

kemedelssubventionen. Det kostar i fortsättningen att behålla sekretess i sjukvården.

*Hur är »reformen» kostnadskalkylerad för tidsåtgången?*

Det tar tid för läkaren att förklara för patienten hur registrering av diagnos fungerar och att sedan inhämta patientens åsikt ifråga. Det tar också tid att leta fram koden för varje symtom/diagnos som motsvaras av det utskrivna läkemedlet. Vilken kod har t ex profylaktisk antisvampbehandling vid kortisonterapi?

*Vem betalar?*

Patienten – genom att få 1 minuts konsultation och 14 minuters receptskrivning?

Sjukvården – hälften så många patienter kan bokas, eftersom varje besök tar dubbelt så lång tid, produktiviteten halveras?

Läkaren – genom att stressa dubbelt så mycket och avstå från måltidsuppehåll och reglerad arbetstid?

Apoteksbolaget – som efterfrågar informationen!?

Här kommer jag med ett rationellt förslag. Det är att läkaren skriver enbart diagnoskod på receptet. Apotekaren väljer rätt läkemedel och dosering, eventuellt efter konsultation av överdirektören på Socialstyrelsen. Så garanteras »kvalitet på läkemedelsförskrivningen» och man slipper besväret med att kontrollera att läkare skriver rätt medicin vid rätt diagnos.

*Annika Michanek  
med dr, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset,  
Göteborg*

## Om svar anhålles...

I Hjalmar Söderbergs »Den allvarsamma leken» (1912) skriver Arvid Stjärnblom brev till sin tillbedda – Lydia. Och: »Han fick svar nästa dag. Arvid. Tack för ditt brev. Jag har läst det om och om igen...» Och på ett annat ställe skriver Lydia: »Arvid. Jag skriver detta på Hôtel Continental, nyss hemkommen från Operan. Portiern säger att det kommer fram söndag morgon...»

Svar nästa dag! Postutdelning på söndag! I takt med revolutionen inom kommunikationsteknologin (fax, e-post, Internet) tycks denna förmåga till enkel och snabb kommunikation – möjlig för snart 100 år sedan! – helt ha försvunnit.

## KORRESPONDENS

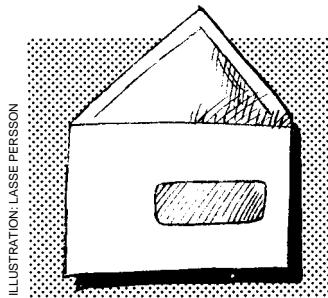


ILLUSTRATION: LASSE PERSSON

**Har någon förslag på hur vi ska återupprätta brevet status som kommunikationsmedel?**

### Många brev obesvarade

Från att ha varit något man satte en ära i att snabbt och noga besvara tycks brev numera ha blivit något man lägger åt sidan så länge »ingenting händer» – eller tills det ligger i ens eget intresse att besvara dem. Inte minst tycks detta gälla sjukhus och andra aktörer inom vårdsektorn.

Således finns på min egen »syndalista» nu en rad mottagare av obesvarade brev. Med »obesvarat» menas här brev som på tre månader inte föranlett någon reaktion.

Bland syndarna finns Socialstyrelsen (tre brev), tre sjukhus och en vårdcentral. Ett av sjukhusen har sex obesvarade brev.

I breven till Socialstyrelsen försökte jag få besked om vilka regler som gäller för beslut om obduktion med anledning av det oklara ansvarsläget, medan breven till vårdinrättningarna gällde förfrågningar om möjligheterna till vikariat eller annan tjänstgöring.

Det vore intressant att höra om andra har liknande erfarenheter som jag. Och om någon har förslag på hur vi ska återupprätta brevet status som kommunikationsmedel. Förslag och tips emottas således tacksamt.

