

Skadade hälsenor, idrottsmedicin och etik – lärdomar och slutsatser

Idrottsläkare bör ha mycket att lära och diskutera utifrån fallen med brustna hälsenor som drabbat två svenska elithöjdhoppare, varav ett helt nyligen. Det finns flera skäl att erinra om vad som står i idrottsmedicinarnas egna etiska regler, bl a om expertrollen, ansvaret och integriteten. En viktig fråga är vilken roll smärtlindring har spelat i de två nämnda fallen.

ÅKE ANDRÉN-SANDBERG
professor, Stavanger; medlem i Riks-idrottsförbundets dopingkommission;
fd ordförande i Svenska Läkaresällskapets sektion för Idrottsmedicin

JON KARLSSON
professor, överläkare, ortoped, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg; fd ordförande i Svenska Läkaresällskapets sektion för Idrottsmedicin
Jon.Karlsson@orthop.gu.se

HARALD ROOS
docent, verksamhetschef, ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund; vice ordförande i Svenska Läkaresällskapets sektion för idrottsmedicin

CARL JOHAN SUNDBERG
leg läkare, docent, institutionen för fysiologi och farmakologi, Karolinska institutet, Stockholm; ordförande i Svenska Läkaresällskapets sektion för Idrottsmedicin
Carl.J.Sundberg@fyfa.ki.se

LEIF SWÄRD
docent, överläkare, ortoped, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg; förbundsläkare, Englands fotbolls-förbund

II För den av idrott mindre intresserade läkaren kan en eller två rupturerade hälsenor på svenska höjdhoppare i elitklass sannolikt mötas med en axelryckning: »Så går det om man utsätter sig extrem belastning – och idrottsläkarna verkar inte göra saken bättre«. För dem som är intresserade av idrottsmedicin finns det dock mycket att diskutera och lära.

Eftersom vi tror att det är viktigt att dra slutsatser också av misslyckanden, och då vi vet att det finns aspekter som inte kommit fram i massmediernas diskussion, vill vi ta upp några frågor för belysning – inte för att döma i efterhand utan för att förhindra återupprepanden.

Bakgrund

Vid friidrotts-VM i Stuttgart 1993 gick den svenska guldaspiranten Patrik Sjö-

bergs hälsena av i inledningen av höjdhopptävlingen efter det att han behandlats för en längre tids hälsenebesvär. Inför årets OS rupturerade Kajsa Bergqvists hälsena under en »kvalificeringstävling« i höjdhop, även i detta fall efter en längre tids behandling, vilken inkluderade operation, upp träningsprogram och kortisoninjektion.

Ett svårlost problem

Ända sedan antiken har hälseneskador tilldragit sig stort intresse, sannolikt på grund av svårigheten att behandla besvärerna. I den moderna idrotten är hälsenesmärta också ett mycket svårlost problem. I framför allt hoppgrenar är hälsenebesvär vanligtvis förenade med oförmåga till topprestationer. Hälsenan är genom sin anatomiska lokalisation och dåliga nutrition utsatt för hög skaderisk och vid inträffad skada känd för sin långsamma läkning.

I de ovan beskrivna fallen behandlades idrottsutövarna med lokal injektion av smärtstillande medel inför tävlingen.

Likheter värda att diskutera

Detta är två anekdotiska fall, med många likheter som är värda att diskutera:

- Höjdhop i elitklass utsätter hälsena för en maximal belastning; så stor att upprepade hopp ger smärtande förslitningsskador och som kan leda till att hälsenan kan gå av om den inte är fullständigt läkt efter en skada.
- Elitidrottsutövare och deras rådgivare tar i vissa fall betydande risker för att vinna medaljer i stora mästerskap.

