

nyanserat och inte använda formuleringen 'resten av livet'.»

Med titelförsköningar, direkt felaktiga sakuppgifter som man inte omedelbart korrigerar och med tveksamma illustrationer har man gjort sitt bästa för att sälja ett »gammalt» antidepressivum. Nu när intresset för antidepressiva är stort (genom de nya selektiva serotoninåterupptagshämmarna) passar uppenbarligen även andra på att få del av den ökade receptförskrivningen.

Bengt Mattsson
distriktsläkare,
Umeå

Replik:

Försöker följa etiska regler

I Roches målsättning att tillgodose marknaden med innovativa preparat, baserade på avancerad forskning, ingår även att i informationsprocessen »följa etiska regler samt internationell och svensk lagstiftning». Jag beklagar därför djupt de oklara uppgifterna, som rättades så snart det var tekniskt möjligt.

I sakfrågan vill jag framhålla att Aurorix är den enda selektiva MAO-hämmaren tillgänglig i Sverige och ett modernt originalpreparat från Roches forskning. I kliniska prövningar och i klinisk praxis har Aurorix ej varit förknippat med sexuella biverkningar, vilket antas bero på den annorlunda verkningsmekanismen jämfört med andra antidepressiva preparat.

Rolf Sandels
verkställande direktör,
Roche AB

Integritetskränkande receptregistrering

Vi har på senare tid hört talas om att man beslutat dataregistrera läkemedelsinköp och diagnoser på patienternas personnummer vid receptförskrivning. Tanken är så olustig och främmande för vår samhällssyn att vi från början utgått från att detta beslut inte rimligen kan genomföras när

frågan närmare penetrerats av beslutsfattarna.

Förskräckta patienter, som hört talas om beslutet, tror inte att något sådant är möjligt och tycker det är upprörande att dylika orwelliska system kan smyggas på det svenska folket utan kännedom och debatt i frågan.

Som läkare upplever jag det därför som min plikt att försvara patienternas intresse i denna fråga.

Tanken att införa system av detta slag må från administrativ synpunkt ha sina rationella motiv, men är inte berättigade när de kan få en så skadlig effekt på sjukvårdens utövande som i detta fall.

Frågan är särskilt känslig inom den tabubelagda psykiatrin där dessutom patienter med depression, ångest och paranoidea föreställningar är speciellt sårbara för integritetskränkande system från myndigheter.

Fått förståelse

Med 20 år som kliniker och verksamhetschef vid en jämliken omfattande psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Stockholms City skriver jag med utgångspunkt i min egen och mina medarbetares mångåriga erfarenhet. Vi har i vår verksamhet ofta mött beslutsfattare inom politik och förvaltning som först när de själva blivit patienter fått förståelse för psykiatris integritetsbehov och aldrig skulle komma på tanken att införa ett dylikt system.

Hur situationen upplevs för patienter på landsorten vid besök i byns enda apotek kräver ingen närmare beskrivning. Grunden för förtroende och behandlingsmöjligheter i läkarrollen kommer allvarligt att skadas. Vi tvingas kränka patienternas rättighet till integritet och tystnadsplikt i strid med våra läkarets regler och Socialstyrelsens bestämmelser.

Empatisk förståelse

Vi som sjukvårdens utövare måste kunna förvänta oss att sjukvårdens politiker och administratörer visar empatisk förståelse och hänsyn till de grundläggande integritetsbehov som finns inom sjukvården och då särskilt psykiatrin.

Till försvar för registreringssystemet har jag mött förespråkare som med iskall likgiltighet för patientens situation anför att registret inte

kommer att missbrukas och att den som inte har något att dölja inte behöver oroa sig!

Argumentationen är onekligen olustig och – om uttrycket tillåts – något enfaldig av framförallt två skäl:

– Frågan har en mycket stark psykologisk betydelse för integritetskänsliga sjukdomar, särskilt för psykiatrin, och kommer att allvarligt skada sjukvårdens förutsättningar.

– Ingen vet vad samlade känsliga data kan användas till i en framtid med ändrade villkor.

Det är helt enkelt nödvändigt att det aktuella beslutet om registrering av patienternas diagnoser och läkemedelsanvändning på personnummer vid recepthantering avskrivs och att man tillsammans arbetar fram ett alternativt system som tillgodoser administrativa och ekonomiska behov i samhället utan att patienternas integritet kränks.

Anders Strömstedt
psykiater, Stockholm

Resultat av enkät om kvinnliga nätverk emotes

I början av året genomförde Läkarförbundet en kartläggning av kvinnliga nätverk genom en enkät till medlemmar i Chefsföreningen. Vi hoppas att detta pedagogiska grepp var avsiktligt så att alla chefer uppmärksammar de aktiva nätverk som finns idag, överallt.

En annan – mer heltäckande – metod hade varit att använda lokalföreningarna eller lokala kvinnliga läkarföreningar för faktainsamling. Möjligen hade kunskaperna om existerande nätverk varit större där än hos våra chefer. Kvinnliga nätverk är oftast inte kopplade till en specifik arbetsplats/klinik.

Sveriges kvinnliga läkares förening, en av Läkarförbundets delföreningar, har idag ungefär 3 000 medlemmar och

är ett rikstäckande nätverk med ett antal lokala delföreningar. Utöver detta finns ett stort antal mer informella grupperingar. Samtliga spelar stor roll för att tydliggöra kvinnliga läkares arbetsituation och yrkesroll samt skapar ett rum för diskussion och interkollegialt stöd.

Vi ser fram mot resultatet av enkäten och deltar gärna i fortsatt arbete. Alla initiativ gällande jämställdhet bland läkare är välkomna.

Christina Berntsson
ordförande,
Sveriges kvinnliga läkares förening

Replik:

Publiceras i maj

Läkarförbundet har nu via ovanstående brev fått svar från chefer inom samtliga landsting (utom ett) vilket gör att vi har en tämligen god uppfattning om vilka landsting/sjukhus som är aktiva med att driva kvinnliga nätverk, mentorprogram och andra personalpolitiska åtgärder som kan förbättra arbetssituationen för kvinnliga läkare. Utifrån de kontakter vi fått via breven nystrar vi nu vidare via telefonsamtal, artiklar i press osv för att få en så rikstäckande kartläggning som möjligt. Vi har också gått ut med ett brev till samtliga ordförande i delföreningar till Sveriges kvinnliga läkares förening, vilka har gett oss god hjälp.

Många läkare som arbetar på en klinik utan tillgång till nätverk/mentorprogram hör nu också av sig till Läkarförbundet för att få tips om vart de ska vända sig för att få delta i ett inom sitt sjukhus/landsting. Christina Berntsson har således helt rätt i sina farhågor att engagemanget i dessa frågor varierar hos våra chefer.

Nästa steg är att inbjuda en mindre grupp av dem som är mest aktiva med att driva mentorprogram/kvinnliga nätverk i Sverige till en konferens med målsättningen att sammanställa erfarenheter från hela landet. Läkarförbundets ambition är att genom dessa aktiviteter väcka intresse runt arbetsmiljöåtgärder för läkare, kvinnliga och manliga. Resultatet från enkäten/konferensen kommer vi att publicera i maj.

Kajsa Giesecke
projektledare,
Sveriges läkarförbund

Register för andra halvåret 1996 medföljde Läkartidningen 4/97.