inget eller bara svaga strömförnimmelser.

Läkaren måste ha blivit totalt blockerad. Jag klagade över att min puls inte kom upp över 60 per minut även vid ansträngningar. Lusten till fortsatt samtal tappade jag när doktorn – som »tröst» – då höjde pacemakernas tak från 140 till 160 impulser per minut. (Även på den punkten har mitt hjärta så småningom rättat till sig.)

Ju mer jag efteråt tänkte på bemötandet, desto mer upprörd och arg blev jag. Begärde hem journalkopia, och mycket riktigt! Inte ett ord om starka och svaga strömförnimmelser, ledningar eller att pulsen inte gick upp över 60. »Taket» hade man höjt till 160 därför att jag inte var nöjd med puls och kapacitet vid ansträngningar.

Ständigt på specialistundersökningar

Min granne Anna (namnet fingerat) 75 år, kan då inte klaga på bristande intresse. Minst en gång i månaden kallas hon till sin husläkare, och ständigt skickas hon på specialistundersökningar. Det är EKG här, ultraljud där, röntgen, mera provtagningar, endokrinologi osv osv. Men utan att det leder till några egentliga åtgärder, och utan att Anna själv får ett grepp om vad undersökningarna ger eller vad hon bör iakttaga. Och när hon själv öppnar och läser ett remissvar efter en EKG-undersökning finns där förslag om ändringar i husläkarens medicinering som denne senare inte nämner eller tar fasta på.

Slutsatser: En patientfolder till alla hushåll är ett stort steg i rätt riktning.

Ytterligare några saker skulle dock kunna befordra utbytet, mellan sjukvård och patient; nämligen

att varje läkarbesök obligatoriskt avslutades med orden: »Hör gärna av dig om det är något som är oklart, det ingår i priset»;

att varje remittering till specialist berättigade till ett personligt utlåtande direkt till patienten;

att alla patienter obligatoriskt fick hem en kopia av de journalanteckningar som besöket hos läkaren, specialisten eller kliniken föranlett.

Själv menar jag dessutom att om Sverige ska leva upp till Lissabon–Bali-deklarationen måste varje vårdinrättning ha en läkare med personligt ansvar för de intagna.

Börje Markman
laborator, Stockholm

Ett sätt att mörda ett register

Från och med den 1 januari 1997 gäller en ny läkemedelsförordning. Enligt denna sker vissa förändringar avseende betalningen samt inrättandet av två nya register på Socialstyrelsen. Dessa register skall innehålla uppgifter om förskrivarna (dvs främst läkare) samt patienterna, kopplat till diagnos per patient och läkemedel.

Många kritiska

Många tunga remissinstanser har avstyrkt registren, på grund av risk för integritetskränkning. Datainspektionen var förödande i sin kritik.

Det har bestämts att, förutom de uppgifter som idag anges på recepten, patientens födelsenummer skall anges (annars utgår ingen läkemedelsrabatt), det skall finnas en kod för förskrivningsställe samt förskrivare och diagnosen för vilken läkemedlet förskrives skall anges. Dessutom skall förskrivaren ange om patienten medger att hans eller hennes födelsenummer och diagnos samlas i dessa register.

Varje allmänläkare förskriver årligen lika mycket läkemedel som en hel avdelning på sjukhuset gör av med. 1,7 miljoner kr styrs av allmänläkarens penna på receptblocket. Förändringarna i läkemedelsförordningen berör alltså oss i högsta grad.

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har angripit dessa register, eftersom man allvarligt fruktar för patienternas integritet.

Sabotera registren

Jag tror inte att vi kan vägra att medverka. Som vanligt kommer Apoteksbolaget och Socialstyrelsen att hålla patienten som gisslan. Vad vi däremot kan göra, med en minimal ansträngning, är att sabotera registren.