Ingen av dessa slutsatser är vare sig ny eller originell, men förtjänar uppenbarligen att upprepas. I synnerhet måste man som idrottsmedicinare förstå att höjdhop, längdhopp, tresteg och liknande utsätter hälsena för enorma påfrestningar och från mer än en synpunkt är hopparens Akilleshäl (liksom att sprinters får hamstringsskador, fotbollsspelare lumskskador, handbollsspelare axel-

besvär etc; varje idrottsgren har typiska skador som idrottsläkaren måste känna till och respektera). En hälseneskada som drabbar en hoppare på elitnivå måste tas på allra största allvar och ställer synnerligen stora krav på de medicinskt ansvariga.

Elitidrott är aldrig riskfri

Den som verkar som idrottsmedicinare lär sig tidigt att elitidrottsutövning sällan är kroppsligt »nyttig« eftersom man pressar fysisk och mental förmåga till det yttersta, men det innebär å andra sidan inte att idrotten behöver vara skadlig. Här har idrottsmedicinarna ett mycket tungt ansvar. I våra etiska regler står:

»En förutsättning för legitimerad sjukvårdspersonals medverkan i idrottsmedicin är att hans eller hennes auktoritet som medicinsk expert erkänns och upprätthålls. Detta betyder dock inte att auktoriteten görs gällande så att den inkräktar på individens rätt att bestämma över sig själv. Balansen mellan idrottsmedicinarens expertroll och idrottsutövarens rätt att själv bestämma kräver ett genomtänkt förhållningssätt.

För att stödja idrottsutövarens autonomi krävs att idrottsmedicinaren som ger råd och/eller behandling informerar om olika alternativ, inklusive risker och prognos.«

Detta måste tolkas så att *både* idrottsutövaren *och* idrottsläkaren har ett ansvar när det gäller riskbedömningen av att tävla och träna efter en skada. Läkarens uppgift är självfallet att leda den skadade till friskhet, men att hitta balansen i detta avseende, när idrottsutövaren ser ära, medaljer och stora ekonomiska vinster hägra, är inte lätt. Vi vill påstå att det krävs en betydande integritet hos läkaren för att stå emot alla de påtryckningar som kommer från massmedier, sponsorer, idrottskamrater, tränare och den tävlande själv. Läkaren måste således alltid göra en oberoende strikt medicinsk bedömning.

Höga medicinska krav

I de etikreglerna regleras också:

»Den som är verksam inom idrottsmedicin och i sådana sammanhang ger råd eller behandling skall ha speciellt kunnande inom ämnesområdet. Förutom det rent medicinska kunnande

det krävs kunskap om de speciella fysiska och psykiska krav som ställs på idrottsutövare, liksom om de sociala och psykologiska förutsättningar under vilka idrott utövas.

I den mån idrottsmedicinarens kunskaper inte är tillräckliga för speciella situationer skall denne bidra till att andra medicinskt utbildade special-kunskaper vid behov tas tillvara och samordnas för patientens bästa.»

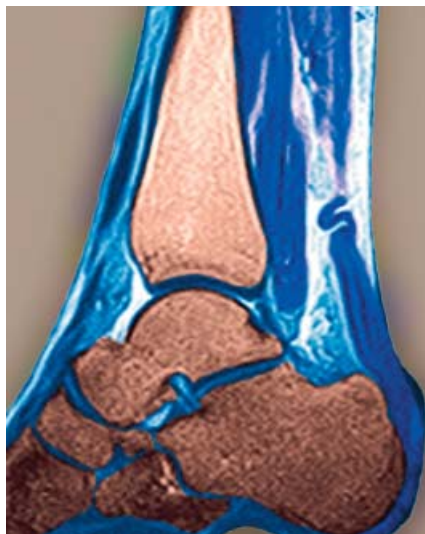
Under de senaste decennierna har ett ökat samarbete mellan de olika specialiteterna kunnat identifieras även inom idrottsmedicinen. Detta gäller inte enbart läkare med olika specialiteter, utan även mellan läkare, sjukgymnaster, sjuksköterskor, naprapater och kiropraktorer. Tyvärr är denna form av samarbete alltför bristfällig för den enskilde idrottaren, på grund av det begränsade antalet idrottsmedicinskt utbildade individer. Detta medför att de kunskaper som erhållits genom idrottsmedicinsk forskning inte alltid tillämpas vid behandling av idrottsskador. Därigenom utsätts den skadade individen för onödiga risker.

