

Körkorts- utredning över läkarnas huvuden?

Körkort har i Sverige sedan 1916 varit förknippat med medicinska krav. Nu vill en ny utredning införa obligatorisk anmälningsplikt för läkare. Och varken Läkarförbundet eller Socialstyrelsen är remissinstans.

Till 1981 »borde» läkare anmäla till länsstyrelsen om någon förare hade en trafikfarlig sjukdom. Då ändrades reglerna och läkare skulle enligt Körkortsförordningen anmäla »uppenbart olämpliga» patienter med körkort till länsstyrelsen, men det fanns undantag.

Om läkaren gav patienten körförbud och patienten följde läkarens ordination behövde läkaren inte göra någon anmälan. Detta skulle enligt departementet inte vara en skärpning [1]. 1989 överfördes paragrafen från Körkortsförordningen till Körkortslagen (§a 17).

1994 års körkortsutredning gav i juni 1996 ut sitt slutbetänkande En körkortsreform (SOU 96:114). Remisstiden går ut den 1 november 1996.

Obligatorisk anmälningsplikt

Utredningen föreslår en obligatorisk anmälningsplikt till länsstyrelsen. Det är svårt att hitta förslaget (10 Kap 2§), som inte finns i sammanfattningen [2].

Någon riktig motivering till lagförslaget finns inte i utredningen: »Enligt vår mening bör en läkare som undersöker en körkortshavare alltid vara skyldig att anmäla till länsstyrelsen om han finner körkortshavaren av medicinska skäl olämplig som körkortshavare» [3].

Körkortsutredningens utredare, f d regeringsrådet Bertil Voss, uppger vid telefonkontakt att några undersökningar eller utredningar inte utförts. Man har inte talat med läkare. Man har inte utrett medicinskt etiska frågor och problemet med läkare-patientrelationen. Vidare behandlar inte utredningen hur den nuvarande lagen fungerar. Man vet heller inte hur stor volym anmälningar den nya lagen skulle medföra.

Silja Klint, rättssakkunnig vid Kommunikationsdepartementet, har både varit expert i utredningen och valt ut de 37

KORRESPONDENS

remissorganen. Hon uppger att det var »nog en miss» att Socialstyrelsen inte blev remissinstans. Att Läkarförbundet borde vara remissinstans håller hon inte med om utan hänvisar till den allmänna möjligheten att inkomma med remissvar.

Klint menar att det är ingen större ändring av lagen, »man tar bara bort en mening».

Vid telefonkontakt den 22 oktober visade det sig att varken Läkarförbundet eller Läkartidningen kände till lagförslaget.

Ett förtroendefullt förhållande mellan läkare och patient är en grundbult i vårt yrke.

Att Körkortsutredningen kan föreslå att läkare skall ha en ökad anmälningsplikt helt utan motivering eller medicinskt etiska överväganden får mig att häpna.

När sedan varken Läkarförbundet eller Socialstyrelsen blir remissinstanser blir remissinstanser blir ytterligare förvånad.

Om vi inte agerar nu lämnar vi fältet fritt för lagstiftning över våra och patienternas huvuden. Och det vill vi väl inte som yrkeskår.

Erik Dahlman
AT-läkare,
medicinkliniken,
Helsingborgs lasarett

Referenser

1. Andréasson R, red. Körkortsmedicin-trafikmedicin. Stockholm: Rabén & Sjögren, 1986: 25.
2. En körkortsreform. SOU 1996: 114: 34.
3. En körkortsreform. SOU 1996: 114: 172.

Kommentar

Läkarförbundet har numera efter påstötning hos Kommunikationsdepartementet beretts tillfälle att inkomma med remissvar över utredningen. Ärendet bereds nu inom förbundets delföreningar med utgångspunkt bl a i de grundläggande medicinskt etiska värderingar som omnämnts i insändaren.

Sveriges läkarförbund
förhandlingsavdelningen

Register för första halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 30-31/96.

