

re tillstånd, enligt vår bedömning, än bäckenuppluckring.

Tillståndet går inte att diagnostisera med hjälp av röntgen, datortomografi eller magnetomografi utan sker med hjälp av olika test. De manuella test vi använder oss av är sk positionstest (t ex Vorlauf, Rücklauf, adduktionstest och Derbolowski). Positiva test leder till behandling genom specifik mobiliseringsteknik som då normaliserar bäckenfelställningen, vilket också kontrolleras med ovan nämnda test.

Mycket skonsamma

De mobiliseringstekniker vi använder är mycket skonsamma för patienten och kan inte påverka graviditeten i negativ riktning. Såvida det endast är bäckendysfunktion som är orsaken till besvären blir patienten ofta helt besvärsfri.

Denna ståndpunkt skiljer sig från Östgaards uppfattning. Han hävdar att manipulation av bäckenet ej får förekomma hos gravida med bäckensmärter.

Det är möjligt att vi med manipulering menar olika saker.

Vi har ändå funnit att man med manuell mobiliseringsteknik kan hjälpa en stor del av patienterna med smärtor från ländrygg och bäcken.

Relativt okänt

Tyvärr är bäckendysfunktion ett relativt okänt begrepp för de flesta läkare, som inte har utbildning i ortopedisk medicin.

Bengt Åke Hoverhjel
specialist i gynekologi och obstetrik

Claes Furst
specialist i allmänmedicin, examen i ortopedisk kirurgi, leg sjukgymnast, Norrtälje

Replik:

Begrepps-förvirring

Bengt Åke Hoverhjel och Claes Furst delar inte min uppfattning att *manipulation* av bäckenet ej får förekomma vid bäckensmärta under graviditet. Argumentationen mot min varning för manipulation baserar sig på insändarnas egna resultat efter *mobilisering* av bäckenet hos patienter med bäckensmärta. De introducerar det diffusa begreppet »bäckendys-

funktion» och blandar in icke-gravida kvinnor och män. Det faller utanför denna repliks ram att definiera skillnaden mellan *manipulation* och *mobilisering*, därom kan man läsa i basala läroböcker.

Dock, hur man än definierar sina begrepp, så delar jag inte uppfattningen att en led som anses ha en ökad rörlighet skulle må väl av att manipuleras eller ens av att mobiliseras. Inte heller har någon studie visat att det skulle finnas en korrelation mellan ökad rörlighet och ökad smärta.

Dessutom oroar det mig något att insändarna laborerar med begrepp som »bäckendysfunktion» och »bäckenfelställning» samt att man diagnostiserar dessa med hjälp av Vorlauf, Rücklauf, adduktionstest, Derbolowskis test m m. Test som i flera vetenskapliga studier visat sig ha en träffsäkerhet som är att jämföra med att kasta krona eller klave [1-4].

Felställningar, som inte kan objektiviseras ens med röntgenstereofotogrammetri [5], diagnostiseras här med ovanstående positionstest och behandlas med framgång.

Kroppens läkande förmåga

Kroppens förmåga att självläka ut dylika smärttillstånd är stor, varför behandlingsperioder med olika metoder, kontroversiella som konventionella, ofta kommer att sammanfalla i tid med en spontan förbättring av tillståndet.

Det vore därför intressant att få ta del av en vetenskapligt korrekt upplagd, prospektiv, randomiserad, kontrollerad studie av den omedelbara och långsiktiga effekten av insändarnas behandlingsprogram. En studie där man kunnat visa statistiskt säkerställda skillnader mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen.

Uttryck som »enligt vår bedömning», »ofta helt besvärsfri» och »vi har ändå funnit» är föga övertygande.

Låt oss i stället höja ribban i frågan om kartläggning och behandling av oklara rygg- och bäckensmärter och börja med att respektera de begränsade, men dock väsentliga, vetenskapliga forskningsresultat som finns på området.

Intresserade rekommenderas att delta i »3rd Interdisciplinary World Congress on Low-

KORRESPONDENS

Back and Pelvic Pain» i Wien 19-21 november 1998. Kongressens undertitel är: »The most effective role for exercise therapy, manual techniques, surgery and injection techniques».

Anmälningsblankett kan rekvideras hos undertecknad.

H C Östgaard
specialist i ortopedi,
Kirurgkliniken, Skene
511 81 Skene

Referenser

1. Potter NA, Rothstein JM. Intertester reliability for selected clinical tests of the sacro iliac joint. *Phys Ther* 1985; 65: 1671-5.
2. Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. *Spine* 1996; 21: 2594-602.
3. Beal MC. The sacroiliac problem: Review of anatomy, mechanics and diagnosis. *J Am Osteopath Assoc* 1982; 81: 667-79.
4. Dreyfuss P, Dreyer S, Griffin J, Hoffman J, Walsh N. Positive sacroiliac screening tests in asymptomatic adults. *Spine* 1994; 19: 1138-43.
5. Sturesson B, Selvik G, Udén A. Movements of the sacroiliac joints. A roentgen stereophotogrammetric Analysis. *Spine* 1989; 14: 162-5.