Inom idrottsmedicinen finns en stor respekt för den effekt som riktad rehabilitering har på behandlingen av en skada. Även efter en operation är denna form av rehabilitering helt nödvändig för att ett lyckat resultat ska uppnås. Utan att vilja göra någon bedömning av läkarnas kompetens i samband med de ovan beskrivna skadorna, är det ändå uppenbart att det finns en tradition av alldeles för dåligt samarbete i samband med behandling av elitidrottare. Det kan förekomma, inte minst utomlands, att den behandlande läkaren vill ha ökad uppmärksamhet på sig själv när det gäller elitidrottarnas skador, vilket kan användas i marknadsföringssyfte till läkarens egen fördel.

I framtidens medicin kommer all kvalificerad behandling att baseras på teamarbete där kirurgens skicklighet pareras med den som de har som behandlar utan kirurgi, där diagnostik och rehabilitering betraktas som lika viktiga och där den enskilde idrottsutövarens sociala och psykologiska särart vägs in. Här finns mycket att hämta avseende kunskap och kompetens, och en ökad öppenhet i relationerna mellan olika specialister kan sannolikt förbättra slutresultaten.

Kirurgi inte alltid bäst

Det bör också understrykas att elitidrott är en mycket speciell verksamhet; kraven är extrema, vissa skador är sällsynta vilket gör att endast få läkare får riktigt stor erfarenhet av de mest speciella tillstånden. Detta talar också starkt för lag-



Avsliten hälsena. Behandlingen av detta tillstånd hos en elitidrottsutövare kan ställa stora krav på idrottsmedicinarens integritet.

arbete på den medicinska sidan, samt att de mest erfarna läkarna bör anlitas.

I detta sammanhang vågar man kanske också påpeka att kirurgiska ingrepp inte får ses som den yppersta medicinska handlingskraften – ibland är det mer handlingskraftigt att avstå från kirurgi. I massmedierna och i idrottsutövarnas speciella psykologi är kirurgiska ingrepp dock ofta den slutgiltiga och enda lösningen på allt ont. Det behövs ytterst sällan någon övertalning för att få idrottsutövare att tacka ja till operation.

Däremot behövs det en hög integritet för att påpeka att kirurgi inte är den säkraste lösningen på många överbelastningsskador. Den skadade idrottaren som istället för kirurgi erbjuds annan behandling och föresvävas en lång rehabiliteringsperiod går då inte sällan till någon annan läkare. Förr eller senare kommer idrottaren att finna en läkare som är villig att utföra operation. Om det då inte blir bra, står nästan alltid patienten/idrottaren på den opererande doktors sida: »Han/hon gjorde i varje fall ett försök.»

Naturligtvis finns tillstånd som bör behandlas med kirurgi, och vi vill inte generellt avråda från denna form av behandling. Indikation för kirurgisk behandling bör alltid bestämmas på strikta medicinska grunder. Det bör understrykas att idrottsläkaren måste ha stor integritet för att avstå från att rekommendera operation i många fall.

Rehabilitering tar tid

Ett särskilt problem för elitidrottsutövare är den korta tid som finns för att läka skador och för rehabilitering. Naturligtvis vill varje normal människa inte vara sjuk eller skadad, men för idrottsutöva-

ren är detta ännu tydligare. De flesta som sysslar med elitidrott har endast 5–10 år på sig, samtidigt som idrotten omöjliggör en vanlig civil karriär. Ovanpå detta har elitidrottsutövaren en stor del av sin identitet just i sin idrott. Det innebär att för var dag elitidrottsutövaren inte är med i rampljuset så förlorar han eller hon inte bara pengar utan en del av det övriga som gör livet värt att leva; den skadade blir snabbt bortglömd.

