

bet Palmgren tar upp kan inte lösas av landstinget. Det är staten som beslutar om flyktingpolitiken, och det är den enskilda individen som beslutar att gå under jorden.

När det gäller gömda utlänningar som har behov av omedelbar vård är landstingets ansvar mycket tydligt. Det är klart att Hälso- och sjukvårdslagen i detta avseende gäller även dessa personer. Den som har behov av omedelbar hälso- och sjukvård skall alltid ges sådan vård! Betalningsfrågan får då lösas i efterhand.

På vilken grund medicinalrådet Per G Swartling på Socialstyrelsen utgår ifrån att landstingen ger gömda utlänningar »all nödvändig vård som för andra flyktingar utan att ersättningsfrågan är löst» får han själv besvara. Landstinget tar sitt ansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen och enligt det regelsystem som finns inom flyktingpolitiken.

Sofia Weman

1:e sekreterare,
Stockholms läns landsting,
Hälso- och sjukvårdsnämndens stab

Vilken är förtroendeläkarens roll i samhället?

De så kallade förtroendeläkarna hos försäkringskassa och försäkringsbolag gör enbart bedömningar om arbetsskador, medicinsk invaliditet, förtidspensionering etc efter intyg och journaler från behandlande läkare, specialister m fl.

Det märkliga med förtroendeläkarna är att de inte har några lagar eller förordningar att arbeta efter. Frågan man måste ställa är om en läkare kan ställa en lika säker diagnos med stöd av några papper? Blir diagnosen säkrare om läkaren personligen gör en omfattande undersökning?

Förtroendeläkarna anser tydligen att förfarings sättet att ställa en diagnos med hjälp av några papper är helt i sin ordning.

Att detta kan bli totalt fel skall jag ge exempel på. En kvinna råkar ut för en bilolycka där hon blir påkörd bakifrån, hon får en så kallad whiplashskada. Tre läkare undersöker kvinnan och konstaterar att det inte råder något tvivel om att

KORRESPONDENS



»Frågan man måste ställa är om en läkare kan ställa en lika säker diagnos med stöd av några papper?»

skadan beror på bilolyckan. Dessa papper skickas till försäkringsbolagets förtroendeläkare som anser att skadan inte beror på bilolyckan utan något helt annat. Några månader går och kvinnan får mycket ont i sin nacke och tvingas uppsöka läkare akut. Hon får träffa en läkare som gör en grundlig undersökning. Han anser efter undersökningen att skadan beror på bilolyckan. Det märkliga är att förtroendeläkaren och läkaren är samma person. Varken patienten eller läkaren har känt igen den andres namn, upptäckten görs av en annan läkare som går igenom olika journaler.

Denna händelse och andra gör att man måste ställa frågan till Läkarförbundet om detta är acceptabelt. Nu måste en diskussion komma igång kring förtroendeläkarnas roll i samhället. Skall förtroendeläkarna även i fortsättningen stå utanför lagar och förordningar, eller skall de ha samma rättigheter och skyldigheter som en vanlig läkare?

Per-Anders Hultman
Munkfors

Läkartidningens författar-
anvisningar publicerades
senast i nr 1-2/94. De
kan även beställas från
sekretariatet.

Kommentar:

Skall göra försäkringsmedicinsk bedömning

Förtroendeläkarna, eller numera försäkringsläkarna, arbetar i princip under samma regler som andra läkare. Vad som förmodligen åsyftas i insändaren är att endast intyg som utfärdas efter personlig undersökning kan bli föremål för prövning i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Intyg och utlåtanden »på handlingarna», oavsett vilken läkare som utfärdat dem, hamnar aldrig i HSAN. Beträffande sådana intyg kan patienten dock få en överprövning av intygets kvalitet genom att överklaga sakärendet, i regel ett socialförsäkringsärende eller en skadereglering hos ett försäkringsbolag.

Ofta skiljer sig försäkringsläkarnas utlåtanden från behandlande läkares genom att de också innehåller ett moment av försäkringsmedicinsk bedömning, dvs en bedömning av om ersättning skall utgå enligt villkoren och i så fall vad som skall ersättas. I t ex whiplash-fallen diskuteras ofta hur stor »merskada» trafikolyckan medfört utifrån tillståndet före olyckan. Detta uppfattas ibland som ett underkännande av behandlande läkares diagnos, vilket alltså inte behöver vara fallet.

Försäkringsläkarnas roll bör som regel inte innefatta undersökning av patienten utan bör inriktas på att tillse att det medicinska underlaget för bedömning är tillräckligt och att det vid behov kompletteras.