*Gunnar Olofsson  
leg läkare,  
Göteborg*

*Alltid dubbelt radavstånd!  
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.*

## Läkarorganisationer biträder Socialstyrelsen i kursplanering

De frågor Bengt Zederfeldt tar upp i sin artikel »Specialistutbildningen i djup kris. Läkarernas organisationer bör få överta ansvaret», Läkartidningen 8/97, är angelägna och inte helt enkla att lösa. Den ekonomiska åtstramningen inom den offentliga vården har bl a fått till följd att ST-tjänster inte på långt när har inrättats i den omfattning som var en grundtanke i den nya målstyrda specialistutbildningen. Vikarieproblemet har uppmärksamats i olika sammanhang och Socialstyrelsen har vid överläggningar med Landstingsförbundet särskilt tagit upp denna fråga. En jämn specialistförsörjning är avgörande för bibehållande av kvaliteten i den svenska sjukvården.

Från den 1 december 1996 gäller nya reviderade målbeskrivningar för specialiseringsstjänstgöringen. Förhoppningsvis kommer dessa tillsammans med de utbildningsböcker som nu tas fram i specialistföreningarnas/sektionernas regi att utgöra ett bra stöd för alla intressenter inom specialiseringsstjänstgöringen, både ST-läkare, handledare och verksamhetschefer. Det finns tydliga tecken på att handledarna nu börjar öka sitt inflytande över utbildningen. Det är bara att hoppas att handledaruppdraget får sitt välförtjänta meritvärde, vilket dock ligger utanför Socialstyrelsens möjligheter att påverka.

### Full beläggning

SK-kurserna är Socialstyrelsens specifika ansvar. Den ekonomiska verkligheten tvingade oss tyvärr att ställa in ett förhållandevis stort antal kurser höstterminen 1996. En sådan »panikbromsning» är självfallet inte bra. En effekt fick dock det minskade antalet SK-kurser den terminen, nämligen att beläggningen på de kurser som faktiskt genomfördes låg på 98 procent mot tidigare ca 80 procent.

Den del av kursadministrationen som sköts av Socialstyrelsen är både billig och bra.

Riksdagen har gett Socialstyrelsen direktiv att SK-kurserna i huvudsak bör ske i form av uppdragsutbildning vid de medicinska fakulteterna. Sådan uppdragsutbildning är alltid förenad med särskilda administrativa påslag som uppdragsgivaren måste erlagga oavsett de administrativa uppgifter som fullgörs i samband med utbildningen i fråga.

### Upprop till olika läkarorganisationer

Inför kursplaneringen för budgetåret 1998 har Socialstyrelsen gått ut med ett upprop till läkarorganisationerna med begäran om vissa uppgifter beträffande önskemål om teoretisk utbildning för att få ett bättre underlag för kursverksamheten 1998 vad gäller såväl täckningsgraden som kursfördelningen mellan olika specialiteter. Det är min förhoppning att resultatet av denna förfrågan skall utgöra ett gott underlag för ett bra kursutbud inom de ekonomiska ramar som står oss till buds. Vi vet inte idag vilka resurser som kan avsättas för denna verksamhet, men jag hoppas att samma summa som för 1997 kan stå till förfogande, ca 16 miljoner kr.

Det förtjänar att påpekas att både Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet har representanter i den arbetsgrupp som biträder Socialstyrelsen i kursplaneringen. Det anbudssystem som har tillämpats de senaste åren har inte fungerat helt tillfredsställande. Inför 1998 har jag goda förhoppningar att vi får ett bättre underlag med organisationernas benägna bistånd. Vi bearbetar för närvarande de hittills inkomna svaren och planerar att längre fram i vår gå ut med ett mer riktat anbudsförfarande för en bättre kursplanering.

*Nina Rehnqvist  
överdirektör,  
Socialstyrelsen*

## Legitimerade läkares rättighet att förskriva läkemedel

Receptförskrivningsrätten är en grundförutsättning för läkarverksamhet. Läkemedelsförskrivningsrätten tillkommer samtliga legitimerade svenska läkare oberoende av anställningsform och verksamhets-

**ANNONS**

område, för såväl arbetande som arbetslösa kolleger.