De skadade vill därför inte sällan ta chansen att tävla igen även om skadan inte är helt läkt. Dessvärre är detta oklokt inte bara från medicinsk synpunkt utan även från idrottssynpunkt: för att kunna göra en elitidrottsprestation krävs att både kropp och själ är i topptrim. Allt annat ger sämre resultat och ökar också risken för nya skador. Etikreglerna kan därvid ge vägledning:

»Idrottsmedicinaren är skyldig att tydliggöra vilka risker idrottsutövning kan medföra, men skall inte ta på sig uppgiften att bestämma om skadade eller sjuka eventuellt kan delta i träning och tävling. Hur viktigt resultatet av en tävling är ur idrottssynpunkt får inte ligga till grund för medicinska ställningstaganden.»

Det är i dessa lägen väsentligt att idrottsläkaren ger korrekt information – och information som kan förstås av idrottaren – om vilka risker det innebär att idrotta i skadat skick. Återigen är det en fråga om läkarens integritet, där det är lätt att falla till föga för påtryckningar från en idrottare vars hela värld består av utmaningar till tävling, men där tyvärr god vilja och ambition inte gör att skadorna läker bättre.

Smärtstillande injektioner – när?

Smärta är ett symtom som alla läkare, inte minst idrottsläkare, måste ta på största allvar. Smärta är en indikator på att något är fel: bristning/överbelastning, inflammation, infektion. Att ta bort smärtan i syfte att kunna prestera bättre måste anses mycket tvivelaktigt från såväl medicinsk som etisk synpunkt. Man kan ifrågasätta om det är försvarbart att överhuvudtaget använda smärtstillande medel i injektionsform i samband med idrottsutövning. Vem bär ansvaret för effekten/bieffekten? I etikreglerna står:

»Idrottsmedicinaren skall aldrig med medicinska åtgärder maskera smärta så att idrottsutövaren kan återgå till idrottsutövning om detta kan medföra risk för att skadan förvärras på ett väsentligt sätt. Smärtlindring av enklare art är däremot en av idrottsmedicinarens uppgifter under förutsättning att idrottsutövaren görs medveten om att smärtlindringen kan ge

ökad risk för försenad läkning och ytterligare skador om idrottsutövaren fortsätter träna eller tävla.»

När det gäller de båda ovan nämnda elit-idrottarna sprutades lokalbedövningsmedel runt hälsenan inför den tävling där senan gick av. Om lokalbedövningsmedlet var av betydelse för rupturen i dessa två fall är omöjligt att avgöra till och med i efterhand, men tvivelsutan medförde injektionerna inget gott. Den kunskap och erfarenhet som finns idag är att man inte skall lokalbedöva hälsenesmärtan inför idrottstävlingar.

Även om det finns tillfällen då lokalbedövning kan vara berättigad i idrotts-sammanhang måste idrottsmedicinerna inse att dessa tillfällen är mycket få, och att det nästan alltid är bättre att låta bli.

Övriga konsekvenser

Dessa fall beskriver en situation där den medicinska behandlingen kan ha medverkat till att en icke oväsentlig komplikation har uppstått. En hälseneruptur med en atypisk lokalisering, som kräver en omfattande akut kirurgisk åtgärd, åtföljt av en mycket lång rehabilitering och där man inte kan bortse från risken för bestående oförmåga att utöva idrott på hög nivå, bör leda till en principiell diskussion avseende ekonomisk ersättning inom ramen för Patientskade-försäkringen. På samma sätt kan det också diskuteras om behandlingsrutinerna som kan ha orsakat sådan komplikation bör granskas av Socialstyrelsen, framför allt i akt och mening att minska risken för upprepning.