Jan Schöldström
chefjurist,
Sveriges läkarförbund

Rutinerna vid licensförskrivning bör ej förenklas

Björn Lundberg och medarbetare framför i Läkartidningen 7/96 synpunkter på rutinerna vid licensförskrivning och då särskilt av valproat. I artikeln diskuteras licensärenden som ligger förhållandevis långt tillbaka i tiden, 1970-1980, och mycket har förändrats sedan dess.

Vi stämmer helt i författarnas uppfattning att en huvuduppgift för Läkemiddelsverket är att sörja för patientsäkerheten. Här är biverkningsrapporteringen ett viktigt instrument. Licensläkemedel är ur denna aspekt jämställda med godkända läkemedel, och biverkningsrapporter skall rapporteras enligt samma regler. Förslaget om en mer generell uppföljning av biverkningarna är intressant och ligger i linje med den förändring av verksamheten som pågår i och med att en datorisering av licenshanteringen genomförs. En detaljerad uppföljning av bl a biverkningar kommer då att bli möjlig på såväl grupp- som individnivå. Fram till nu har vi huvudsakligen endast haft möjlighet att göra riktade uppföljningar av läkemedel där exempelvis en risk har kunnat identifieras. Ett exempel på detta är uppföljningen av blodbiverkningar vid remoxiprid-behandling (Roxiam).

30 000 ansökningar årligen

Läkemiddelsverket hanterar årligen närmare 30 000 licensansökningar inom hela det farmakoterapeutiska fältet. Antalet licensläkemedel i vårt register är ca 2 500. I nuläget görs en bedömning av licensläkemedlets farmaceutiska kvalitet samt att klinisk dokumentation som stöder användningen föreligger. Många licensansökningar gäller läkemedel som, i likhet med valproat, utvecklas i

ANNONS

ANNONS

syfte att så småningom marknadsföras, men det finns också ett stort antal licensansökningar för läkemedel som av olika skäl ej är aktuella för registrering. Det kan gälla sk orphan drugs, säräkemedel, som används vid ovanliga sjukdomar, men också läkemedel där företaget av olika skäl inte är intresserat av att ansöka om registrering.

Risk för drastisk ökning

Läkemedelsverkets uppgift är att verka för att väldokumenterade och godkända läkemedel används i hälso- och sjukvården och därmed vara restriktivt med beviljande av licensansökningar. Samtidigt får vi lämna tillstånd till licensförsäljning »om det finns särskilda skäl för att tillgodose särskilda behov av läkemedel inom hälso- och sjukvården». För att kunna lösa denna uppgift är det nödvändigt med ett ansökningsförfarande där skälen anges. Lundbergs och medarbetares förslag om ett förenklat förfarande med endast en anmälan av planerad användning av ett licenspreparat medger inte en sådan bedömning och är således inte förenligt med nuvarande lagstiftning. Risken för en drastisk ökning av användningen av licensläkemedel förefaller också trolig vid ett sådant förenklat förfarande. Många exempel finns där ett okritiskt accepterande av preliminära data lett till en påtaglig ökning av antalet licensansökningar. En granskning av motiven till förskrivningen anser vi därför vara nödvändig.

Avslutningsvis vill vi framhålla att licensinstrumentet generellt, enligt vår uppfattning, endast i särskilda fall kan ha till syfte att »generera meningsfull information om hur preparatet används och om dess kliniska värde», som det uttrycks i artikeln. Sådan information erhålles i regel bäst i väl upplagda och väl genomförda kliniska läkemedelsstudier.

Jane Ahlqvist Rastad
specialistläkare,

Christer von Bahr
docent, specialistläkare,
båda vid resultatenheten
kliniska prövningar/licenser,
Läkemedelsverket, Uppsala

Register för andra nyåret
1995 medföljde Läkartidningen 3/96

Svårt veta vad som ersätts av vilken försäkring

I sin replik på mitt inlägg i Läkartidningen 14/96 undviker Einar Perman kärnfrågan beträffande Läkemedelsförsäkringens och patientförsäkringens arbetssätt: Hur servas patienter och vårdgivare optimalt med försäkringsbedömningstjänster så att ersättningsbara skador verkligen ersätts utan extra krångel?

Läkare och patienter har redan som det är dålig kännedom om båda försäkringarna. Hur skall man då begära att de skall känna till vad som ersätts av vilken försäkring? Om båda försäkringarna handlades på samma enhet skulle förutsättningarna finnas för samordnad bedömning av en läkemedelsbehandlingsskada enligt båda försäkringsformerna. Man skulle då vid avslag enligt den ena försäkringen slippa informera om möjligheten till prövning enligt den andra. En sådan information väcker nämligen, hur den än meddelas, en förväntan om ett jakande slutbesked. Om den inte i stället leder till att man ej längre orkar bry sig med den eventuella följden att en ersättningsbar skada ej blir ersatt.

