

uppges en distriktsläkarkollega ligga och ingenting är kanske längre ägnat att förvåna.

Tord Bergmark
specialist i allmänmedicin
och psykiatri, leg psyko-
terapeut, Stockholm

Patient-läkar- relationen viktig i körkortsfrågor

förutsätts känt, är värda att återges, jag citerar några exempel:

Snyggt

Säg gärna nåt (inte något, min anm) positivt om patienten. Snygg frisy, ser pigg ut eller liknande – men bara om det finns sanningshalt i påståendet.

Svammel

Säg hellre att du inte vet än något du »hittar på». Lova i stället att du ska kolla upp saken och återkomma – och gör det sedan...

– Var god sitt doktorn sa en gång en patient

Låt konsultationen börja med ett samtal sittande innan du bjuder patienten att lägga sig på undersökningsbritten – om det överhuvudtaget är nödvändigt. (Min kursivering)

Övning ger färdighet

Öva ofta på olika undersökningstekniker, så att du kan dem är de behövs. Patienten är dessutom ofta nöjd med att bli väl undersökt.

Något av råden är förnuftigt och adekvat formulerat, t ex när undersökning givit misstanke om allvarlig sjukdom, (Återkoppling), medan något är diskutabelt, t ex ifrågasättandet av behovet av klinisk undersökning, eftersom en sådan hållning kan bidra till missade allvarliga sjukdomstillstånd.

De flesta av råden utmärks dock av att Språ givit texterna en karaktär av instruktioner för människor i grundskolans mellanstadium. En konsulterad 14-åring finner texten under hans nivå. På Språ uppges skriften ha mottagits väl ute på vårdcentralerna. Av vilka? Spris motiv för den infantiliserande språkdräkten är oklart. Bakom häftet

Det finns människor som från medicinsk synpunkt är olämpliga att köra bil. Därför är det bra att man i Vägverkets författningssamling 96:200 stramat upp reglerna för körkortsinnehav. Vi får här en vägledning i vad som bör beaktas från trafiksäkerhetssynpunkt vid olika sjukdomstillstånd.

Det är säkert också viktigt att körkortsinnehavare över 65 år som har körkort klass II och III skall visa upp nytt läkarintyg i samband med att deras körkort förnyas.

När det gäller detta läkarintyg, liksom vid omprövning efter rattfylleriförseelse, är det patientens initiativ att begära ett utlåtande. Detta innebär normalt inget hot mot förtroendet mellan läkaren och patienten.

Nytt lagförslag

I samband med att den nya författningssamlingen presenterades aviserades också en ny körkortsagstiftning. Enligt det lagförslaget är läkaren skyldig att anmäla till länsstyrelsen den körkortsinnehavare som av medicinska skäl befinns olämplig att inneha körkort.

Här inträder en helt annan situation än den ovan skisserade, där patienten tar initiativ och begär ett utlåtande. Här är det läkaren som ska anmäla (den eventuellt intet ont anande) patienten. Kan patienten förväntas berätta för mig om sina symtom, som kan vara i behov av behandling om han samtidigt riskerar att jag anmäler honom som olämplig att köra bil?

Här krockar två roller: läkaren som myndighetsperson och läkaren som »patientens advokat».

Kan läkaren samtidigt fungera som patientens förtrogne

och som angivare av patienten inför körkortsmyndigheten?

Denna lag har ännu inte trätt i kraft. Det är bra för då kan vi ha tid att ytterligare diskutera denna fråga.

Tillsammans komma överens

Vi menar att patientens husläkare, eller på annat sätt patientansvarig läkare har en självklar skyldighet att i tillämpliga fall diskutera körkortsfrågan med sina patienter. Det som idag gäller är att läkaren då kan göra en överenskommelse med patienten att avstå från att köra bil om det är medicinskt motiverat. Många kan vittna om körkortsinnehavets psykologiska betydelse (för t ex äldre män) även om det ej används annat än som legitimation på posten.

Låt oss behålla denna möjlighet till överenskommelse och lära oss använda Vägverkets föreskrifter som vägledning. Vi menar att det är viktigt för patient-läkarrelationen och därmed skapas bättre förutsättningar för att sjuka människor inte undandrar sig behandling.

*Leif Gylleford,
Lena Hedendahl, Maria
Nilsson-Blix, Mats Nilsson,
Björn Olsson, Britt Sjölin-
Israelsson, Sonny Sunnerö,
Meta Wiborgh*
allmänläkare,
Primärvården, Luleå

Replik:

Muntlig överens- kommelse krä- ver uppföljning

Det är roligt att höra att kollegerna från primärvården i Luleå vill lära sig använda Vägverkets föreskrifter som vägledning i de viktiga men svåra frågorna om medicinsk lämplighet att inneha körkort. Det stora intresset för information om de här frågorna bland läkargrupper ute i landet vittnar också om att många är i behov av ytterligare information.

