar vi ditt inlägg snabbare! Bidrag till LT Debatt bör inte vara längre än 800 ord (ca 5 700 tecken).

## Läkaren – företrädare för evidensbaserad medicin eller lojal statstjänsteman?

»Vi finner att det arbete och den energi som krävs för detta inte är förenligt med hel avsaknad av arbetsförmåga i enlighet med socialförsäkringens regelverk.« (Elva försäkringsläkare i Väster-norrland i DN 6 april 2005).

### TV-diagnostik

Elva försäkringsläkare gjorde den ovan citerade helt entydiga bedömningen av arbetsförmågan hos en kvinna vars tillstånd och förhållanden de inte bör känna till annat än genom iakttagelser via TV vid en presskonferens. Bo Mikaelsson (BM) kallar detta, i sitt försvar för deras agerande, att »uttrycka rimliga tvivel« (LT 22/2005, sidan 1759). Han menar att de reagerat professionellt korrekt som försäkringsläkare genom att på detta underlag offentligt avge ett omdöme om en enskild patient. Han bidrar själv till bedömningen med observationen att hon har alla kliniska tecken på att må gott. Om det också är diagnostik via TV eller personlig besiktning vid presskonferensen är dock oklart.

Man häpnar. Dessa två uttalanden illustrerar de förhållanden som många kolleger och många patienter klagat över, nämligen att försäkringsläkare gör bedömningar av stor betydelse för sjukskrivnas situation utan närmare känedom om deras förhållanden.

### Civillkurage – eller opportunist

BM menar att försäkringsläkarna visat civillkurage, alltså att de agerat obehävt med risk för obehag eller fara för egen del. Ja, obehaget består väl i att personer som jag protesterar. Med det mediala och politiska drev som pågår efter sjukskrivna skulle jag snarare beskriva det som en opportunistisk följsamhet till rådande opinion. Det bekräftar också BM med informationen om alla rättänkande medborgare som hört av sig till försäkringskassan.

Å andra sidan har jag aldrig tidigare så snabbt fått så många reaktioner på något jag skrivit, alla uppskattande och tacksamma. Det är kolleger som beskriver den förtvivlan som flera av deras patienter känner över kränkande behandling från försäkringskassan och hur uppgivna de själva känner sig över att bli överkörda av schablonmässiga bedömningar från försäkringsläkare utan någon dialog med behandlande läkare.

### Hur stort är missbruket

BM skriver att sjukskrivning inte får bli ett försörjningsinstrument. Men det är

väl precis det som är syftet: Att vid arbetsoförmåga på grund av sjukdom ge en ekonomisk trygghet och försörjning. Diskussionen är snarare hur denna försörjning används. Jag kan, precis som BM, vara bekymrad över att så stor andel av resurserna att möta sjukdom och dess konsekvenser går till sjukskrivningar. BMs diagnos är att det föreligger missförhållanden genom överutnyttjande. Hans lösning är att precisera kraven på sjukskrivna individer. Så vitt jag vet har vi ingen tillförlitlig vetenskaplig grund för att bedöma hur stort missbruket är. Att vi har ett överutnyttjande är, som BM också skriver, en politisk värdering.

### Ansedda och mindre ansedda sjukdomar

Jag tror att BM och jag kan vara överens om att det som accepteras som sjukdom

*Försäkringsläkarna borde med sina kunskaper och erfarenheter engagera sig i att förebygga genom att förändra arbetslivet ...*

beror på en kombination av biologisk sårbarhet och förhållanden i det samhälle vi lever i, inklusive hur välfärdssystemen ser ut. Vi har en ny sjuklighet med kroniska smärtsyndrom och utmattningsreaktioner (utbrändhet) som av många inte ses som »riktiga sjukdomar«. Men modern stressforskning och hjärnforskning har kunnat visa hur smärthanor övas upp och hur stressregleringen efter hand slits ned vid upprepade och kroniska påfrestningar på systemen och att det tar lång tid att reparera detta. Läsarna kan tänka efter om de tror att försäkringsläkarna reagerat lika ivrigt om det varit en fortfarande sjukskriven bröstcanceropererad kvinna som medverkat i en stödgrupp och visat sig offentligt.