De allra flesta allmänläkare arbetar idag med ADB-baserade journalsystem. I dessa finns vanligen en receptfunktion som dels skriver receptet, dels sparar det i journalen. Vi har sedan länge kunnat följa vår respektive förskrivning och jämföra den per diagnos med våra likar. Vi behöver inga centrala register för detta. Naturligtvis kommer vi att kunna lägga in vår förskrivarkod i ADB-systemet, och den kan vi förmodligen inte fuska med.



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

»**I våra** datasystem kan inläggas »default»-värden (förvalda siffror) för diagnoser. Lämpliga sådana kan t ex vara R688P (Okänd orsak till sjuklighet), eller Z54-P (Vårdåtgärd), eller i förekommande fall Z760 (Receptförnyelse).»

Enligt Apoteksbolaget är deras ADB-system kopplat till Folkbokföringen, så vi kan inte heller underlåta att ge korrekta födelsenummer.

Det vi *kan* dribbla med är alltså dels diagnosen, dels rutan om patienten tillåter att deras uppgifter förs till dessa register eller ej.

I våra datasystem kan inläggas »default»-värden (förvalda siffror) för diagnoser. Lämpliga sådana kan t ex vara R688P (Okänd orsak till sjuklighet), eller Z54-P (Vårdåtgärd), eller i förekommande fall Z760 (Receptförnyelse).

Rutan för om huruvida patienten vill att deras uppgifter förs vidare eller ej skall självklart förkryssas med ett kraftfullt NEJ! I de få fall våra patienter begär att uppgifterna skall samlas centralt (för inte kommer vi att fråga!) får vi väl blanka ut kryssen …

Om vi håller ihop i detta står Socialstyrelsen maktlös. Om vi använder diagnosklassifikationen på ett korrekt, men fullkomligt galet vis, förstörs hela meningen med registreringen, och så småningom rinner det hela ut i sanden.

Carl Johan Westborg
leg läkare, Boden

PBI – Problematisk inlärning?

Som student tänkte jag göra min stämma hörd i frågan om förändring av grundutbildningen. I Läkartidningen 3/97 fanns två mycket intressanta artiklar i ämnet. Dels Läkarförbundets programförslag, dels en artikel om en undervisningsavdelning i Linköping. Själv studerar jag i Stockholm och ser inte röken av någon PBI (problembaserad inlärning), även om Karolinska institutet, KI, många gånger försöker hävda att de tillämpar just detta. Nu vet jag inte om jag tror att PBI är lösningen på alla problem, men det är just Linköping som försöker sig på nya grepp. Oftast verkar de dessutom lyckas med det.

Pedagogisk ambition saknas

Problemet med den i huvudsak katedrala undervisningen som bedrivs på KI är att den tenderar att passivisera oss studenter. Någon större pedagogisk ambition verkar man inte heller ha. Jag har full förståelse för att man satsar mer resurser på forskning än på utbildning, men nog måste det vara möjligt att ha ett system som gynnar goda pedagoger.

Nu vill jag inte enbart svartmåla det nuvarande systemet. Det är med all säkerhet betydligt bättre nu, än det har varit. Det finns många lärare, som är mycket engagerade i att ge studenterna en god utbildning. Men det måste bli bättre! Om Läkarförbundet har ambitionen att införa system som gynnar pedagogisk kompetens kan jag inte annat än buga mig.

Den lokala antagningsformen genom vilken jag själv kom in har nog betytt mycket för utbildningen. Jag tror att det är bra att bereda fler vägar in. KI har berikats av studenter från »landet» (missförstå mig rätt).

Jag tycker liksom Läkarförbundet att det måste finnas större möjligheter att avskilja olämpliga element. Viktigast är nog dock att få den enskilde medveten om sitt betende. Det finns säkert plats för de flesta inom yrket. Det gäller bara att man själv inser att man kanske inte passar som t ex kirurg eller allmänläkare.

En betydligt mer utarbetad form av regelbundet återkommande utvecklingssamtal vore