

## Frågor angående recept-diagnos-registreringen

I Läkartidningen 3/97 och en del andra tidningar har skrivits om diagnos på recept. I Sverige har denna reform bestämts utan någon egentlig debatt. Vilken grandios vision att i ett helt land registrera alla diagnoser på alla patienter som fått recept! Finns det något annat land i världen där man ens snuddat vid denna tanke? Förutom diagnosen registreras patient-ID, förskrivare och läkemedelsnamn och dosering – en gigantisk registrering hos Socialstyrelsen av en hel nation.

Våra frågor rör angivande av diagnos på recept:

Vad är syftet? Vem har utarbetat förslaget och vem är ansvarig? Har någon i läkarprofessionen varit tillfrågad – vem?

Det blir extra arbete att ständigt fråga patienten om registreringstillstånd. 1996 expedierades 52 miljoner receptposter (itereringar inräknade).

Itereringar borttagna ger säkert 30–35 miljoner tillfällen/år för förskrivarna att fråga om registreringstillstånd och eventuellt fylla i diagnoskoder. Hur lång tid tar detta?

Hur värderas att skaran människor med direkt kunskap om patienternas diagnoser ökas med 12 000, dvs apotekspersonalen?

Vilka patientföreningar blev tillfrågade?

Kan ständigt frågande om registreringstillstånd försämra patientkontakten/förtroendet?

Skall patientens medgivande dokumenteras i journalen?

Vad kommer att ske med recept där uppgifterna inte är ifyllda?

### Ofta diffusa diagnoser

I allmänmedicinen är diagnoser oftare diffusa än i andra specialiteter och klarnar efter hand. Det blir många symtomdiagnoser. Doktorer har olika policy hur diagnos ställs. Hur skall man få någon bra information ur detta?

Hur är projektet i sig kvalitetssäkrat?

*Patrik Rydbeck*  
vårdcentralschef, distriktsläkare

*Olle Holmberg*  
distriktsläkare

*Björn Lundberg*  
distriktsläkare, Mathilda  
vårdcentral, Kristinehamn

## KORRESPONDENS

### Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

## Statens medicinsk-etiska råd borde byta namn

Statens medicinsk-etiska råd har yttrat sig angående förslaget att gränsen bör sänkas för när ett foster som avlider intrauterint skall kallas barn från nuvarande 28 till 22 veckor.

Rådet ägnar mycken uppmärksamhet åt de administrativa och juridiska frågorna och föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att »undersöka möjligheterna att utfärda föreskrifter så att även foster avlidna före förlossningen under 22:e–28:e graviditetsveckan rapporteras till medicinska födelseregistret utan att en ändring av folkbokföringslagen behöver göras.»

Därmed har Rådet anvisat en möjlig utväg ur en administrativ knipa – något som vi knappast kan behöva konsultera ett *etiskt* råd om. Men varför är det så viktigt att undvika en ändring i folkbokföringslagen.

På två sidors text utvecklas ett resonemang, som obönhörligen leder fram till att tidsgränsen bör sänkas av biologiska, terminologiska och logiska skäl. Därefter konstaterar Rådet: »En sådan ändring måste dock vägas mot att en sänkning av gränsen i folkbokföringslagen skulle komma i konflikt med abortlagen.»! Slutats: »Rådet är alltså inte berett att rekommendera en lagändring.»

Det är med bestörtning man tar del av Rådets skrivelse. Statens medicinsk-etiska råd inne-

håller personer med särskild kompetens vad gäller etiska bedömningar. Man måste uppfatta rådets uttalanden som vägledande för alla som i sitt dagliga arbete ställs inför etiska avgöranden. Jag vill hävda att rådet i detta stycke svikit och i stället för att ge vägledning baserad på biologisk och medicinsk kunskap, logiskt resonerande och hänsynstagande till vad som är rätt och fel valt att av taktiskäl manövrera bort från kärnfrågan. Av rädsla för att »komma i konflikt med abortlagen» reducerar man den etiskt och existentiellt betydelsefulla frågan om när ett foster kan anses bli barn till en administrativ-teknisk registerfråga.

### Baserat på etiska principer

Jag hade väntat mig ett klart ställningstagande till frågan när ett foster blir barn baserat på etiska principer. Om det är *rätt* att individer i mognadsåldern 22–28 veckor kan leva ett självständigt extrauterint liv (vilket uppenbarligen är fallet) borde det inte vara några som helst svårigheter att anpassa den urmodiga gränsen så att den motsvarar dagens verklighet.

Sedan blir möjligen följden att det är abortlagen som kommer i konflikt med folkbokföringslagen. Det problemet har man kunnat bemästra i flera andra europeiska länder. Om det fortfarande är nödvändigt att genomföra aborter efter 22:a veckan blir enligt rådet konsekvensen att samhället ger motstridiga besked om vad som skall betraktas som barn.