### Förebygga och rehabilitera

Försäkringsläkarna borde med sina kunskaper och erfarenheter engagera sig i att förebygga genom att förändra arbetslivet så att det inte kräver högre tempo, längre arbetstider och ofria och osäkra arbetsförhållanden. Vi vet också att rehabiliteringen fungerar bristfälligt och

att kvinnor får mindre resurser än män. Detta vore bättre än att med politiska direktiv i ryggen jaga ut enskilda i ett tomrum, mellan ett arbetsliv som inte vill ha dem därför att de betraktas som för sjuka och en sjukförsäkring som ser dem som arbetsföra.

### Expert eller lojal ämbetsman

Jag menar att den situation vi diskuterar speglar en större problematik. Vi kan inte som för länge sedan se vården som enbart en angelägenhet mellan läkaren och den enskilda patienten. Läkaren måste också ta sitt samhällsansvar om en rättvis fördelning och även se till de behövande som ännu inte blivit patienter. Det kräver etiska överväganden om balansen mellan rollen som lojal ämbetsman och som företrädare för medicinsk kunskap.

Läkaren ska enligt min uppfattning stå till tjänst med bästa möjliga vetenskapliga underlag för beslut och dess konsekvenser men inte ändra sina bedömningar efter politiska signaler. Det gäller även försäkringsläkare och t ex läkare som avkrävs bedömningar om asylsökande och avvisningshotade människor.

### Ny granskning

Jag är helt överens med BM att det kan finnas skäl att granska den sjukskrivna kvinnans fall på nytt. Men det ska ske av hennes lokala försäkringskontor, förhoppningsvis i samråd med henne själv och behandlande läkare, och inte offentligt med åsikter och inte kunskaper som underlag.

Sven Larsson

specialist i socialmedicin, Örebro  
sven.larsson@orebroll.se

### Replik:

## Läkaren ska också ta sitt samhällsansvar

Sven Larsson blandar bort korten, och Ingegerd Wahl ger intryck av att ha missförstått försäkringsläkarnas publicerade tvivel i DN (6 april 2005) med anledning av att en ledamot i interimstyrelsen för Feministiskt initiativ presenterat sig i medierna som »långtids-sjukskriven«. Jag uppfattar läkarnas in-

lägg som en produkt av det samhällsansvar som de har och som man rimligen förväntar sig av kunniga och ansvars-  
kännande samhällsmedborgare.

Försäkringsläkare är sannolikt den grupp läkare som har mest kunskap om både aktuell praxis och lagstiftningens uttalade målsättningar vad gäller handhavandet av sjukförsäkringen. Varje kritiskt tänkande människa, med eller utan kunskaper inom det försäkringsmedicinska fältet, bör reagera över den utstuderade, rent av utmanande personpresentationen i medierna i det aktuella fallet, vilken troligen är orsaken till läkarnas reaktion. Deras reaktion hade sannolikt varit densamma oavsett om personen uppgivit den ena eller andra orsaken till sin »långtidssjukskrivning«. Reagerat har också en hel del människor gjort, bl a till personens eget lokala försäkringskass kontor samt medierna. Det är en sund reaktion från omgivningen.

### Sjukförsäkringens effekter

Sven Larsson hänvisar till »evidensbaserad kunskap«. Jag förmodar att han menar kunskapen om sjukförsäkringens positiva och negativa effekter i rehabiliteringsarbetet, och kanske också storleken av faktisk arbetsförmåga i det moderna arbetslivet som alternativ till »långtidssjukskrivning«. Har inte de flesta av oss, med eller utan medicinsk »diagnos«, en aldrig så god arbetsförmåga i sysslor som för oss känns intressanta och meningsfulla? Den kunskapsnivå som Larsson talar om har vi, trots många års studier, ännu inte lyckats uppnå. Det är ett svårforskat område. Vår kliniska och administrativa kunskap om hur personförsäkringar fungerar, på gott och ont, är däremot stor. Individuell analys av varje persons livssituation är nödvändig för att rätt jämka samman önskemål (från patient) och tillstyrkan (från läkaren). Försäkringsgivaren beslutar.