Daniel Schmidt
docent, överläkare,
medicinska kliniken,
S:t Görans sjukhus AB
tillika medicinsk rådgivare
vid PSR AB

Etiskt ledarskap, tack!

Förbundsledningen har i Läkartidningen 10/96 svarat på debattinlägg i nr 9/96 rörande vårt förhållande till läkemedelsindustrin. »Håll debatten vid liv!» är ledarens rubrik, men innehållet ett veritabelt mästerverk i repressiv tolerans, en skenbar öppenhet med en gummiartad brist på konkretion i argumentationen.

»Läkaryrket ställer stränga krav» ... inleder man högstämt och välkomnar vår debatt. Senare följer en historisk tillbakablick på temat »det var (ännu

värre förr». Läkarna håller numera i ökande grad ett öga på »gränssnittet» till industrin. Om med detta menas snittarna till ölen före det industrifinansierade fackliga årsmötet eller menyn till middagen efter är jag böjd hålla med. Annars är mitt klara intryck efter 25 år som läkare att industrin flyttat fram sina positioner och att bufféerna och operabiljetterna utbjuds som aldrig förr vid t ex läkarnas riksstämma.

Doktorn vit som snö

Sedan medger ledaren frankt att övertramp har förekommit, men i så fall i brist på kunskap eller erfarenhet. Och jag som trodde det var tvärtom! Någon medlem av Läkarförbundet har, om man får tro ledaren, aldrig »för egen vinning eller av andra mer eller mindre egoistiska skäl» medvetet överträtt någon etisk gräns. Det känns skönt att få detta bekräftat från högsta ort: Doktorn bär inte bara vit rock, han är vit ända in till benhinnorna. Diverse andra tjänstemän må ha sina etiska skavanker, men doktorn är vit som snö!

Och sedan, framhålls yrvalet, är det ju så att om etik kan man tycka olika, det är inte helt självklart vad som är »rätt eller fel». Och vips anser sig inte förbundsledningen behöva ta konkret ställning till de frågeställningar vi aktualiserat. »Så länge som man själv är strikt observant på riskerna» kan något som är högst suspekt för en person vara fullt normalt för en annan. Simsalabim! Då behöver man kanske inte ens följa de klara regler som finns?

Påverkas ej?

De flesta läkare man talar med anser inte alls att de påverkas av att gå på gratismiddagar, åka på utlandsresor eller avnjuta operaföreställningar betalda av industrin. Kanske är det detta förbundsledningen avser med att vara »strikt observant på riskerna»? För att inte tala om industrin: Tänk vad grundlurade de blir! Slänga ut miljontals kronor på årsmöten, utlandsresor och Allmänmedicinska Fora. Och ingen blir påverkad i sin tjänsteutövning! Vad ska bolagsstämman säga? Tala om gigantiska felinvesteringar!

Avslutningsvis konstateras att allt är gott och väl som det är. Det är ett »hälsotecken» att

vår uppfattning alls får komma till uttryck i Läkartidningen. Debatten visar också, menar man, att byken »inte är smutsigare än att den tål att hängas ut för vädring». Denna märkliga metafor får väl stå för förbundsledningen, personligen tvättar jag innan jag hänger ut något, inte minst med tanke på grannarna.

Etiskt ledarskap efterlyses

En from önskan: Ge oss mindre retorik av tvetydig välvilja och icke-ställningstaganden. Ge oss mer av etiskt ledarskap med rakryggade ställningstaganden och en oberoende relation till industrin. Denna är i alla avseenden professionell och fullgör sitt legitima uppdrag att långsiktigt förmera aktieägarnas sparade pengar. Läkarkårens uppdrag är ett helt annat.

Anders Hernborg
distriktsläkare, Laholm

Kommentar

Läkartidningens ledare skrivs inom redaktionen. Anders Hernborg har läst och tolkat den som publicerades i nr 10 på ett egenartat sätt. Men Läkartidningen är öppen för debatt i hälso- och sjukvårdsfrågor av intresse för alla läkare, och hans synpunkter bereds självfallet utrymme. I det ämne saken gäller är det, precis som rubriken på ledaren angav, viktigt att hålla debatten vid liv. Någon »repressiv tolerans» är det definitivt inte fråga om.

Red

Lyhörd läkare befrämjar läkningsprocessen

Om man som läkare träffar patienter som förknippar sina besvär med olika miljöfaktorer kan man antingen ha en dialog med dem, lyssna och lära sig om de samband som tycks föreligga, eller på förhand ha bestämt sig för att sådana samband inte finns och deklarera detta för patienterna. I det senare fallet lär man sig som läkare ingenting.

Att som Carl-Johan Göthe och medarbetare i Läkartidningen 9/96 tala om ESS (envi-