Det finns ett icke oansenligt antal legitimerade läkare som ej är verksamma inom den landstingskommunala eller privata vårdsektorn med kontinuerliga patientkontakter. Dessa, t ex labbläkare, forskare, läkare verksamma inom industrin eller statliga ämbetsverk, kan under inga omständigheter se sina receptförskrivningsrättigheter kringskäras bara med argument som att »läkemedelsförskrivningskostnaderna bör fördelas på sjukvårdens huvudmän, landsting och kommuner», på ett fördelningstekniskt säkert sätt.

Dagens föreslagna modell till receptförskrivningsrutiner med krav på koder för betalningsansvar på receptblanketter lever i sin nuvarande utformning inte upp till grundkravet på att varje legitimerad läkare ska ha rättighet till receptförskrivning. Receptförskrivningsrätten är oantastligt bunden till läkarlegitimationen.

Vem ska stå för kostnaderna för läkemedel som exempelvis läkarkolleger förskriver sig själva till följd av personliga sjukdomar, sjukdomstillstånd hos familjemedlemmar eller nära anförvanter.

I århundraden har läkare utan betalning ställt upp med medicinsk sakkunskap och hjälp till grannar och vänner i nöd. Denna form av osjälvvis läkarverksamhet får inte kringskäras som en följd av förändrade läkemedelsersättningskrav.

### Monopolisering

Dagens receptförskrivningsförslag kan ses som ytterligare ett steg mot monopoliserad landstingskommunal sjukvårdsverksamhet. Med detta förslag följer att en icke oansenlig del av läkarkåren förlorar sina receptförskrivningsrättigheter, och samtidigt kringskärs till en ytterst väsentlig del de läkarrättigheter som följer läkarlegitimationen.

Södermanlands läns läkarförening vill med kraft hävda att denna grundrättighet under inga omständigheter får gå förlorad för samtliga läkare med svensk läkarlegitimation. Det förefaller som om denna aspekt på receptförskrivningsproblematiken till stor del har förbi-setts.

Södermanlands läns  
läkarförening genom  
*Henrik Renvall*  
sekr, Eskilstuna

## KORRESPONDENS

### Justitiedepartementet illa informerat om intagnas psykiska hälsa

Vår artikel om fångars dåliga psykiska hälsa i Läkartidningen 1-2/97 [1] har vällat viss debatt. Vi fann en hög morbiditet, medan andra undersökare rapporterat mycket lägre tal. Våra tal stämmer med internationella studier där man gjort individuella psykiaterbedömningar av totalmaterial, och bekräffas av data från våra undersökningar på Gotland och i Trondheim.

Indirekta metoder (sjukvårdskonsumtion, personalrapporter) ger betydligt lägre siffror, i analogi med motsvarande studier på patienter i primärvården. En genomsnittlig distriktsläkare missar betydligt mer än hälften av de psykiska störningar som passerar mottagningen [2].

### Förvirrade politiker

På politisk nivå är man nu förvirrad, eftersom relativt färsk statliga utredningar om intagnas psykiska hälsa [3], där justitieministern var ledamot, inte fick fram att problemen är så stora. Utredningen, som trots att den handlade om psykiatriska frågeställningar saknade psykiaterrepresentation, föreslog åtgärder som inte löser problemen.

Under en radiodebatt med justitieministern tyckte jag mig förstå att hon inte är klar över vissa sakförhållanden. Så här är det. Det var bättre förr då kriminalvården hade egna psykiatriska resurser. Jag arbetade i den verksamheten på 1960-talet. Socialdemokratin som länge stått för behandling och differentiering inom verksamheten gjorde då en helomvändning, som ingen utom experterna ifrågasatte. Psykiatrin inom kriminalvården avvecklades och den vanliga sjukvården gavs ansvaret för att erbjuda alternativ till kriminalvårdspsykiatrin. Det utformades inga incitament för att göra det. Landstingspsykiatrin riskerar inte några negativa sanktioner om man avstår från sådana satsningar. Resurser tillfördes

inte. Därför har det inte blivit något.