Det råder i dagsläget konsensus bland stora grupper av både politiker och läkare och allmänheten att endast en liten del av den stora mängden människor som står utanför arbetsmarknaden (i långtidssjukskrivning, förtidspension, och arbetslöshet) i arbetsför ålder i Sverige – precis som i västvärlden i övrigt – gör det av s k medicinska orsaker. Dessa grupper uppgår totalt till ca 1,5 miljoner människor i åldern 20–64 år (= drygt 30 procent av arbetskraften).

### Svårt få fram nya jobb

I stället handlar det till övervägande del om svårigheten att skapa nya meningsfulla arbeten i en allt mer globaliserad värld. I Sverige har det till synes blivit accepterat bland en del framträdande fackliga ledare och den styrande rege-

*Sjukskrivning under lång tid som »botemedel« vid varje form av oförmåga eller ovilja att utföra annat än ett arbete som personen i fråga anser stimulerande och »kul« är inte en korrekt metod ...*

ringskoalitionen att en del av dessa »överblivna arbetstagare« blivit stämplade som personer med »nedsatt arbetsförmåga av medicinska skäl«. I utlandet blir många av dessa människor »långtidsarbetslösa«. Där är arbetslöshetsstaten högre än i Sverige, sjuktalen i allmänhet lägre. Summan av de två talen är ungefär lika i större delen av Västeuropa.

Tyvärr finns också en klick läkare i Sverige som förfäktar den medicinska dimensionen som en väsentlig orsak till att avlönat arbete inte låter sig utföras. I motsats till Sven Larsson anser jag att läkarna i Västernorrland inte ägnar sig åt opportunist; det kanske är just den ovannämnda klicken läkare som gör det? Läkarna bakom DN-inlägget visar civilkurage och samhällsansvar!

### Politikernas roll

Politikernas oförmåga/ovilja att fatta relevanta beslut om hur sjukförsäkringen skall användas kan spåras tillbaka till åtminstone 1980-talet. Orsakerna står troligen att finna i det rådande politiska maktspillet. I detta sammanhang måste nämnas att många kliniskt verksamma läkare både är ointresserade av sjukskrivningsproblematiken och till stor del (fortfarande) okunniga i försäkringsmedicin. Det är dominerande inslag som jag mött i nästan dagliga kollegiala kontakter och i undervisningssammanhang de senaste 10 åren.

Vid en »försäkringsmedicinsk eftermiddag« våren 2002 med 95 primärvårdsläkare från Storstockholmsområdet svarade cirka 90 med tydlig handuppräknings ja på frågan: »Vilka av er accepterar att ni från och med i morgon skulle få möjlighet att slippa arbetsuppgifterna med sjukskrivning av era patienter?«

Läkarinslaget i sjukskrivningsdebatten har, trots stort massmedialt intresse för frågorna de senaste åren, varit litet. Antalet läkare som deltagit i debatten – i

LT och i andra medier – överstiger nog inte 25. Inflödet av erfarenheter och förmedlad klinisk kunskap från läkarhåll till politiker och beslutsfattare har följaktligen varit litet. Ofta har jag fått frågan från politiker och regeringstjänstemän: »Vad säger läkarna?« Och, som sagts ovan, evidensbaserad vetenskaplig kunskap saknas.