Nya moment i recepten ifrågasätts

Redan gäller nya bestämmelser rörande vår läkemedelsförskrivning. En hel rad moment har tillkommit varje gång vi skall fylla i en receptblankett, det är bara det att genomförandet av bestämmelserna vilar i avvaktan på att blanketterna skall bli utformade, tryckta och distribuerade.

Mycket av förändringen beror på att det ekonomiska svaret för läkemedlen flyttas från en statlig myndighet till landstingen.

I och med att det ekonomiska ansvaret kommer närmare den som kontrollerar läkemedelskonsumtionen, läkarna som präntar på receptblanketterna, hoppas »samhället» att



»Det jag personligen ställer mig mest tveksam till i hela reformen är dock kravet att även patientens diagnos i någon form av kod skall skrivas in på receptblanketten.»

ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

det skall gå att kontrollera kostnaderna för denna verksamhet på ett bättre sätt än tidigare.

Erfarenheterna av tidigare decentraliseringar av liknande ansvar är att de tillgängliga pengarna distribueras enligt en historisk mall som motsvarar situationen i fjol, och sedan övertar nästa nivå ansvaret med en ökad ekonomisk ram för sin verksamhet.

Någon mekanism för att i framtiden kompensera för pristegringar är inte planerad, och det är just detta som är det fina i kråksången. När landstingen får svårigheter med läkemedelsbudgeten kan man alltid fördela fjolårets läkemedelspengar till kliniken och vårdcentraler och låta de lokala cheferna ta budgetansvar för även dessa medel ... Har det fungerat förr kan det gå en gång till.

Tveksam till att diagnos skall skrivas in

Det jag personligen ställer mig mest tveksam till i hela reformen är dock kravet att även patientens diagnos i någon form av kod skall skrivas in på receptblanketten. Jag antar att det rör sig om diagnos enligt ICD-10.

Den här typen av information har vi hittills ansett ha en mycket hög grad av sekretess, och den har egentligen varit en fråga för enbart patienten och den aktuella läkaren.

På receptet skall också anges om patienten tillåter att uppgifter om hans/hennes läkemedelskonsumtion och diagnos överförs till ett centralt register hos Socialstyrelsen.

Ledande frågor

Genom att systematiskt formulera sin fråga på ett visst sätt kan man styra resultatet. »Jag antar att Du inte vill att uppgifter om Din diagnos och läkemedelskonsumtion hamnar i

ett centralt övervakningsregister?! – Nä, kunde just tro det.»

På det sättet kan vi se till att känsliga data om patienten inte hamnar i Stockholm, men det löser inte frågan om att vi anses skyldiga att på varje receptblankett uppge denna för patienten känsliga information.

Vid förfrågan om detta från vår läkarförening till förbundet har vi fått till svar att juristerna inte såg några komplikationer med det.

Jag antar att de då anser att en lag som bjuder oss att fylla i dessa koder samtidigt ger oss rätten att bryta sekretessen och att sekretessbrottet därmed inte är något juridiskt problem. Frågan är om det räcker med att det juridiskt är tillåtet. För mig känns det tveksamt att lämna ut denna typ av information vid alla konsultationer utan att jag kan se att utlämnandet för den enskilda patienten har något värde.

Etiskt försvarbart?

Det är ju också så att en diagnos i kodad form inte är omedelbart tillgänglig för patienten och att de därför inte själva på blanketten kan läsa vad som faktiskt för den invigde står i klartext på papperslappen. Det åligger då mig, som kan läsa, att å patientens vägnar ifrågasätta hela förfarandet. Frågan är inte enbart om det är juridiskt tillåtet att sätta ut diagnoserna på detta sätt, utan om det är etiskt försvarbart.

Svante Blomstrand
barnläkare,
Landvetter

Tystnadsplikten och den nya receptblanketten går ej ihop

Tystnadsplikten är en av de mest kända av de läkaretsiska reglerna, men inte alltid lätt att tillämpa. Sveriges läkarförbund uttrycker regeln på följande sätt: »VII. Läkaren skall iaktta tystlåtenhet om varje patient som rådfrågar honom, såvida inte patientens väl äventyras härav.»

Denna etiska regel kommer ibland i konflikt med lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m fl [SOSFS-(M) 1980:7] som inskränker tystnadsplikten sålunda: »Vad som sagts nu medför inte någon inskränkning i den skyl-

dighet att lämna uppgifter som följer av någon annan författning.» Denna begränsning innebär att sjukvårdspersonalens tystnadsplikt kan tas bort i obegränsad omfattning, om författningsskrivande myndighet så finner för gott.