### Psykiaterkåren får skulden

I politikernas föreställningsvärld tycks skulden ligga kollektivt på psykiaterkåren: »Psykiatererna tycker att dessa patienter är besvärliga och vill inte jobba med sådana» (citad radiodebatten), en närmast oförskämd syn på en hel yrkeskår.

Vidare framförde justitieministern uppfattningen att eftersom »kriminalvårdsklientelet har samma störningar som patienter utanför murarna så kan den vanliga sektorspsykiatrin kompetensmässigt behandla sådana klienter».

Flertalet vanliga patienter med ångest och depression har varken personlighetsstörningar eller missbruk, och inte heller den speciella aggressionsproblematik som leder till kriminalitet och behandlingsproblem. Har man minst trippeldiagnoser (vilket en majoritet av de behandlingskrävande intagna har) krävs särskild kompetens för att klara behandlingsuppgiften. Det har inte den vanliga sektorspsykiatrin. Korrigeras inte missförståndet – resurser och kompetens finns inom sektorspsykiatrin men psykiaterna vill inte – går det inte att lösa problemen inom överskådlig tid.

*Sten Levander*  
professor,  
SVK-mottagningen,  
Malmö Östra sjukhus

### Referenser

1. Levander S, Svalenius H, Jensen J. Psykiska skador vanliga bland interner. Läkartidningen 1997; 94: 46-50.
2. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 6-12.
3. Kriminalvård och psykiatri. SOU 1994:5.

### Myggnät att rekommendera mot malaria

I Läkartidningen 3/97 redovisar Andreas Mårtensson vid infektionskliniken i Lund åtta

fall av falciparummalaria från Afrika som man vårdat vid kliniken föregående år. Av dessa hade två tagit regelrätt profylax med klorokin och proguanil, fyra fullföljt klorokinprofylax, en avbrutit med meflokin och en ej tagit profylax.

I Läkartidningen 11/97 redovisar Ingrid Nilsson-Ehle vid samma klinik tre fall av falciparummalaria hos Indienresenärer som alla tagit klorokinprofylax.

Koncentrationsbestämning av klorokin utfördes inte. Likväl rekommenderar båda kollegerna förhöjd dosering vid ökad kroppsvikt. Själv betvivlar jag att detta skulle ha hjälpt på grundval av mina erfarenheter från Mellanöstern.

### Klorokinresistent

Den falciparummalaria som de senaste åren härjat i Pakistan och som är på spridning söderut till Indien är i huvudsak klorokinresistent. Vanligen blir den sjuke besvärsfri vid behandling med klorokin, men redan en vecka efter avslutad behandling är sjukdomen tillbaka med full styrka. Själv brukade jag behandla med kinin, men jag vet att andra kolleger haft framgång med Fansidar. Båda dessa medel var lyckosamma även för patienterna i Lund.

Problemen med klorokinresistent malaria är större än vad som kan åtgärdas med en marginell dosförhöjning. Vi är tillbaka vid utgångspunkten. Kemoprofylaxen sviktar. Det viktiga är barriärmetoder: myggnät mot malaria och denguefeber, kondom mot STD-sjukdomar och handskar mot sjukhusinfektioner!

*Stig Cronberg*  
universitetslektor, infektionskliniken, Universitets-  
sjukhuset MAS, Malmö

Replik:

### Enbart myggnät räcker knappast som malaria-skydd

Stig Cronberg menar att klorokin oftast bara hade en tillfällig effekt när patienter med falciparummalaria behandlades i Mellanöstern, medan återfall sällan eller aldrig sågs efter sulfadoxinpyrimetamin eller kinin. Som pro-