### Patient och samhälle

Ett alltför vanligt inslag är att en del läkare i sin ansträngning att stödja sin patient inte samtidigt förmår att se till helheten i samhället och inte heller engagerar sig. För varje patient som föreslås få en för samhället dyrbar men kanske för patienten tvivelaktig »behandling«/»åtgärd«, exempelvis »långtidssjukskrivning«, minskar således samhällets resurser att hjälpa en patient i en annan del av vårdkedjan med en behandling som vi känner oss säkra på är både korrekt och rimlig enligt evidensbaserad kunskap.

Sjukskrivning under lång tid som »botemedel« vid varje form av oförmåga eller ovilja att utföra annat än ett arbete som personen i fråga anser stimulerande och »kul« är inte en korrekt metod, varken för den enskilde patienten eller för samhället i övrigt! (Jag gör i detta stycke ingen hänvisning till personen i Feministiskt initiativ utöver vad hon själv redovisat i medierna.)

### Alla bör ta sitt ansvar i samhällsdebatten

Jag varnar om läkarkårens trovärdighet i samhället! Därför betraktar jag fortfarande Västernorrlandsläkarnas inlägg som i högsta grad hedervärt. Alla läkare bör ta sitt ansvar att delta i samhällsdebatten, särskilt i frågor där läkarnas erfarenhet givit stor klinisk kunskap. Det gäller även om den ännu inte kunnat vetenskapligt fastläggas, exempelvis beträffande nyttan – eller onyttan – (för individ och samhälle) av långtidssjukskrivning som ett rehabiliteringshjälpmedel! Det vore till stor nytta för våra politiker att få del av läkarkårens åsikter, grundade på professionell erfarenhet.

**Bo Mikaelsson**

leg läkare 1968, initiativtagare och delförfattare till »Den svenska sjukan«, Socialdepartementet (Ds 2003:63) bo.mik@telia.com

### || Nästa sida:

Slutreplik från Sven Larsson och Ingegärd Wahl.

## Slutreplik 1:

### En utmaning för försäkringsläkarna

II Diskussionen om försäkringsläkarnas roll och om sjukskrivningar har handlat om två olika frågor. Den ena rör försäkringsläkarnas agerande om en enskild sjukskriven. »Individuell analys av varje persons livssituation är nödvändig«, skriver Bo Mikaelsson. I detta är vi helt ense. Men det är en annorlunda bedömning än att via några korta TV-sekvenser uttala att en person är arbetsför, mår kliniskt bra och dessutom har det dåliga omdömet att uppträda utstuderat och utmanande. Debatten har snarast ökat frågetecknen om försäkringsläkarnas professionella förhållningssätt.

Den andra och kanske viktigare frågan rör läkarnas samhällsansvar. Budskapet vi måste lyssna till är att samverkan mellan arbetsmarknad, försäkringskassa och sjukvård inte fungerar. Budbärarna är de många långtidssjukskrivna och förtidspensionerade med uttrötta hjärnor och nedslitna stressregleringsystem. Ska vi inrikta oss på att skjuta budbärarna, alltså öka kontrollen på de individuella, drabbade fallen?

Mitt förslag är: Gör något åt hela systemet. Tänk om vi hade ett arbetsliv som flexibelt kunde ta hänsyn till människors olika prestationsförmåga i olika situationer och skeden i livet. Tänk om försäkringskassan på allvar tog itu med rehabiliteringen, om varje sjukskrivningsperiod längre än några veckor kunde användas konstruktivt och flexibelt i samråd mellan behandlande läkare, patient och arbetsplats med stöd och förståelse, inte hot och ifrågasättande, från försäkringskassan.

Vore inte det en utmaning för försäkringsläkarna att på ett konstruktivt sätt använda sina erfarenheter i ett spännande förändringsarbete att få en både mer effektiv och mer human användning av gemensamma resurser?

**Sven Larsson**

specialist i socialmedicin, Örebro  
sven.larsson@orebroll.se

## Slutreplik 2:

### Lite ödmjukhet, tack

II Jag vidhåller fortfarande att försäkringskasseläkarna inte gav uttryck för ett »tvivel« utan gjorde ett påstående rätt av. Som sagt, lite mer ödmjukhet skulle inte skada ...