Det förslag om att ta bort möjligheten till muntlig överenskommelse som lades i utredningen »En körkortsreform» har inte gått igenom. Fortfarande gäller den gamla

skrivningen i körkortslagens 17 a §. De remissinstanser som yttrat sig över anmälningsskyldigheten önskar heller inte ta bort den helt. Även Vägverket ansluter sig till denna syn, men önskar en möjlighet att föreskriva i vilka situationer den kan användas och under hur lång tid.

I dagsläget är det säkerligen fördelaktigt att i en tidig kontakt med den som är »uppenbart olämplig» att inneha körkort, lösa frågan genom muntlig tillsägelse om att inte köra. I denna situation får man dock anse att det åvilar läkaren både ansvaret att bedöma om det »finns anledning anta att körkorthavaren kommer att följa läkarens anmaning» och dessutom ett ansvar för att följa upp att patienten inte kör bil.

Tvåstegsförfarande

Det är inte felaktigt att se det här som ett tvåstegsförfarande. Man gör i första hand en muntlig överenskommelse och om man vid uppföljning inser att patienten trots detta kör bil får man bedöma att det inte längre »finns anledning anta» att detta räcker. Man går då vidare med en anmälning till länsstyrelsen.

Vid ett seminarium i Umeå nyligen med titeln »Kan jag anmäla min patient» citerade ordföranden i Läkaresällskapets sektion för medicinsk etik, Lars Jacobsson, de etiska reglerna som styr vårt handlande. Han fann inte i några av dessa att en anmälningsskyldighet skulle strida mot läkaretiken. Det är dock viktigt att man har ett handlingsutrymme för rimlighetsbedömning.

Lars Englund
chefläkare,
Trafikmedicinska rådet,
Vägverket

Schizofrena har också ett själsliv

Roland Berg tycker illa om boken »Ofattbara stormar» av Murray Jackson och Paul Williams (Läkartidningen 38/97), och det kan ingen förmena honom. Men eftersom jag läst den noggrant i original och också skrivit en introduktion till den svenska upplagan känner jag ett behov att kommentera hans recension.

Berg skriver att framställningen präglas av brist på ödmjukhet och av en underskattning av värdet av andra än psy-

ANNONS

ANNONS

koanalytiskt orienterade förklarings- och behandlingsmodeller vid schizofreni.

Detta är för mig ett obegripligt uttalande. Just balansen i framställningen har varit ett av skälen till att jag engagerade mig i att få boken utgiven på svenska.

På sidan 218f skriver Jack-son att vi ännu inte vet om det är möjligt att kompensera psykoterapeutiskt för de neurologiska och kognitiva brister som vi idag vet är förbundna med schizofreni. »Det verkar rimligt att anta att strukturell patologi för med sig en rad olika handikapp, som även i varierande grad stör mognadsprocesserna i personlighetsutvecklingen.» Författaren understryker flera gånger vikten av att utveckla såväl kognitiva som psykoedukativa metoder och han är naturligtvis positiv till en balanserad farmakabehandling.

Bokens budskap är inte att alla psykospatienter ska ha psykoanalytiskt orienterad behandling. De aktuella fallen är alls inte utvalda för att visa att psykoanalytisk terapi är så värdefull. Då skulle givetvis inte flera föga framgångsrika fall ha tagits med. Men de illustrerar alla, och på ett ibland som jag tycker lysande sätt, att många psykotiska patienters föreställningar kan bli förståeliga med ett psykoanalytiskt betraktelsesätt, liksom att det i vissa fall är viktigt att ge patienten chansen att få bearbeta sådana konflikter som genom sin höga laddning underhåller en psykotisk process.

Att förstå ett psykologiskt/dynamiskt sammanhang är ju inte detsamma som att säga att tillståndet orsakas av detta. Det innebär inte heller att man förnekar biologiska mekanismer. Men det glöms ofta bort att också en schizofren person har ett själsliv och som kan studeras med psykoanalytisk metod. Det är belysningen av detta faktum som gör boken mycket läsvärd.

Johan Cullberg
professor,
Södermalms psykiatriska
sektor, Stockholm

Sextiosju knapptryckningar i dataprogram

Så har då även mottagningen här tvingats införa datajour-

KORRESPONDENS

Läkarförbundets ordförande bör avgå och dess VD sparkas

Läkarförbundets ordförande och dess VD har i sina medlemmars namn gjort ett häpnadsväckande utspel i en debattartikel i Dagens Nyheter. Man hävdar där att hela det svenska sjukvårdssystemet ska göras om i grunden så att all vård säljs ut till privata intressenter. Detta är det mest extrema förslag som över huvud taget figurerat i sjukvårdsdebatten, och det framläggs som om det vore ett förslag från Läkarförbundet.

Det är obegripligt att Milton och Leth anser sig ha mandatat att agera på detta sätt. Har Läkarförbundets styrelse tagit ställning till detta förslag? På vilket sätt har medlemmarna tillfrågats?