Detta resonemang för tanken till den tidiga abortdebattens dagar då fostret hävdades

vara en del av moderns kropp – för att av psykologiska skäl och med terminologins hjälp göra aborten lättare för kvinnan. Problemet för det argumentet är detsamma som problemet för rådets argument mot att sänka åldergränsen. I missriktad omsorg om den abortbehövande kvinnan använder man terminologin på ett sätt som inte motsvaras av vetenskap och beprövad erfarenhet.

Jag föreslår att rådet byter namn till Statens taktik-etiska råd.

*Ingemar Kjellmer*  
professor i pediatrik,  
särskilt neonatologi  
Göteborg

## Poppers modell avslöjar brister i Blekinges sektoriserade psykiatri

I slutet av förra året slog en pensionär ihjäl sin hustru. Mannen hade tidigare varit intagen på Gullberna sjukhus i Karlskrona. I samband med sjuksköterskestrejken 1995 hade han slutat ta medicinsprutor.

Det var det sjätte fallet sedan 1980 där en patient under pågående behandling dödades av en medmänniska. Fem av de dödade är kvinnor, den sjätte en äldre man. I ett fall användes trubbiga föremål, i fyra knivar och i det sista en hammare.

Diagnoserna har i ett fall varit sinnessjukdom, i tre fall psykos; i ett fall fanns inte skäl för rättspsykiatrisk undersökning. I det sista fallet var diagnosen allvarlig psykisk störning.

Domsluten har i tre fall blivit slutna psykiatrisk vård, i två fall rättspsykiatrisk vård och i ett fall fängelse.

Gullberna öppnades 1957. Åren mellan 1957 och 1972 inträffade endast ett fåtal yrkes-skador bland vårdpersonalen. Mellan 1980 och 1996 inträffade sex homicider där gärningsmannen samtidigt gick på psykiatrisk behandling.

### Psyko-terapi istället för mediciner

På 1970-talet skedde ett paradigmskifte. Från en fokusering på skyddande aspekter gled synen stegvis över till ett individpsykologiskt betraktelsesätt. Betoningen på behand-

ling lades på psykoterapi i stället för på medicinerig med neuroleptika.

Det handlingsprogram psykiatern har att arbeta utifrån är dels de etiska reglerna, som säger att läkaren skall handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och besinna vikten av att skydda och bevara människoliv, dels läroböcker.

### Poppers modell

En bra vetenskaplig modell att använda här är Poppers falsifierbarhetskriterium. Den säger att ett enda otvetydigt exempel som inte stämmer överens med hypotesen eller teorin räcker för att kullkasta denna. Och när det gäller Blekinges sektoriserade psykiatri kullkastades den av Poppers modell sex gånger om.

Psykiaterna ställs ofta inför svåra problem. Det är inte lätt att förutsäga om någon patient kan döda en annan människa. Det är ett dilemma som har få paralleller inom medicinen. Omtanken gäller livet för andra friska personer, likaväl som välfärden för den egna patienten.

Patienter som är kända för att ha sinnesvillor och vanföreställningar tillåts inte att röra sig fritt så länge de har kvar sina spänningar heter det i en psykiatrisk lärobok.

Är inte det motsatsen till vad som skett i Blekinge?

*Pär Eliasson*  
fil kand, Ronneby

## Var inte så kategorisk i fördomandet av klamydiatest!

I Läkartidningen 3/97 tar Kristina Ramstedt och medarbetare upp frågan om risken för försämring av klamydiadiagnostiken och tar som exempel ett »bedside-test» som nu påstås lanseras. Testet är Clearview Chlamydia MF och produceras av Unipath i England. Såsom ansvarig för Unipaths biomedicinska analyser i Sverige vill jag ge följande kommentar.

### Bäst och dyrast

Det är ingen tvekan om att man med hjälp av PCR-LCR-teknik (nukleinsyra-amplifieringsmetoder) kan få de mest känsliga testen med en god specificitet. Tyvärr är PCR-

## KORRESPONDENS

LCR-test betydligt dyrare än de traditionella metoderna och kan bara utföras på välutrustade kliniska laboratorier med mycket välutbildad personal. Det gör att man ibland kan få vänta flera dagar på resultatet, vilket i vissa fall kan försvåra smittspårning och därmed öka risken för smittspridning.

Clearview Chlamydia MF är ett test med prestanda fullt i klass med de bästa ELISA-test. Dessa test, som av de flesta laboratorier användes i rutin till för bara något år sedan och som hjälpt oss att minska de rapporterade klamydiainfektionerna från ca 38 000, 1986, till ca 15 000, 1995. Clearview kan användas till cervix-, uretra- och manliga urinprov. Svaret fås inom 30 minuter.