**Ingegerd Wahl**

psykiater, gestaltterapeut, Falun  
iwahl@milsbo.se

## Komplettering angående spironolakton och eplerenon (Inspra) vid hjärtsvikt

II I Läkartidningen 22/2005 diskuterar Rickard Malmström och Paul Hjemdahl indikationer och användande av spironolakton respektive eplerenon (Inspra) vid hjärtsvikt (NYHA III–IV) [1]. De uppmärksammar de just publicerade riktlinjerna från Europeiska Kardiologföreningen [2], där en rekommendation finns om behandling med Aldosteronantagonism med endera spironolakton eller eplerenon som tillägg vid svår hjärtsvikt.

### Indikationen för eplerenon

Det är glädjande att dessa riktlinjer refereras i Läkartidningen inom 14 dagar efter sin publicering på Internet och innan de ens kommit i den tryckta versionen. Läkartidningen är verkligen aktuell! Det finns dock anledning att uppmärksamma hur indikationen för eplerenon rekommenderas. I det europeiska dokumentet står: »Aldosteronantagonister rekommenderas som tillägg till ACE-hämmare och betablockerare vid hjärtsvikt efter hjärtinfarkt med systolisk vänsterkamardysfunktion och tecken på hjärtsvikt eller diabetes för att minska dödlighet eller sjuklighet.«

Underlaget för denna rekommendation är EPHEsus-studien [3]. Denna finns refererad i referens [2], men är där inte närmare diskuterad. Däremot är studien noggrant uppmärksammat i det mer fullständiga dokumentet [4] som är tillgängligt på ESCs hemsida <www.escardio.org>.

### Skillnader i dokumentation

Huruvida fynd från ett preparat kan vidgas till en hel läkemedelsklass är okänt. Därför behöver rekommendationer i kliniken tolkas mer pragmatiskt så att man faktiskt utgår från det dokumenterade underlaget. Vi vet att alla betablockera-

re inte är likvärdiga vid hjärtsvikt och detta finns uppmärksammat i ESCs riktlinjer mot bakgrund av jämförande studier. Eftersom motsvarande studier inte finns för aldosteronantagonister, vilket också uppmärksammas av Malmström och Hjemdahl, är det rimligt att framhålla skillnaden i dokumentation för spironolakton respektive eplerenon liksom deras motsvarande användningsområden. Eplerenon, men inte spironolakton, är således dokumenterat vid svikt efter hjärtinfarkt men inte vid svår hjärtsvikt, medan det är tvärtom för aldakton.

### Behandlingsvinster

Neurohormonell antagonism vid hjärtsvikt har medfört betydande behandlingsvinster inte minst för patienterna. Kunskapen om korrekt evidensbaserad behandling behöver spridas. Därför är Malmströms och Hjemdahls inlägg viktigt, men behöver således en viss komplettering enligt ovan.

**Karl Swedberg**

professor, överläkare, medicin, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg  
karl.swedberg@hjl.gu.se

### Referenser

1. Malmström R, Hjemdahl P. LFNs värdering av Inspra illustrerar behovet av läkemedelskommittéer! Läkartidningen 2005;102:1751-2.
2. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, Drexler H, Follath F, Komajda M, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005;26:1115-40.
3. Pitt B, Remme W, Zannad F, Neaton J, Martinez F, Roniker B, et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. N Engl J Med 2003;348:1309-21.
4. <http://www.escardio.org/NR/rdonlyres/8A2848B4-5DEB-41B9-9A0A-5B5A90494B64/0/CHFFFullTextehi205FVFW170505.pdf>

## Öppen bräckkirurgi står sig väl kvalitativt och är gynnsammare ekonomiskt

II Titeln på ett kort referat av en artikel [1] kan alltid diskuteras och beslutas ofta av tidningen. Så skedde beträffande det inlägg som Bengt Novik refererar till i LT 22/2005 (sidan 1758). Mitt eget förslag var »Öppen eller laparoskopisk bräckoperation – hur mår patienterna fem år efteråt?« Dock har jag inget att invända mot Läkartidningens rubrik (»Öppen eller laparoskopisk bräckoperation:

Efter fem år mår patienterna ungefär lika bra«).