Glöm gamla fynd om ojämlikhet i hälsa! Satsa på forskning!

Under senare år har en betydligt ökad fokusering skett på folkhälsan och dess fördelning. Många enkäter har gjorts på de flesta platser och på många nivåer – nation, lands- tings, sjukvårdsområde och vårdcentral. Men ju fler, desto mera kritisk repetitivitet, administrativ expansivitet, men med ytliga grepp [1], som dessutom förefaller relativt lätta att finansiera. Det rapporterades föga vad effekten har blivit av folkhälsosatsningen i Stockholm – 126 miljoner kronor – och ibland vad pengarna har använts till [2].

Att man undersöker folkhälsan är bra. Men den starka repetitiviteten blir en hämning för nytänkande och viktiga samlade långsiktiga satsningar. Två utgångspunkter återkommer – att det är bra att känna till folkhälsan för planering och att hälsoinformation är huvudvägen till bättre folkhälsa. Det är emellertid väl dokumenterat att inverkan på livsstil är såväl liten som varierande, speciellt på lång sikt. Tillkommer att planering och förändringar sker på ett ryckigt sätt utan att folkhälsodata används.

I Stockholm har man nu – för vilken gång i ordningen? – konstaterat samma ojämlikheter: – mera sjukdom och högre dödlighet i söder än i norr [3]. Hur sambandet är mellan resurser, indragningar och satsningar på folkhälsan är föga känt.

Ett slöseri

Ojämlikheter i sjuklighet generellt, och i länder av i-landstyp, är sedan länge ytterst väldokumenterade i den vetenskapliga litteraturen. Detta gör repetitiva studier – ofta på låg nivå – till ett slöseri.

För att komma vidare måste man mycket tydligare definiera ojämlikheter, metoder att mäta [4], vilka mål man vill uppnå, vilka effekter insatser ger och vad som kan påverkas och hur.

I en första internationell översikt över interventionsstudier över jämlikheten i hälsa finns bland 140 referenser ing-

en svensk studie förutom en enda översiktartikel över arbetslöshet [5]. Tillgänglighet är bara en komponent.

Skilj på politik och forskning!

I kampen mot ojämlikheten har man i Stockholm till och med infört att socialmedicinen skall bekämpa ojämlikhet i ohälsa. Men detta är ju en politisk målsättning, inte en undersökande strategi med sin spjutspets i forskning. Skilj på politik och forskning! Ger mera vård mera hälsa?

I senaste Socialmedicinsk tidskrift [1996; 73 (5)] med folkhälsa som tema finns exempel företrädda på såväl den politiska inriktningen (Finn Diderichsen) som den mera vetenskapligt analyserande (Måns Rosén).

Satsa på forskning!

Sluta med dyrbart expanderande av folkhälsoelementa! Satsa på forskning!

Erik Allander
professor,
socialmedicinska enheten,
Huddinge sjukhus

Referenser

1. Mål och verksamhetsberättelse från folkhälsogrupperna 1995. Rapport nr 2. Verksamhetsberättelse 1995, Folkhälsogrupperna VSSO.
2. Johansson P, Andersson S, Gustafsson RÅ, Zetterman K. Folkhälsoarbetet i Stockholms läns landsting 1993 – ett försök till systematisk beskrivning. SLL Grön Rapport 272, 1995.
3. Folke nr 1/96. Botkyrka och Huddinge kommuner samt Brännkyrka, Hägersten och Skärholmen, Stockholm stad. Fokus på folkhälsoarbetet.
4. Vägerö D. Equity and efficiency in health reform. A European view. Soc Sci Med 1994; 39(9): 1203-10.
5. Gepkens A, Gunning-Schepers LJ. Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. European Journal of Public Health 1996; 6: 218-26.

Fler bidrag till Läkartidningens serie om »mannen bakom syndromet»/ »mannen bakom metoden» välkomnas, men tag kontakt med redaktionen innan du börjar skriva – ett stort antal syndromartiklar är redan beställda eller under arbete!