Kvarstående erfarenheter

Sammanfattande vill vi bestämt hävda att det idag finns oerhört mycket erfarenhet och kunskap inom idrottsmedicinen, och att en del av den kan klassas som evidensbaserad. För att idrottsmedicinen skall ge bästa resultat krävs emellertid att kunskapen paras med eftertänksamhet och etik-kunskap. Dessutom skall vi gemensamt lära inte bara av framgångar utan också av de tillfällen då behandlingen misslyckats.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Stor skillnad mellan olika uthyrningsföretag

Många landsting har på senare tid börjat anlita massuthyrningsföretag i stället för konsultföretag för att klara sin läkarförsörjning. Detta har medfört en kraftig försämring av kvaliteten på stafettläkartjänsterna. I artikeln redovisas vilka krav som bör kunna ställas på uthyrningsbolagen för att upprätthålla kvaliteten och öka effektiviteten i verksamheterna.

ULF DAMMERT

leg läkare, specialist i allmänmedicin,
Uppsala
ulf@dammert.se

■ Det har förekommit en debatt i olika medicinska tidskrifter om kontroller av läkares legitimation och eventuella anmärkningar hos Ansvarsnämnden. Orsaken till denna debattartikel är bl a ett uttalande från en bemanningsledare för ett uthyrnings-/bemanningsföretag i Mel-lansverige.

Denne skulle enligt en tidningsartikel nyligen ha sagt att man »naturligtvis inte väljer att kontraktera en läkare som fått en anmärkning i Ansvarsnämnden». Detta hårresande uttalande visar att åtminstone detta uthyrningsföretag använder sig av anställda som inte har mycket kunnande vad gäller den medicinska delen av företagets verksamhet!

Det är en skandal att företaget i fråga inte använder anställda *läkare* som gör en bedömning av andra läkares kompetens!

Bättre med kirurg på vårdcentral?

Under senare år har jag i olika sammanhang kommit underfund med vilken skiftande kvalitet det är hos de olika uthyrningsbolagen.

Ett enda exempel ytterligare:

Ett annat bolags bemanningsledare – ej läkare – omtalade för mig att man visserligen oftast använde annan specialist än specialist i allmänmedicin för tjänstgöring på vårdcentral, men att det inte behövde vara någon sämre lösning. Exempelvis hade man en kirurg som de senaste två åren på jourkom-petid arbetat nästan tio veckor om året på en vårdcentral. Nästan bättre att använda honom än en specialist i allmänmedicin!

När jag frågade om det omvända – dvs om en distriktsläkare arbetar tio veckor om året på en kirurgklinik, innebär detta att han är bättre kirurg än en

specialist i kirurgi – hördes ett förläget skratt.

Två slags uthyrningsföretag

Enligt min uppfattning finns det två olika typer av uthyrningsföretag: konsultbolag och massuthyrningsbolag.

Om arvodet för en läkartjänst är ungefär lika tror jag att landstingen skulle få ut väsentligt mer för sina pengar om man anlidade riktiga konsultbolag. Trenden har emellertid gått mot att landstingen endast vill anlita massuthyrningsbolag för att underlätta det administrativa.

Exempelvis har de fyra nordligaste länen ansett att det varit alldeles för många s k stafettläkarföretag i omlopp, och man infordrade anbud för dessa läkartjänster samt krävde slutande av s k ramavtal (dvs ett avtal som man ska tillämpa i varje enskilt fall om kortare tjänstgöring kommer till stånd).

Endast de företag som sedan godtagits ska i princip användas de närmaste åren framöver. Dessa företag har många läkare ute samtidigt varje vecka, varför de är av typen »massuthyrningsföretag».

Det handlar då oftast om att passivt sända ut läkare utan att dessa i förväg ges någon noggrann information om de lo-

*Vid nästa upphandling –
skilj mellan äpplen och
päron! Infordra anbud an-
gående konsultläkartjänster
för sig och massuthyrnings-
bolag med passivt iväg-
sändande av läkare för sig.*