### Skillnaderna är små

Skillnaderna mellan öppen och laparoskopisk bräckoperation är efter fem år mycket små. Av 282 efterundersökta laparoskopiskt opererade patienter upplevde 51 någon form av smärta vid femårskontroll. Motsvarande andel för öp-

pet opererade var 54 av 269 efterundersökta patienter ( $P=0,55$ ). Sex patienter i den laparoskopiska och fyra i den öppnet opererade gruppen hade svår eller medelsvår smärta. Dessa patienter förtjänar uppmärksamhet.

## Känselfall

Till skillnad från smärta är känselfall inte en stigmatiserande komplikation. I mitt referat framhöll jag att fler öppnet än laparoskopiskt opererade patienter upplevde känselfall fem år efter operation, 67 av 271 respektive 36 av 283. Det var dock bara sex öppnet och fem laparoskopiskt opererade patienter som upplevde denna komplikation som allvarlig («extreme» eller «quite a lot»).

## Kostnadsanalys

Den randomiserade studien [1], vars långtidsresultat anförts ovan, har föranlett en kostnadsanalys [2]. Där framkom att extrakostnaden för en laparoskopisk jämfört med en öppen operation uppgick till 55 548 engelska pund (95 procentns konfidensintervall, 47 216 – 63 885 pund) per livskvalitetsjusterat levnadsår (QUALY). Detta är en hög kostnad.

## Ny jämförelse med öppen nätinläggning

År 2004 publicerades en randomiserad studie som jämförde laparoskopisk operation med öppen nätinläggning för ljumskbräck [3] där 1 696 patienter följts i upp till två år efter operation. Studien har tidigare refererats i Läkartidningen (2004;101:3228). Man fann ingen skillnad i långtidskomplikationer inkluderande smärta mellan de två operationsmetoderna. Däremot sågs signifikant fler postoperativa komplikationer och fler recidiv bland laparoskopiskt opererade patienter. Livshotande komplikationer förekom hos 1,1 procent av laparoskopiskt opererade patienter jämfört med 0,1 procent hos öppnet opererade – justerad oddskvot 11,2 (95 procentns konfidensintervall) 1,3–95,3.

**Erik Nilsson**

professor, kirurgiska kliniken,  
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå  
erik.nilsson@surgey.umu.se

## Referenser

- Grant AM, Scott NW, O'Dwyer PJ. Five-year follow-up of a randomized trial to assess pain and numbness after laparoscopic or open repair of groin hernia. *Br J Surg* 2004;91:1570-4.
- Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre clinical trial. *Br J Surg* 2001;88:653-61.
- Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons Jr R, Dunlop D, Gibbs J et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med* 2004;350:1820-7.

## Några följder av whiplashskada

I mitt arbete som ögonläkare har jag genom åren konsulterats av patienter med diffus värk runt öga och över tinningregionen. Många har inte haft några tecken på engagemang i ögonen, ej heller haft tecken på någon specifik sjukdom, men i deras anamnes har det funnits nackbesvär. Ett flertal patienter har härlett sina nackbesvär till en genomgången whiplashskada.

För snart fem år sedan drabbades jag själv av en whiplashskada med värk i nacke, i panna och runt höger öga, tinnitus, sönderslagna tänder, hörselnedsättning samt betydande sömnproblem.

## Ingen ersättning

Mina patienter, som angivit whiplashskada i anamnesen, har vid återbesök fått redogöra mer ingående för sina besvär. Det visar sig då att många av dem beskriver likartade upplevelser, som jag själv drabbats av. Besked från respektive försäkringsbolag till de drabbade har ofta varit att dessa besvär inte haft med den här typen av skada att göra. De har således inte fått några ersättningar trots att deras livskvalitet markant försämrats.