Sedan den 1 januari innevarande år åläggs läkare att på recept ange patientens personnummer och diagnosnummer. Läkaren, enligt traditionen och etiken patientens ombud och förtrogne, har här fått sig ålagt ytterligare en uppgift som representant för myndigheten, mot patienten. Lagens exakta innebörd är inte klar, eftersom den ännu inte finns tillgänglig. Avsikten med att uppge personnumret är att hemlandstinget skall debiteras kostnaden, från 1 januari 1998. Detta skulle dock kunna ske på annat sätt, t ex genom registrering av postnummer.

Tystnadsplikten har alltid haft sina begränsningar. Journal med diagnos skall sålunda föras, även om frånvaron av journal inte i ett enskilt fall skulle äventyra patientens väl. Diagnos måste uppges till försäkringskassan om patienten skall få sjukpenning.

Etiska reglerna

Ibland måste läkaren följa de etiska reglerna och den tolkning det enskilda samvetet ger av etiken, även om man då bryter mot lagen. Detta framfördes och analyserades grundligast i Nürnberggrättegångarna mot läkarna under nazisttiden. Att man följt gällande lag är inte en ursäkt för att bryta mot grundläggande etiska regler.

Allmänintresset större?

Att avgöra när man skall vägra följa lagen är svårt. Det aktuella problemet är om allmänintresset av att registrera patientens landstingstillhörighet med personnummer i stället för på annat sätt – samt hans diagnos – är större än hänsynen till patientens integritet och till förtroendet i patient-läkarrelationen. Personligen anser jag att allmänintresset här är långt mindre än patientens intresse, och allmänintresset kan tillgodoses på annat sätt.

Jag kommer därför inte att följa lagstiftningen i de delar den hotar tystnadsplikten. Jag är mycket tacksam mot Svensk förening för allmänmedicin för

deras uppmaning till sina medlemmar i samma riktning. Om en större grupp läkare vägrar följa dessa regler kommer de inte att kunna tillämpas.

Jag ber Läkarförbundets och Läkaresällskapets etiska delegationer att diskutera problemet skyndsamt. Lagstiftningen torde inte slå igenom förrän vid årsskiftet, och kanske kan en kraftig opinion åstadkomma en ändring i föreskrifterna.

Gunnar Westberg
docent,
Göteborg

Sparmöten och teknik tar också tid från patienten!

Hur blir det med sjukvården? undrar Ingemar Fagerlund i Läkartidningen 5/97. Jag kan bara hålla med och tillägga: Vad kommer att hända med patienterna? Dem som vi alla trodde att vi var till för betyder allt mindre i den svenska sjukvården. Det finns ytterligare två saker som inte kommit fram i debatten hittills, men som också drabbar patienterna, själva sparmötena och, para-

Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, t ex därför att det förkortade begreppet är otydligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.

doxalt nog, den överdrivna datoriseringen.

Ytterligare sparande

Nya sparmöten drar nu så mycket vårdpersonal att man bara därför måste omorganisera och strukturalisera ännu en gång. För att klara detta måste man gå på ytterligare sammanträden och patienterna får vänta. Köerna växer. Det fanns säkert mycket luft i organisationen en gång, men i längden kan man inte möta de ökade kraven och de bristande resurserna med ständigt nya indragningar av personal i de direkt vårdande kategorierna.

I stället borde man försöka analysera vad sjukvården gör med sina pengar och ta reda på varför kraven ständigt ökar. Man måste också inse att själva omorganiseringen drar så stora resurser att detta i sig skapar ytterligare behov av sparande. När väntrummet är fullt av gamla och sjuka löser man inte problemet med att gå på möten för att rationalisera ytterligare utan genom att vara kvar och ta hand om sina patienter.

Total brist på samordning

Patienterna drabbas också av den totala brist på samordning av de ekonomiska resurserna som råder. Behövs någonting för den direkta patientvården är det alltid svårigheter med finansieringen, men om det exempelvis gäller inköp av datorer kommer saken i en annan dager.

Den överdrivna tron på datorers välsignelse (se Läkartidningen 4/97) har gjort att det inom primärvården i stora områden köps nya datorer igen. Att de gamla fungerar bra och täcker alla behov är inget argument mot det nya, inte heller att det i vissa fall tar längre tid att använda det nya systemet än att skriva själv.

Nyligen presenterades också en utredning i Primärvårdens nyheter (nr 14) som visar att det datoriserade journalsystemet tar så mycket tid för läkaren att använda att det motsvarar ett bortfall av åtminstone 240 patienter per år jämfört med om han eller hon skrivit manuellt.

Skall vår svenska sjukvård över huvud taget ha någon framtid får vi inte glömma att sjukvården faktiskt i första hand är till för de sjuka. Vi måste återgå till att värna om patienterna.

Åsa Larsson
distriktsläkare,
Trollhättan