Anders Milton och Robert Leth kommer nu säkert att dölja sig bakom påståendet att artikeln huvudsakligen handlar om missnöjet med Landstinget som arbetsgivare och vårdorganisatör. Men huvudbudskapet är faktiskt mycket mer långtgående: all sjukvård ska privatiseras. För alla förbundets medlemmar som bara indirekt hört om artikeln: läs den och se vad som föreslås i ert namn!

Milton gjorde för ett par månader sedan ett annat ut-

spel, den gången tillsammans med Bo Södersten, där han hävdade att vi kan klara oss utmärkt med färre doktorer i sjukvården, om man bara differentierar lönerna så att somliga av oss får mer betalt. För den som ser slitet runt om på sjukhuset eller tar del av undersökning på undersökning som visar att läkarna är överanstängda och överutnyttjade tedde sig detta utspel som ett cyniskt skämt.

Varken Milton eller Leth kan hävda att de uttalar sig som privatpersoner. Vill de delta i debatten som privatpersoner får de lov att lämna sina poster, för så länge de innehar dem uppfattas de självklart som representanter för Läkarförbundet med medlemmarnas instämmande i ryggen när de uttalar sig i sjukvårdspolitiska frågor. Vill de verka för så extrema åsikter som de framför får de antingen se till att ha mandat från förbundets medlemmar för detta eller avgå. De bör snarast publicera ett tillrättläggande.

Gunnar Birgegård
överläkare, Uppsala

*

Förbundets kommentar kommer i ett senare nummer av Läkartidningen.

naler av märket Swedestar. Samtidigt har man minskat kontorspersonalen (men givetvis inrättat/köpt administrativa datatjänster i centralorten!). Detta har medfört att det har blivit en läkaruppgift att i datorn lägga in uppgifter om provtagning så att laboratoriepersonalen får underlag för sitt arbete.

Stjäl tid från patienterna

Om jag vid ett vanligt besök vill ordna med provtagning av vikt, blodvärde, sänka, kalium, kreatinin, blodsocker, EKG och urinprov måste jag utföra 67 knapptryckningar och hoppa mellan flera olika alternativrutor. Katastrofalt! Med så många tryckningar blir det förstås lätt fel och antalet tryckningar blir än större. Detta stjäl tid från och försämrar patientarbetet, stressen ökar påtagligt.

Om patienten dessutom har sockersjuka och jag vill ta HbA1C, mikroalbumin i urin och blodfetter, så blir det en mängd knapptryckningar till!

Samtidigt skriver läkarsekreterarna in samma uppgifter om proven i programmets tidsbok (motsvarande), men detta kan då inte laboratoriepersonalen dra nytta av på grund av programmets utformning! Det naturliga vore förstås att frigöra läkartid för patientarbete och utnyttja den information som sekreterarna ändå skriver in.

Hur kan någon kliniskt verksam läkare ha accepterat ett så bakvänt program som Swedestar? Är systemet, innan vården drabbades av det, kvalitetskontrollerat av någon allmänläkare som har en rejäl mottagning?

Anders Överby
distriktsläkare, Koppom

Nytt register borde kunna användas av behandlande läkare

Socialstyrelsen har återigen förslagit på ett register. Detta skall finnas både hos Apoteksbolaget och Socialstyrelsen. Man skall samla alla uthämtade receptbelagda mediciner för samma patient, och ha en funktion som larmar om det finns interaktionsrisk etc.

Idén som sådan är utmärkt, men dessa uppgifter skall ju framför allt finnas i första ledet, hos dem som utfärdar recepten! Att stå på apoteket och diskutera är ingen större poäng, man måste ändå kontakta behandlande läkare.

Om apoteket för in uppgifterna kan de inte skilja på pågående och nyss avslutad mediciner. Det blir massor med falsklarm.

Och ännu värre om det hamnar på Socialstyrelsen! Vi har sett hur uppgifter från andra centrala register hanterats, på hjärtinfarkter exempelvis. Spårren förskräcker...

Samtidigt ökad patientsäkerhet

Däremot, om ett sådant register, eller kalla den medicinlista, fanns centralt inom ett landsting och kunde användas av alla behandlande läkare för utfärdande av recept och notering av pågående medicinering, då vore det en poäng. Om den sedan kunde kopplas till en elektronisk Fass, som varnade för interaktioner, och som direkt under pågående förskrivning kunde konsulteras angående dosering etc skulle det vara ett utmärkt hjälpmedel för läkaren samtidigt som patientsäkerheten skulle öka.

Om man sedan vill koppla medicinlistan till en elektronisk receptfunktion mot apoteket må väl vara en smaksak. Fast det vore kanske nyttigt för doktorn att se hur mycket av det han förskriver som sedan hämtas ut.

Juristerna får väl bedöma om denna medicinlista är legal enligt journallag. Dock tycker man att uppgifter som skall sammanställas både hos apoteket och Socialstyrelsen alldeles definitivt borde kunna användas av behandlande läkare!

Carl Johan Westborg
distriktsläkare, Boden