I samband med genomgångna rättegångar gällande min egen whiplashskada har jag därför diskuterat med advokater, åklagare och domare vilka erfarenheter de haft när det gäller whiplashskador. Då framkom att uppskattningsvis en tredjedel av dessa patienter drabbats av

sömnproblem, tinnitus och hörselproblem förutom nackbesvär. Försäkringsbolagen har hävdats att deras sakkunniga inte ansett att det skulle finnas något samband och har därför inte betalat ut några ersättningar.

Jag har även diskuterat saken med rehabiliteringsläkare och ortoped. Deras bedömningar, att samband föreligger mellan inträffade olyckor och patienternas besvär, har påfallande ofta underkänts av de doktorer, som försäkringsbolagen har som konsulter. Enligt vad rehabiliteringsläkare, ortoped, advokater och åklagare berättat för mig, går domstolarna i de flesta fall på de bedömningar som försäkringsbolagens specialister har presterat.

## Klarläggande debatt behövs

Av det ovannämnda kan man dra slutsatsen att det behövs en klarläggande debatt om huruvida drabbade fått den hjälp och ersättning som de egentligen borde varit berättigade till. Debatten bör också gälla vilka grundläggande vetenskapliga fakta som ligger bakom de bedömningar som försäkringsbolagens konsultdoktorer bygger sina slutsatser på!

**Bo Sonnsjö**

medicine doktor, ögonspecialist,  
Vårdcentralen, Hagfors  
bo.sonnsjo@telia.com

## Dags utvärdera Abortlagen

För en kvinna kan beskedet om att vara gravid vara oönskat. Kanske uppstår frågeställningen om abort, men i så fall måste hon bestämma sig kvickt. Troligen har hon mindre än 18 veckor på sig att fatta ett för fostret livsavgörande beslut.

Vad kvinnan och sjukvården har att stödja sig på är »Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om abort» samt Abortlagen från 1974. Bakom Abortlagen och dess tillkomst ligger uppfattningen att kvinnan har rätt att själv bestämma över sin kropp.

Naturligtvis har kvinnan rätt att själv bestämma över sin kropp. Det är ju enkelt att säga och tycka, åtminstone så länge hon inte är gravid. För det är just när hon blir gravid som det blir komplicerat. Då har hon ju en annan kropp i sin egen. En kropp med en helt egen mänsklig genuppsättning.

Om detta nu är oönskat? Hur ska hon då göra? Vänta i 40 veckor, föda och där efter låta adoptera bort barnet? Alternativt acceptera att vara ensam mor? Med

ett kejsarsnitt skulle hon kunna förkorta sin graviditet, men för detta finns inget lagrum.

Från läkarets synpunkt är situationen problematisk. Visavi det unga fostret – botar vi? Lindrar vi? Tröstar vi? Att vi löser moderns och kanske också faderns problematik är en sak, men är det den bästa lösningen?

## Önskvärt minska abortsiffrorna

Hur som helst, någon idealisk situation är det inte. Att bringa ner abortsiffrorna ter sig som önskvärt. Efter trettio års erfarenhet av lagen kan en utvärdering vara rimlig. Att erkänna det unga fostret som en mänsklig individ kan vara ett steg. Ett annat kan vara att erkänna kvinnan som mor och ge henne ett optimalt stöd från både ekonomisk och social synpunkt.

**Arne Simonsson**

specialist i allmänpsykiatri, NÄL  
arneolena@telia.com

## Dikter om »de apatiska flyktingbarnen«

|| Med anledning av debatten om »de apatiska flyktingbarnen« har jag skrivit några dikter, som baseras på verklighetsskildringar från asylsökande barn och ungdomar som jag arbetat med kliniskt. Kanske kan de bidra till att öka

förståelsen för hur svår traumatisering uppstår och mer handgripligt få oss att inse vilka upplevelser som ligger bakom de nedbrytande psykiska processer som orsakar tillståndet.

