

kostnader och det drabbar utskrivaren i stället.

Vårdcentraler med ont om pengar bollar patienten till akutmottagningen osv. Man skapar ett osunt system. Risken för sämre vård är stor.

Även privatläkarna kommer att drabbas på sikt, eftersom även en budgetsumma just för dem kommer att finnas hos huvudmannen.

Nej, protestera mot detta! Låt alla läkemedelskostnader finnas budgeterade på ett enda ställe hos varje huvudman, t ex hos läkemedelskommittén och låt den styra vilka läkemedel som rekommenderas.

För övrigt ska man lita på läkarnas omdöme och på att de är lojala både mot patient och mot huvudman – utan några datoriserade kontrollsystem.

Integritet och omdöme

(Skribentens namn är känt av redaktionen)

Franciskanerklostret i Varnhem – måste vara ett misstag

Läkartidningen 47/97 har i en ruta till höger på sidan 4306 under vinjetten Medicinhistorisk paus en uppgift om Franciskanerklostret i Varnhem. Såvitt jag förstår måste här föreligga ett misstag. Varnhemsklostret var grundat av och tillhörde Cistercienserna.

Franciskaner (och Dominikaner) hade sina kloster i Skara.

Janne Pejme

med dr, överläkare, Stockholm

Kommentar: Naturligtvis var Varnhems kloster och hospital knutet till Cisterciensorden. Min tanke gjorde inte uppehåll i artikeln efter Skara hospital och franciskanerna.

I Skara fanns två kloster. Franciskanernas, »Guds små fattiga», hette S:ta Katarina, medan dominikanernas, »predikobrödernas», kloster var S:t Olof.

Hospitalet i Skara synes dock ha varit i viss mån fristående från klostren och hade S:t Göran som skyddshelgon.

Torgil Hallböök

docent,
Skövde

Förtydligande av Vägverkets föreskrifter om medicinska krav och körkort

Man bör förvänta sig en högre nivå på debatten än den som Uno Käärik för fram på Läkartidningens ledarsida i Läkartidningen 47/97. Käärik verkar inte ha bemödat sig om mer än att bläddra i innehållsförteckningen i de föreskrifter (VVFS) 1996:200) som reglerar när ett sjukdomstillstånd är så allvarligt från trafiksäkerhetssynpunkt att vederbörande inte bör inneha körkort.

Ur Kääriks ledarstick skulle man kunna dra slutsatsen att det är sjukdomstillståndet i sig som utgör hinder. En närmare genomgång av texten i respektive kapitel visar på att det finns relevanta avgränsningar när tillstånden innebär trafikfarlighet. I sådant fall kan läkaren i första hand diskutera frågan med sin patient samt i andra hand ge ett muntligt körförbud och följa upp om det fungerar. Om det inte gör det kan han som sista alternativ vara skyldig att anmäla saken till länsstyrelsen.

Liberalare här än i övriga Europa

För att i sak bemöta Käärik vill jag påpeka att de svenska föreskrifterna i de flesta avseenden är liberalare än i andra europeiska länder. För synförmåga är det enbart marginella, och av EU-medlemskapet påtvingade, skärpningar som skett och i huvudsak gäller som tidigare visusgränserna 0,5 för vanlig bil, 0,8 för tyngre fordon och normala synfält på ett respektive två ögon.

Vad gäller hörsel får man vara döv om man inte vill köra buss eller taxi. Defekter i rörelseorganens funktioner utgör så gott som *aldrig* hinder efter bilanpassning.

Hjärt-kärlsjukdom med stor risk för plötslig medvetlöshet i trafiken kan vara hinder för personbil, medan striktare krav ställs för yrkestrafik.

För diabetes har vi Europas liberalaste regler. För epilepsi är det som tidigare en karens på två år efter anfall; vissa undantag med minskad risk för nya anfall kan sänka den till ett år.

Demens utom lindrig sådan samt andra sjukdomar med »allvarlig kognitiv störning» kan utgöra körkortshinder.

Missbruk eller beroende av alkohol, droger eller läkemedel har alltid (eller åtminstone sedan början av 1980-talet) utgjort hinder. Det nya är en mer specificerad skrivning när det gäller kraven på nykterhet – varaktighet, verifikation

och prognos för fortsatt sådan – när det gäller att »bli lämplig igen».

För psykisk sjukdom handlar olämplighet om vissa situationer vid schizofreni och manodepressiv sjukdom samt vid psykisk sjukdom med »allvarligt stort beteende, impulskontrollstörning eller uttalade brister i fråga om omdöme eller anpassningsförmåga».

Samtliga kapitel i föreskriften är utarbetade efter samråd med ledande ämnesföreträdare eller sektioner i Läkarsällskapet och har i sin remissomgång passerat såväl Läkarsällskapet, Socialstyrelsen som Läkarförbundet.

Att hävda att föreskrifterna innebär att »rapporteringsskyldigheten skulle gälla ett *mycket brett* (min kursivering) medicinskt område» är inte med sanningen överensstämmande.

Vägverket anser inte heller att möjligheten till muntlig överenskommelse helt skall tas bort och läkarens bedömning kan och bör även i fortsättningen vara nyanserad, vilket jag också uttryckt i en artikel i Läkartidningen 39/97.

Lars Englund

chefläkare,
Trafikmedicinska rådet,
Vägverket

Kommentar: Diskutera budskapet – inte detaljerna!

Det ligger i ett ledarsticks format att alla detaljer och nyanser inte kan behandlas. Lars Englunds kritik förefaller också mest att handla om vad som *inte* står i ledaren.

Den baseras emellertid i allt väsentligt på Läkarförbundets (också kortfattade) remissyttrande över körkortsutredningens förslag. Där kritiserar just förhållandet att rapportskyldigheten gäller ett mycket brett medicinskt område.

Lars Englund redovisar dock ingen uppfattning rörande det som är ledarens budskap – dvs det olämpliga i att läkare agerar på ett sådant sätt att människor inte vågar söka vård och de konsekvenser som detta kan få för trafiksäkerheten.

Uno Käärik