Att nu påstå att försäljning av Clearview Chlamydia MF skulle vara oseriös ter sig därför mycket märkligt. Det finns säkerligen en användning för testet där det idag är problem med att få tillräckligt snabba svar. Att gå ut och kategoriskt fördoma är kanske därför inte det klokaste. Det vore kanske bättre att försöka se till så att de behov som finns tillfredsställs på bästa möjliga sätt, och då vara mer pragmatisk i sitt synsätt.

### Klarläggande

Tyvärr måste jag också klarlägga ett sakfel. Specificiteten för Clearview Chlamydia i studien av Ridgway var 99,8 procent och inte 99 procent. Vid prevalensen 3 procent blir det prediktiva värdet för positivt test därför 90 procent och inte 64 procent. Med motsvarande prevalens blir det prediktiva värdet för negativt test 99 procent, om vi räknar med den sensitivitet som Ramstedt och medarbetare påstår skulle gälla. Vidare har jag aldrig varit med om att man multiplicerar sensitiviteter från olika studier för att visa hur sensitiviteten är mot en tredje teknik.

### Annan teknik

För övrigt kan nämnas att Clearview Chlamydia MF ännu inte finns till försäljning och att det inte är ett ELISA-test utan ett sk immunokromatografitest, dvs bygger på en helt annan teknik, men det är i och för sig ointressant i debatten.

*Pehr-Johan Fager*  
Vice VD,  
Orion Diagnostica AB

### Replik:

## Ändå för dåligt för den svenska marknaden

I vårt inlägg i Läkartidningen 3/97 försökte vi göra en bedömning av användbara klamydiatest utifrån vår kunskap om rådande epidemiologiska läge. Sedan 3-4 år tillbaka har vi i landet nått en platå i antalet diagnostiserade genitala klamydiainfektioner. Nivån definieras rimligen av använd praxis och diagnostik. Utifrån populationsmässiga förhållanden och ej strikt laboratoriemässiga hade vi synpunkter på tillförlitligheten i användandet av ett decentraliserat klamydiatest i relation till en ny generation tillgängliga test. Vår felaktiga specificitetssiffra kan enbart mycket djupt beklagas, men med rimliga konfidensintervall så är säkerheten ändå ej tillfyllest.

Clearview Chlamydia MF är enbart utvärderad på kvinnor vid en mottagning i London med hög prevalens klamydiasmittade patienter, över 10 procent. Testen är ej utvärderade på män och ej heller i en lågprevalent patientpopulation såsom vid de flesta svenska mottagningarna. Detta borde vara tillräckligt för att inte marknadsföra testet i Sverige. Noteras skall att de kolleger som utfört utvärderingen ej själva rekommenderar testet på grund av dess prestanda [G L Ridgway, pers medd].

Om man i en utvärdering av ett nytt test jämför resultaten med en standard som har låg sensitivitet innebär detta att sensitiviteten för det nya testet blir falskt för hög, vilket vi visade med en räkneövning i vårt första inlägg.

Smittspårning vid en sexuellt överförd klamydiainfektion är en grannliga uppgift vilken sällan låter sig genom-

föras på ett acceptabelt sätt direkt vid förstagångsbesöket, framför allt om patienten ej sökt med misstanke om klamydiainfektion. Ett snabb svar påverkar därför inte nämnvärt smittspårningens effektivitet, där finns andra, viktigare moment.

*Kristina Ramstedt*  
epidemiolog, SMI,  
Stockholm

*Hans Fredlund*  
smittskyddsläkare, Örebro

*Torvald Ripa*  
chefsöverläkare, kliniskt  
mikrobiologiska laboratoriet, Lund

## Laparoskopi användes även av hepatologer

Mats Ahlgrens historiska översikt om laparoskopins landvinningar i Läkartidningen 3/97 har en del vita fläckar. Han glömde hänvisa till att framför allt invärtesmedicinen och hepatologen H Kalk under 1930-1960-talet bidrog med vidareutveckling av den laparoskopiska tekniken genom att bli introducera pneumoperitoneum [1].

Bland annat införde Kalk leverbiopsin under direkt laparoskopisk sikt [2].

Laparoskopin genomfördes under 1960-1980-talet av många hepatologer framför allt inom den tyskspråkiga världen. Det publicerades vackra atlaser om leverns laparoskopiska utseende. Numera är detta bara historia, eftersom enklare och icke invasiva metoder har tagit över.

Det kan vara av intresse att i undertecknads tyska specialistprov ingick krav på 50 laparoskopier (?) år 1983.

Man bör kanske även nämna kirurgen Hans Tillander som var en av få svenska kirurger som använde sig av laparoskopin långt innan man använde modern TV-teknik.

*Bernhard H Jaup*  
docent, medicinkliniken,  
Lundby sjukhus

### Referenser

1. Kalk H, Brühl W. Leitfaden der Laparoskopie und Gastroskopie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1951.
2. Kalk H, Brühl W, Sieke W. Die gezielte Leberpunktion. Dtsch Med Wochenschr 1943; 69: 342.

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.