**Mildred Oudin**  
överläkare, BUP-kliniken,  
Kärnsjukhuset, Skövde  
mildred.oudin@hotmail.com

\*

Fler dikter finns på: [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

Hon borstade och kammade och flätade ditt hår nästan varje gång jag kom in till er  
Stuntt satt hon på stolen med ögonen hårt hopknipna och den tandlösa munnen tillknäppt  
Hucklet var ständigt detsamma och under hela sjukhustiden såg jag henne i högst två olika kjolar  
Hon var babuska  
Du var den överlevande sondottern  
Barnbarnet som hon fått med sig ut ur infernot och nu fick byta blöjor på igen som hon gjort när du var baby  
Då hade hon kunnat mata dig med både mjölk och framtidstro  
Din far kämpade för friheten din mor för brödet  
Du låg i farmors knä och var okunnigt trygg  
Allt fanns FRAMFÖR  
Sondnäringssaggretatet tickar på  
Ett noga uträknat antal milliliter livsuppehållande näring når din inre värld som ingen kan nå på vanliga vägar  
De åldrade händerna håller ditt hår i sina händer  
Det är allt som händer  
Allt annat ligger BAKOM

Det var en gråkall decembermorgon när du kom ut ur det gråa huset för att gå till den grå skolan som du hittade honom  
Han var slängd på trottoaren alldeles utanför er trappa  
Han hade ett blodigt rep runt handlederna och hans bruna hår hade tovat ihop sig  
Han hade blivit bortförd fem dagar tidigare av män i uniform med hårda ögon och hotfulla röster  
Din mamma hade skriket i ångest och du och dina bröder hade gömt er i skåpet  
Han hade blivit fängslad förut och brutalt behandlats och till och med blivit skenavrättad en gång  
Så att du lär dig en läxa hade man visst sagt honom  
Nästa gång kanske vi tar din familj  
Du har ju en fru och dotter tänk på vad vi kan göra med dom  
Och tre söner dessutom vi kanske knäpper en i taget  
Men nu hittade du honom du som var hans stolthet hans avbild den förstfödde sonen  
Hans bröstorg var genomborrade av fem kulor och du fick vid fjorton års ålder gå in till din mor och dina syskon  
Som en man  
Och bli den starke

De allra minsta barnen visste inte av något annat  
De hade aldrig haft någon mamma och kunde inte sakna så starkt som du  
Småsyskonen relaterade till henne ungefär som till en möbel  
Gick an att ta tag i för att resa sig upp möjligen men för övrigt inget av värde  
Hon var en levande stenstod  
Hennes hjärta pumpade visserligen runt blodet i hennes stora kropp precis som förut  
Lungorna vädrade ut och drog in ny luft precis som om ingenting hänt  
Men ögonen var döda  
Rösten hade tystnat  
Händerna hade förlorat sin förmåga att brukas till meningsfulla handlingar  
Hörseln hade slutat registrera era ljud  
Inte ens de starkaste rop på hjälp om någon av er gjort sig illa kunde bryta igenom barriären  
Inte en endaste gnutta modersinstinkt hade överlevt  
Hon var i praktiken bara en skrämmande och skrymmande möbel till ingen nytta alls  
Du som var hennes äldsta dotter sörjde nog allra mest egentligen  
Förutom din far förstås som fick kämpa själv med den stora barnskaran sedan hustrun abdikerat  
Du mindes din starka och sjungande mamma  
Hon lagade världens godaste köttgryta och hennes bröd fick hela köket att dofta kummin  
Hon tvättade och sydde och städade och handlade och rensade grönsakslandet och var aldrig trött  
Hon var din egen alldeles underbara och normala mamma  
En kväll när din far var ute i kriget kom en skara män med vapen hem till ert hus och tog er mor ifrån er för alltid